

14/22



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

**ENFERMEDAD MENTAL Y PRACTICA PSIQUIATRICA EN MEXICO:
EL CASO DE UNA INSTITUCION HOSPITALARIA FEDERAL (1981)**

T E S I S
QUE PARA OBTENER
EL TITULO DE
LICENCIADO EN SOCIOLOGIA
P R E S E N T A
MARIA ALEJANDRA DE LA GARZA WALLISER



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.

I N D I C E

	PAG.
I. INTRODUCCION.	1
1. Prólogo.	
2. Planteamiento del problema.	
II. ANTECEDENTES.	9
III. MARCO TEORICO.	
1. <u>La Enfermedad Mental en el Siglo XX.</u> <u>Conceptualización y Respuesta Social.</u>	20
1.1. El conocimiento científico de la enfermedad.	
1.2. Desarrollo de la Psiquiatría.	
1.3. Modelos explicativos a la enfermedad mental. Corrientes dominantes.	
1.3.1. Psiquiatría Tradicional	
1.3.2. Psiquiatría Social.	
1.3.3. Psicoanálisis.	
1.3.4. Psiquiatría Crítica	
2. <u>Modelo Médico.</u>	48.
2.1. Orígenes socio-históricos y económicos.	
2.2. Institucionalización de la Medicina.	
2.3. Caracterización del modelo médico.	
2.4. Crisis del modelo médico.	
3. <u>Determinación Social del Proceso Salud-Enfermedad.</u>	76
3.1. El proceso salud-enfermedad en su dimensión colectiva.	
3.2. La salud-enfermedad mental.	
3.2.1. El proceso salud-enfermedad mental en su dimensión histórica y social.	

3.2.2. Características patógenas del
proceso de trabajo.

IV.	MARCO HISTORICO.	105
	1. <u>La salud mental en América Latina.</u>	107
	2. <u>Caracterización socioeconómica de México (1970-1980).</u>	120
	2.1. Aspectos socioeconómicos. Desarrollo económico(1960-1970).	
	2.2. Agotamiento del patrón de acumulación.	
	2.3. Repercusiones de la formación social-mexicana en la salud-enfermedad de la población.	
	3. <u>La salud mental en México.</u> ,	132
	4. <u>Caracterización de la psiquiatría en México.</u>	139
	4.1. La asistencia psiquiátrica.	
	4.2. Psiquiatría comunitaria	
V.	ENFERMEDAD MENTAL Y PRACTICA PSIQUIATRICA EN UN HOSPITAL CAMPESTRE DE LA SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA.	
	1. <u>Introducción.</u>	149
	2. <u>Material y Método para la obtención de la información.</u>	150
	3. <u>Descripción de la información obtenida.</u>	152
	4. <u>Análisis.</u>	165
VI.	CONCLUSIONES	177
VII.	APENDICE ESTADISTICO	185
VIII.	ANEXOS	287
IX.	CITAS BIBLIOGRAFICAS.	300

I. INTRODUCCION

1. Prólogo

A lo largo de la historia, la locura ha sido atribuída a una serie de causas, que varían desde las mágico-religiosas, anatómicas, genéticas, bioquímicas, hasta las que se refieren a la dinámica entre los distintos elementos de la personalidad.

Actualmente, aunque la mayoría de los autores contemporáneos -- coinciden en reconocer que los factores sociales guardan relación con la enfermedad mental, la diferencia está en la importancia que les conceden como determinantes causales. No obstante, "el papel del ambiente... es puesto cada vez más en evidencia como mecanismo que transforma un estado potencial de enfermedad en un proceso morboso, el que resulta evidenciado y luego agravado por la condena social y la segregación institucional. (1).

Pese a la variedad de modelos explicativos de la génesis de la enfermedad mental, parece bastante claro que existe una relación entre la etapa histórica que una sociedad particular vive, la concepción que se tiene de enfermedad, y la forma como la sociedad se organiza para responder a este fenómeno.

La manera, por tanto, como se concibe a la enfermedad, condiciona las acciones de salud: " En la sociedad capitalista basada - en la explotación del trabajo y en la competencia, la enfermedad (mental) es percibida como un evento que interfiere con la capacidad productiva del individuo y que por lo tanto, lo inhabilita para la competencia " (2).

En nuestros países, la medicina actual se ha desarrollado bajo la hegemonía de la burguesía. El hecho de que la medicina, y -- más específicamente la psiquiatría, sea prodeominantemente hospit alaria, con una concepción biologista de lo que es la enfermedad, con una orientación estrictamente curativa, no es casual si no refleja el carácter de clase del conocimiento científico. Des de esta perspectiva, la enfermedad es vista como un trastorno -- predominantemente biológico que se reproduce en el individuo, a quien se le responsabiliza de padecerla, considerando a los facto res socio-económicos como una de tantas causas que intervienen -- en el deterioro de la salud.

Más aún, la psiquiatría, como parte del conocimiento 'científico', tiene un contenido ideológico que reproduce las relaciones de po der en nuestra sociedad.

"Las relaciones sociales de poder se manifiestan también dentro del conocimiento científico. Y la dominación ideológica burguesa aparece y es reproducida en la propia producción de conocimien to. La ideología dominante se reproduce también en el conocimien to científico" (3).

El desarrollo capitalista implicó un grave avance del conocimien to científico y junto con éste, la transformación de la concepción del fenómeno salud-enfermedad. Se puede decir que este co nocimiento aunado a los requerimientos del desarrollo de las -- fuerzas productivas, en íntima relación dialéctica, ha conducido a una creciente tecnificación de la práctica médica. No obs tante lo anterior, de ningún modo el proceso se ha traducido en una mejoría de los niveles de salud de la población, ya que por su misma orientación terapéutica (biologista e individualista), es incapaz de resolver el problema de la salud.

A últimas fechas, la psiquiatría, inmersa en esta problemática, ha considerado en su práctica a diversos elementos de las teo rías sociológicas; sin embargo, ello generalmente se corresponde con el interés de lograr un mayor control de la población y

excepcionalmente se ha traducido en una solución de la enfermedad mental: "La 'cura', asumidos los factores sociales de ella misma, conduce técnicamente a procesos adaptativos. Y ésto en gran medida porque dicha técnica está de hecho, institucionalizada, sobre todo, cuando de 'curar' conjuntos se trata " (4).

2. Planteamiento del problema

La expresión individual y biológica del proceso salud-enfermedad, es el más aparente y ha sido utilizado por el sistema capitalista como instrumento para desviar la atención de su carácter colectivo e histórico. En este sentido, en el caso del estudio de salud-enfermedad mental, el modelo biologista, iniciado con Kroenelin, enfoca al enfermar mental como una alteración orgánica y estructural, determinada por causas externas tóxicas y genéticas. Sin embargo, paralelamente se ha ido dando toda una corriente crítica, que a diferente nivel ha tratado de relacionar el objeto de estudio de la psiquiatría- a saber, la enfermedad mental- con la estructura económica, social y política de la sociedad. Dicha corriente, relacionada con el mismo origen de la sociología (Durkheim y Comte), está representada por varias escuelas: la psicoanalista (Freud) que introduce la noción de la causalidad familiar en la enfermedad mental; la freudomarxista (Reich y posteriormente Marcuse), la culturalista -- (Karen Horney, Sullivan, Fromm, etc.) la posición de los naíses socialistas a partir de la década de los 50's, y la antipsiquiátrica en todas sus variantes (Laing, Coover, Guattari, Basaglia) la cual además de rechazar la concepción biologista de dicho modelo, denuncia la práctica psiquiátrica como instrumento de dominación de una clase sobre otra (tal es el caso de los trabajos de Mulddworf y Bassaglia en Francia e Italia respectivamente). Así, unos incorporando el inconsciente y la influencia del desarrollo infantil en la estructuración del adulto, otros explicando la enfermedad mental a partir de los valores contemporáneos, desfasados de las necesidades humanas, o bien como consecuencia de un desarrollo científico, embrutecedor de las capacidades del

hombre, hasta llegar al cuestionamiento del modo de producción - capitalista, confluyen todos, en la negación de aceptar el fenómeno de la enfermedad mental determinado sólo por factores biológicos.

Sostenemos que la enfermedad mental, también tiene una expresión objetiva y material independiente de la interpretación que de ella hagan las diferentes sociedades; sin embargo, la acción tomada por éstas deriva de la conceptualización que hacen del proceso salud-enfermedad en diferentes momentos históricos.

En las sociedades divididas en clases, los valores aceptados son los de las clases dominantes. En el sistema capitalista de producción, la interpretación que se hace del fenómeno que nos ocupa está sujeta a dichos valores (es lo que denominamos su componente ideológico): de ahí que lo anormal y normal no sea una dicotomía dada en virtud de factores exclusivamente biológicos, sino que forma parte de un discurso ideológico que sobre todo, en el área de salud mental, es digno de ser analizado pues es lo que permite al grupo hegemónico del poder, mantener 'por consenso' el equilibrio social.

Varios análisis e investigaciones han demostrado la función de control y dominación del conocimiento médico (Berlinguer, Vicente Navarro, Brownstein) y su monopolización por una élite de profesionales: se imponen ante un pueblo 'ignorante' y enfermo, criterios de los que debe ser reconocido como enfermedad o salud, sin permitirle cuestionar los patrones oficiales, ni mucho menos contribuir con su propia experiencia al desarrollo del conocimiento médico, desautorizándolo para intervenir en las decisiones que en la práctica de dicho campo se toman.

Las instituciones de salud, detectan la misma forma de poder y sus estructuras y políticas condensan la óptica de una formación socioeconómica determinada, sobre la enfermedad mental, ejerciendo también así un control sobre la sociedad en su conjunto. Esta visión se basa, en el no reconocimiento de la contradicción capital-traba

jo, como generadora de salud-enfermedad. En nuestra época, se ha llegado cuanto más, al reconocimiento de la enfermedad como resultado de la interacción entre el individuo y el medio ambiente, pero independientemente de su ubicación en el sistema productivo y de la etapa histórica en que vive.

Tal es la relación entre una enfermedad infecto-contagiosa como la tuberculosis y las condiciones de nivel de vida. Fué suficiente que éstas mejoraran para que en el siglo XVIII, (antes del descubrimiento del bacilo de Koch y menos aún de la aparición de los modernos recursos terapéuticos), disminuyese drásticamente su morbilidad. Otro caso, el de las neurosis actualmente y el intento de abordar su tratamiento a través de la desaparición del 'síntoma' por medio de los psicofármacos.

Por el mismo hecho de no tomar en cuenta dentro del proceso salud enfermedad, los aspectos económicos, políticos, sociales e históricos, afirmamos que la ideología de la medicina reproduce la del capitalismo que absuelve al medio socio-económico de la responsabilidad en la génesis de la enfermedad y canaliza la respuesta, con un enfoque individual, lo cual amén de ser una explicación parcializada, resulta menos comprometedor para el sistema.

Por otra parte, la clase dominante en el poder, a través del Estado, utiliza este componente ideológico como instrumento de legitimación de sí mismo, transformándose (el Estado), en un 'otorgador de servicios', cuya acción no afecta la totalidad de los factores determinantes de la enfermedad en la población.

Aún cuando en todos los campos de la medicina actual se puede descubrir sus fines y límites, ambos impuestos por la clase en el poder, es en el desarrollo de la psiquiatría-precisamente por su relación con los efectos más devastadores que produce sobre los hombres, con la organización global de la sociedad y de un modo especial con la superestructura del poder y de la ideología-, donde se encuentra la evidencia de los condiciona-

mientos externos a sí misma, que determinan la organización de los servicios de salud: el psiquiatra ante el enfermo mental, no tiene más opción que aislarle o devolverlo 'integrado' a la sociedad. Bien repone en el enfermo los mecanismos de adaptación a una sociedad que le ha desequilibrado al imponérsele o bien le encierra. Por los mecanismos de adaptación a la sociedad, no son otra cosa que la aceptación voluntaria y consciente de los factores sociales que le produjeron su desequilibrio.

En base a las consideraciones anteriores, en el presente trabajo se tratará de enfocar a la enfermedad mental como el momento en que concurren en un individuo las contradicciones sociales en las que está inmerso. Lo psíquico y lo biológico son conceptualizados como el epifenómeno de lo anterior.

El objeto del presente estudio es abordar la tríada trastorno--mental saber y práctica médica dentro del desarrollo histórico-social de nuestro país en los últimos diez años.

Esta relación, se estudiará tomando como foco principal de nuestra atención, una de las unidades aplicativas de la Secretaría de Salubridad y Asistencia: un hospital de pacientes mentales crónicos.

El marco económico en el que se desenvuelve este proceso, se caracteriza por dos factores fundamentales: la monopolización de la economía y la crisis que se da a partir de la década de los 70's. En lo social se destacan entre otros aspectos, la creciente proletarianización de la población, la profundización de la desigualdad al interior de las distintas clases, el creciente desempleo, el proceso de descampesinización en el medio rural y el fortalecimiento de una clase obrera industrial.

Este desarrollo socio-económico tiene una incidencia directa en el nivel de salud, y particularmente en la salud mental de la población, afectando de manera diferente a las distintas clases sociales. En el estudio, sólo mencionaremos los resultados de in

investigaciones realizadas a nivel nacional que nos permitan ubicar con mayor exactitud el comportamiento de este fenómeno en los últimos años.

Del mismo modo que la distribución y frecuencia de las enfermedades dependen de las diferentes condiciones de trabajo y de vida de las distintas clases sociales, también la atención médico-psiquiátrica tiene un carácter de clase y una función específica en la reproducción de la ideología dominante. Así como la respuesta a la enfermedad mental es diferencial de acuerdo a la clase social, burguesía o proletariado; dentro del mismo proletariado también hay diferencias dadas por su ubicación en el proceso productivo, y el nivel de organización y conciencia.

La población objeto de nuestro estudio, que atiende la Secretaría de Salubridad y Asistencia, es una que mayoritariamente está compuesta por los sectores más desprotegidos del proletariado: desempleados, analfabetas, y clasificados según análisis oficiales en el "nivel socio-económico bajo". El resto está compuesto por obreros industriales, empleados y estudiantes.

La práctica psiquiátrica usada es de carácter público, destacando de manera fundamental las instituciones dirigidas y/o coordinadas por la SSA. A nivel general estas instituciones cumplen una función de reproductores de la ideología dominante y en su acción cotidiana, la rehabilitación del enfermo mental tiene un lugar secundario frente a la de segregación y marginación social de los internos, sobre todo en el caso de la población objeto de nuestro estudio.

El manicomio, su ineficacia y su demarcación como productor de enfermedad mental, tiene su correlato en el volumen de individuos que empezando como enfermos agudos, poco a poco pasan a ser crónicos, con cada vez menos posibilidades de integrarse a las injusticias de sus condiciones de vida.

En suma la idea de central de este trabajo, partiendo de todo-

lo anteriormente expuesto, es que la práctica psiquiátrica dominante dentro del sector público en nuestro país, recibe una demanda social a la que no da una respuesta que se traduzca en una mejoría del nivel de salud mental de la población ni en una reintegración y/o rehabilitación social del enfermo mental al que --brinda atención.

1. ANTECEDENTES.

Varias son las investigaciones que concuerdan en la afirmación de que durante la Antigüedad era creencia generalizada el origen sobrenatural de las enfermedades mentales (5).

Desde este momento empieza a relacionarse la locura, con comportamientos considerados como anormales, de acuerdo al sistema sociocultural dominante. Pueden incluso existir conductas similares pero que dependiendo de la ubicación social del individuo - sean valoradas en forma diferente, dentro o fuera de la norma socialmente aceptada (6).

Los criterios para definir la locura en la antigüedad eran: la orientación respecto a la realidad y la forma de conducta, considerándose particularmente características del demente, su costumbre de vagar y su propensión a la violencia.

Cada sociedad define ciertas formas de conductas aberrantes o extremas con el trastorno mental o la locura. En la conducta, desde lo normal a lo anormal (concepto estadístico), hay un punto en el que surge la crítica social y el individuo comienza a ser considerado loco (7). Ejemplo de lo anterior (que no tiene nada que ver con la salud enfermedad), es la práctica de la profecía en Babilonia, la que pese a sus extravagancias era aceptada y admirada; el sistema ideológico-cultural validaba la profecía como parte del mismo y como determinante en las decisiones del Estado. Si el comportamiento característico del profeta -- (éxtasis, posesión, desgarrar de vestiduras), se presentaban en un individuo común, se le consideraba 'anormal'.

En este período, no se conoce la existencia de esfuerzos organizados para la atención del enfermo mental; a lo más que se llega es a reconocer aquellos métodos que controlaran a los más peligrosos (amarrarlos o confinarlos en un lugar cerrado y en ca-

sos frecuentes, la prisión).

Es la cultura greco-romana la que desarrolla la teoría humoral, base para la explicación de la génesis de la enfermedad como resultado de influencias externo-ambientales. Para la Edad Media, el conocimiento médico seguirá en este nivel.

Es hasta los siglos XII y XIII, a raíz de la influencia de la medicina árabe, que se empieza a desarrollar la técnica, creándose las primeras escuelas de Medicina en Europa (Bolonía, París, etc.), precursoras de la investigación en el cuerpo humano.

La concepción de la enfermedad mental en la Edad Media, la posesión del demente por fuerzas sobrenaturales, es recogida por la Iglesia Católica para denunciar el demonio que lo habita. Otras explicaciones del origen de la enfermedad son: la que la refiere a causas naturales (teoría humoral) y la otra, que ubica a la enfermedad mental como consecuencia de los sufrimientos del alma (inquietud, tristeza, reflexión excesiva y ansiedad).

Los criterios empleados, tenían su base en el entorno cultural del que la gente -dependiendo de su ubicación de clase-, extraía los argumentos por los cuales se aceptaba o rechazaba cierta forma de perturbación como fenómeno natural o como producto sobrenatural.

La respuesta social a la enfermedad mental era muy heterogénea: había hospitales generales en los que se contaba con camas destinadas a los 'dementes'. Existían pequeños lugares de encierro en algunas municipalidades, donde se confinaba a los más peligrosos. También existió la costumbre de enviarlos en peregrinaciones (a fin de segregarlos), a diferentes lugares de Europa Central, para lo cual se utilizaban embarcaciones especiales -- (el famoso Narrenschiff, "Nef de Fous", Nave de los locos).

Las autoridades públicas asumieron con respecto al enfermo men-

tal responsabilidades limitadas: los miembros de la comunidad que padecieran alguna enfermedad de la mente podían deambular libremente, siempre y cuando no provocaran daños a la propiedad; la tutela como sucede en la sociedad greco-romana, era ejercida por los familiares y amigos del enfermo. Las autoridades civiles se limitaban a responsabilizarse de aquellos considerados como 'peligrosos' o de los que no contaban con parientes o amigos que se hicieran cargo de ellos. Si el enfermo mental procedía de otra comunidad, con frecuencia, era expulsado y deportado a su ciudad natal.

Como lo menciona Michel Foucault, las estructuras sociales de marginación y exclusión como respuesta ante la gran epidemia de lepra que sufre el mundo occidental al final de la edad media, permanecen-aún habiendo desaparecido la lepra - pero ahora referidas a los vagabundos, infractores de la ley y a los alienados. Mandar a estos últimos en peregrinación a santuarios, embarcarlos, encargarlos a la municipalidad o encerrarlos en los establecimientos anteriormente destinados para leprosos, eran las expresiones concretas de su exclusión de la vida social, primeras que se presentan en la historia del enfermo mental y que -- persisten hasta la fecha, solo cambiando su forma.

En la Epoca Clásica (siglos XVII y XVIII), el desarrollo del conocimiento científico va a estar dominado por las concepciones-mecanicistas panvitalistas y empirista, corrientes que tienen como base común una visión del universo donde la ciencia y fundamentalmente las matemáticas y la geometría, deben expresar -- en los símbolos que permitan entender, lo que se percibe empíricamente, para luego comprobar cómo la realidad confirma la verdad.

Notoriamente clasistas son los rasgos más importantes de la mentalidad científica clásica: afán de dominio sobre el mundo, espíritu de previsión, así como la 'reflexión' sobre el método para alcanzar dichas metas.

El experimento, la técnica y la propia práctica permite conocer las modificaciones cuantitativas y cualitativas de las cosas a fin de gobernarlas y ponerlas al servicio del hombre.

Particularmente, en el centro del desarrollo del conocimiento médico destaca Paracelso, principal promotor del desarrollo de la medicina, al estudiar las enfermedades y explicar sus orígenes y su relación con el medio ambiente (la sífilis, la patología laboral y las enfermedades mentales).

Tanto las aportaciones de Paracelso, como la de sus contemporáneos, van a sentar las bases para el avance de una práctica médica, más racional. El experimento, será ahora, la regla de la investigación científica a partir de la cual el hombre interpreta y teoriza la realidad (8). La actitud ante la enfermedad -- cambia de manera radical: mientras que durante la época medieval, la enfermedad es vista como mal inevitable en un mundo que solo es 'momento de tránsito'; a partir del Renacimiento y sobre todo en los siglos XVII y XVIII aparece una valoración creciente tanto personal como social de la vida humana. La preocupación central es la vida y su prolongación, lo cual aparece no sólo en las diversas expresiones artísticas sino especialmente en la creciente atención por parte del Estado en la lucha contra las enfermedades y la prevención.

En lo referente al tipo de asistencia médica, al igual que en la Grecia Clásica, sigue habiendo tres niveles en la atención al enfermo que ahora corresponden a los reyes, nobles y magnates - (nivel superior), a la burguesía (nivel medio) y a los trabajadores manuales y pobres (nivel inferior):

" Las personas pertenecientes al nivel superior eran atendidas en sus palacios por 'médicos de cámara'... También a los burgueses se los trataba en sus respectivos domicilios... los enfermos pobres... tenían un paradero en el hospital de beneficencia, cuando no acudían a prácticos de la más baja calidad o a curanderos de diversa laya... (...)... A los tres niveles les igualaba en cierto modo la escasa eficacia de los recursos terapéuticos entonces en uso; pero las enormes defi

ciencias de la asistencia hospitalaria hacían que la mortalidad de los pobres fuese considerablemente más elevada " (9).

La época clásica también trae aparejado un cambio sustancial en la actitud hacia el enfermo mental: surge la idea, impulsada en la práctica de organizar civilmente la asistencia pública y combatir la 'ociosidad'. Todo era guiado por la idea de la productividad, y el deber que todo hombre tenía de trabajar para ayudar a su nación a hacerse rica y poderosa. La miseria pierde - su sentido místico. Todo hombre al ser pobre, inválido o incapaz mentalmente, está fuera de la ley, y por lo tanto hay que - confirmarlo en un 'mundo aparte' (10).

A mediados del siglo XVI, surgen hospitales generales que más - que explicar su origen por criterio médico, son respuesta social ante la mendicidad e improductividad (11).

El internamiento, es pues, una solución nueva ante la desviación social:

" Por primera vez se sustituyen las medidas de exclusión puramente negativas, por una medida de encierro: el desocupado - no será ya expulsado ni castigado; es sostenido con dinero - de la nación, a costa de la pérdida de su libertad individual. Entre él y la sociedad se establece un sistema implícito de obligaciones: tiene el derecho de ser alimentado, pero debe aceptar el constreñimiento físico y moral de la internación" (12).

Puede señalarse además que, la propagación súbita de los hospitales generales y la acción del internamiento responden en el siglo XVII, a la crisis económica sufrida por Europa Occidental y que trae consigo, grandes problemas con el aumento del desempleo y de la pobreza. Así, en las crisis, los hospitales 'guardarán a los desocupados y vagabundos'. Fuera de estos períodos, el confinamiento tiene otro sentido, pues ya no se trata sólo de encerrar a los desocupados, sino de dar trabajo a los encerrados y hacerlos productivos:

" Los propósitos de la institución eran de tres clases. En parte eran económicos: aumentar las manufacturas, crear actividades productivas para las personas sanas y acabar con el desempleo; en parte sociales: castigar la inactividad deliberada, restablecer el orden público y librar a París de los mendigos; y en parte religiosos y morales; aliviar al necesitado, al enfermo y al que sufría, hacer frente a la inmoralidad y a la conducta antisocial a partir de la enseñanza cristiana" (13).

Toda conducta excéntrica o irracional, apartada de la norma social es considerada fundada en el error. Si existe alguna relación entre la locura y la maldad, ésta radica en la propia voluntad al individuo. La pobreza misma tenía su origen en el debilitamiento y la indisciplina.

Ante esta concepción, por lógica, la respuesta social era el encierro de aquellos que -en cualquiera de sus formas- infringían el orden establecido. El que el internamiento se convierta en el mecanismo social a través del cual se aísla de la comunidad a los que tenían una conducta no acorde con los valores socialmente aceptados, marca un momento decisivo en la concepción y experiencia que hasta entonces se tenía de la locura. Ahora es percibida como horizonte social de la pobreza, de la incapacidad de trabajar, de la imposibilidad de integrarse al grupo, en otras palabras, la enfermedad mental empieza a ser incorporada a los problemas de la naciente sociedad capitalista, entrelazada con otras desviaciones sociales y mezclada junto a ellas. Más que objeto de conocimiento, la locura fue motivo de censura, represión y exclusión, y sólo a partir de su confinamiento es que se impulsa el proceso que terminaría en ubicarla como una enfermedad particular y digna de ser estudiada.

Se desarrollan varias corrientes que atribuyen distintas causas a la locura. Desde la variación del clima, hasta la vivencia -- exagerada de los sentimientos humanos, donde la pasión juega su papel como intermediaria entre el cuerpo y el alma. Junto a ésta surge un principio que deslinda de la génesis mística del trastorno mental: ya no es el alma de los locos, la perturbada,

sino su cerebro.

Lo fundamental para la definición de la locura era, la presencia del delirio:

" Locura, en el sentido clásico, no designa tanto un cambio de terminado en el espíritu o en el cuerpo, sino la existencia-bajo las alteraciones del cuerpo, bajo la extrañeza de la -- conducta y de las palabras, de un discurso delirante. La de finición más sencilla y más general que pueda darse de la lo cura clásica es el delirio: esta palabra se deriva de la lí ra, un surco, de manera que delirio significa propiamente, - apartarse del surco, del recto camino de la razón " (14).

Si bien va delimitándose la enfermedad mental como campo de estudio específico y se sabe que puede atenuarse mediante el uso y aplicación de diferentes técnicas (sangrías, duchas, música, - opio, etc.) y empieza a buscarse la supresión de la enfermedad- mental, en su evolución concreta no se da todavía la diferencia entre tratamiento físico y psicológico.

El siglo XIX, presencia el paso del precapitalismo al capitalis mo mercantil e industrial, con el desarrollo de las institucio- nes en el marco de la soberanía nacional y la consolidación de- finitiva de la burguesía, con el nacimiento de su contrapartida: el proletariado industrial.

Las condiciones socioeconómicas y políticas en las que se desa- rrolla la Revolución Francesa son múltiples; sin embargo, lo más característico es la contradicción entre dos 'mapas sociales' -- completamente antagónicos, como lo dice Alvin Gouldner: por un - lado, la aristocracia se aferraba al poder con su ideología re- pleta de reminiscencias feudales, por otro, la portadora de un - nuevo mundo económico y social: la burguesía, que luchaba por en- trar en el parlamento e imponer su democracia (15).

La inclusión de la patología como objeto del conocimiento cientí- fico va a ser una de las metas de los grandes clínicos de esta - época. El avance de la medicina así como la expansión de su cam

po de acción, se vió impulsado de manera importante por la multiplicación de enfermedades. Evidentemente, la revolución industrial con sus dos consecuencias inmediatas, el pauperismo y las enfermedades y accidentes profesionales, fue la causante de enfermedades directa e indirectamente atribuibles a motivos histórico-sociales.

Médicos de diversos países denunciaron objetiva y enérgicamente la injusticia social de que era consecuencia, la pobreza y sus secuelas morbosas (Chadwick, 1842: Virchow 1848).

El rol social del médico cambia radicalmente. En el momento en que la medicina se hace más técnica, tres van a ser las expectativas sociales hacia el médico: la sociedad espera de él la cura y la prevención del enfermar así como cierto nivel de conocimiento sobre el hombre. Virchow escribiría en relación a la confianza social que se le tenía al médico que la medicina era una ciencia social y la política no es otra cosa que la medicina en gran escala (16).

El tipo de asistencia va a darse según tres niveles socioeconómicos: 'clase alta', 'clase media' y 'clase baja'.

Los enfermos pertenecientes a la 'clase alta' eran atendidos en su domicilio o en un hospital privado. Las 'clases bajas' se atendían en el hospital de beneficencia, los cuales adolecían de escasez de recursos. Las clases medias afrontaban la enfermedad llamando a su domicilio a médicos baratos o en los servicios de las asociaciones de ayuda mutua. El cambio de esta situación se va dando sobre todo desde 1848, momento en que el obrero adquiere conciencia de clase y reivindica entre otras cosas, su derecho a ser atendido en sus enfermedades y accidentes.

Esta situación unida al hecho de que la medicina va siendo cada vez más eficaz, determinó la aparición de novedades sociales en la asistencia médica; en Rusia, el sistema con su red de médicos, funcionarios y sanatorios rurales; en Alemania, se crea un segu-

ro médico unificado y centralizado en 1884; y en Inglaterra se dan los primeros pasos para la creación de un seguro nacional de salud en 1904.

Ya a mediados del siglo XVIII se despoja a la locura de su 'explicación' sobrenatural y mística para pasar al terreno natural, definiéndosele como, la pérdida de las facultades más altas del ser humano, creándosele su propio ámbito de expresión: es decir, el asilo del siglo XIX. La locura no ha roto el círculo del internamiento, sino que se desplaza y lentamente toma su distancia (17). Cada vez se separa más al alienado de la vida social, incorporándolo a una situación de segregación y estigmatización.

Característica del siglo XIX va a ser la extensión de la práctica asilar, misma que va a permitir individualizar un espacio para la locura impulsando el desarrollo de la psiquiatría y de la neurología. Pero este surgimiento de la institución asilar además de estar ligada a la necesidad de ocultar a la sociedad a los que han perdido la razón y son incapaces de ejercer su status de ciudadanos libres, se dará también como respuesta a otros dos factores: las incesantes quejas públicas y oficiales en cuanto a la injusticia que implicaba confundir a los locos con los criminales y lo inhumano que resultaba el tratarlos, no como enfermos sino como criminales.

Los grandes pioneros del asilo (Tuke, Pinel, Esquirol), van a pugnar por cambiar el trato al enfermo mental estableciendo medidas para la reducción del internamiento, y para el 'tratamiento moral' del mismo tratando de definir también el tipo de enfermos a internar.

Este sentido filantrópico del asilo con el objetivo de curar el alienado va a basarse en la 'enajenación del enfermo' respecto al mundo que lo rodea (18).

Dentro de estos marcos de segregación individualizada para la locura se empieza a dar la diferencia de este tipo de conducta-

con otras 'desviaciones sociales': la indigencia se empezará a explicar a partir del derecho civil y la locura a partir de la medicina. En estas categorías el pobre no debe ser confinado, sino incorporado a la producción. Ahora, la mejor forma de - - asistir al pobre es dejarlo en libertad para que pueda trabajar (19).

En el siglo XIX, el loco ha perdido el derecho a la libertad, - cuyas formas civiles y jurídicas son reconocidas a los hombres - por la Declaración de Derechos; el enfermo mental en el siglo - XIX es el que ha perdido el uso de las libertades que le ha conferido la Revolución Burguesa. El enfermo mental ya no puede - hacer uso adecuado de su voluntad y por tanto, su capacidad jurídica se transfiere a otros. Para resolver una alienación de hecho, se le sustituye por una alienación de derecho que trasmite a otro legalmente designado, los derechos que el enfermo ya no puede ejercer y de los que otro, podría abusivamente apropiarse.

Esta transferencia de la personalidad social se vuelve a encontrar en una práctica jurídica más tardía: la de la internación voluntaria. Hasta 1838, se internaba a aquellos que perturbaban el orden público, pero el internamiento de los que no alteraban el orden no estaba reglamentado. Para librar de ellos a -- sus familiares, se creó una internación voluntaria independiente de la voluntad explícita del enfermo pero dependiente de la familia, considerada como su representante cuando es confirmado el diagnóstico médico. Es decir, que se sustituirá la voluntad del sujeto por la de su familia. Precisamente es en esta anulación de los derechos (del enfermo como ser humano), a partir de la cual, Foucault, sostiene la conversión del enfermo mental en un enajenado en un extraño del mundo real.

El destino del enfermo está fijado desde entonces por más de un siglo: está enajenado.

" Y esta alienación señala todas sus relaciones sociales, todas sus experiencias, todas las condiciones de su existencia; ya no puede reconocerse en su propia voluntad puesto que se le supone, una que él no conoce; no encuentra en los otros - más que extranjeros, puesto que él mismo es para ellos un extranjero; su libertad se ha convertido en el nudo de coacciones que sufre... Por lo tanto, la alienación es para el enfermo mucho más que un status jurídico: una experiencia real que se inscribe necesariamente en el hecho patológico" (20).

Sintetizando, la experiencia de la locura en este siglo va a darse en un doble movimiento de liberación y de servidumbre. Se suprime el internamiento que confunde la locura con todas las otras formas de la sinrazón pero se le designa un lugar específico (el asilo) donde se le analiza y 'cura' objetivamente.

Con el asilo, se empieza a dar la institucionalización de la segregación y la represión como formas de respuesta ante la locura. Tiene aquí su auge el bien denominado 'tratamiento moral'. La conciencia moral, estimulada en el hospital, lleva al paciente a un dominio de sí mismo y en caso contrario al castigo. Ya no se lleva a cabo un costreñimiento físico como en siglos anteriores, ahora es el costreñimiento moral el utilizado.

Al enfermo se le observa y se le enjuicia. La vigilancia y la prohibición será lo característico de los asilos en el siglo XIX y marcarán a la psiquiatría desde entonces como una ciencia de la observación y de la clasificación. El diálogo aparecerá sólo con el psicoanálisis.

II.1. MARCO TEORICO.

1. La Enfermedad Mental en el Siglo XX. Conceptualización y -- Respuesta Social.

1.1. El Conocimiento Científico de la Enfermedad.

Siguiendo la tradición galénica, en 1935, se sigue conceptualizando a la enfermedad como desorden orgánico. La causa esencial de la enfermedad viene a ser concebida y descrita como una alteración bioquímica más o menos precisa y más o menos localizada.

La tendencia a ubicar la enfermedad correlacionada a un daño orgánico cada vez que se hace más patente incluso en lo que se refiere a trastornos mentales como las neurosis funcionales, o de origen psicosomático, como la hipertensión:

" Una amplia serie de datos, procedentes de los más diversos campos de la investigación y la práctica neurofisiología, - neurobiología, neurocirugía, etc., conduce a ver en ese - - trastorno tan funcional, la consecuencia sintomática de desórdenes moleculares, susceptibles de atribución a lesiones bioquímicas localizables en uno u otro lugar del sistema -- nervioso central " (21).

Paralelamente a esta posición aparece otra concepción que pretende incorporar lo social en la génesis de la enfermedad, acompañando y apuntalando el gran debate que desde fines del siglo XIX, se venía dando entre la psicogénesis y organogénesis del deterioro de la salud de las grandes masas.

Dada la realidad social en que se desenvuelve el hombre, a la manifestación y génesis de la enfermedad le corresponden momentos que no son somáticos, de ahí que la enfermedad sea en esencia, también conceptualizada como un 'modo de vivir', igual como en el siglo pasado lo había ya expresado Virchow:

En el 'vivir' la propia enfermedad y en el 'ver vivirla', la ex

perencia remite de modo tácito o expreso al 'sujeto que así -- vive'.

Independientemente de analizar más adelante los orígenes del modelo médico imperante en el modo de producción capitalista, y su relación con la ideología dominante, es un hecho reconocido por la mayor parte de los científicos sociales la tendencia general de la práctica médica, -aunque sea en muchos casos sólo - una preocupación teórica- de pasar de su ubicación individual, a una social e histórica:

" ...la medicina actual, ha hecho patente algo que, habiendo tenido siempre realidad, sólo hoy ha sido visto y formulado con claridad suficiente: que en la operación terapéutica - del médico, necesariamente se complican un momento científico-técnico (el conocimiento de lo que realmente son la enfermedad que se trata, y el remedio dentro del sistema de poderes vigentes en la sociedad a la que el médico y enfermo pertenecen), otro socioeconómico (el nivel económico de esa sociedad y el modo como en ella se produce y distribuye la riqueza) y otro psicoético (ése, del cual depende el tipo de la relación entre el médico y el enfermo)... " (22).

Los modos principales en que se ha ido haciendo patente esta incorporación de lo social en la medicina serían básicamente cinco:

- a) El enfermar mismo. El enfermar va a ubicarse en relación -- con las condiciones de vida y reproducción sociales: como ejemplo, están los estudios realizados en cuanto a la localización del cáncer y la clase social de quién lo padece; - el fenómeno del 'hospitalismo' descrito por Spitz; la iatrogenia 'social' de Illich; los estudios realizados por Redlich y Hollingshead en cuanto a la relación estrato social y enfermedad mental.
- b) El diagnóstico. La relación entre el médico y el enfermo -- (que se ha analizado a partir de la ideología dominante de cada sociedad y en los marcos del sometido (paciente)-sometedor (médico), y la acción diagnóstica determinada y configurada socialmente.

- c) El tratamiento. Estructura social, nivel y orientación de la economía, técnicas terapéuticas, rol y status del médico y del paciente, índole del contacto tácito o expreso -consulta privada, seguro social, beneficencia- que preside el encuentro entre uno y otro. En síntesis se afirma que ya todo en el tratamiento se halla socialmente condicionado.
- d) La prevención de la enfermedad. Se prioriza la prevención sobre la curación. Cabe aquí señalar la afirmación de Milton Terris, en el sentido de que la segunda revolución epidemiológica se da con la utilización de los conocimientos epidemiológicos en pro de la prevención de las enfermedades. La epidemiología misma, según el autor debe asumir el efecto de los factores sociales y ambientales en el origen de la enfermedad (23). La atención al paciente no se detiene en la interrupción del proceso patológico, sino que debe incluir la rehabilitación del paciente al máximo nivel posible de su función social. Es preciso rebasar la esfera de diagnóstico y tratamiento convirtiendo la prevención en principio fundamental. Y siguiendo esta línea, Terris por ejemplo plantea la necesidad de desarrollar una política social para la salud con la participación activa del pueblo:

" Una política social para la salud (que) no puede ignorar la pobreza y la discriminación como principales obstáculos para la salud " (24).

1.2. Desarrollo de la Psiquiatría.

Así como la posición social del enfermo mental ha cambiado dependiendo del momento histórico que la sociedad vive, en la misma forma se ha ido transformando no sólo la respuesta social a la enfermedad mental, sino también el tipo de acciones científico-técnicas abocadas a su tratamiento.

El estudio del nacimiento de la psiquiatría, demuestra que las condiciones que permiten su aparición, están vinculadas a un juego de relaciones entre hospitalización, el internamiento, las condiciones y los procedimientos de exclusión social, las

normas de jurisprudencia, las del trabajo industrial y las de los valores morales predominantes de la época.

" El desarrollo de la psiquiatría en la historia, no es más que el resultado de una evolución dialéctica, que tiende a la superación de las contradicciones engendradas en la misma; el grado de avance o atraso de una especialidad como la psiquiatría no evoluciona independientemente de la sociedad, evoluciona junto con ella, paralelamente y determinada en gran parte, por el desarrollo histórico de esa sociedad. En cierta medida, es su efecto " (25).

La idea de una patología natural y en suma orgánica, pero de una enfermedad cuyos efectos son psíquicos se ha impuesto en el transcurso de los siglos a medida que la civilización occidental ha evolucionado en el sentido de la 'libertad individual'. Con la Reforma y más tarde con la Revolución Francesa, el problema de una disminución patológica del libre albedrío, ha adquirido, en efecto una exigencia de la que nació ineluctablemente el hecho psiquiátrico. Por ello no es sorprendente, el que la psiquiatría naciera en Francia y en el momento de la Revolución.

Desde su constitución, la psiquiatría, siguiendo el gran movimiento de la ciencia anatomoclínica, se lanzó a la búsqueda de entidades de las cuales la 'parálisis general' le ofrecía el modelo (Bayle 1822). La psiquiatría se instituye al principio como una búsqueda nosográfica de especies morbosas, y la tarea principal de todos los grandes clínicos, fue la de describir cuadros clínicos y evoluciones típicas. (26)

Ante las exigencias sociales y económicas de combatir la ociosidad e improductividad, los psiquiatras del siglo pasado (Esquirol, Tuke, Pinel), impulsaron las técnicas socioterápicas y ergoterápicas en el tratamiento del enfermo mental. Pero el interés de estos métodos sufre después un largo eclipse. A fines del siglo pasado y principios del presente, el desarrollo de la medicina moderna desvía la atención de los aspectos funcionales de la patología y de la terapéutica para fijarse sólo en lo que

podía expresarse en términos de agresiones toxiinfecciosas y lesiones orgánicas. (27)

Sin embargo, igual que pasa para el conocimiento médico, en el caso de la psiquiatría, el aspecto orgánico, anatomopatológico del proceso morboso va perdiendo su excesiva vigencia en beneficio de las concepciones psicogénicas y psicodinámicas, que ubican el proceso de salud-enfermedad mental en su contexto socio-genético.

A fines de la primera guerra mundial, se produce una primera -- transformación en la psiquiatría, debido a tres causas principales:

- a) Un movimiento de opinión iniciado 10 años antes en América -- por Clifford Beers, se propaga por todo el mundo y lleva a -- la creación de servicios abiertos de psiquiatría.
- b) El movimiento psicoanalítico, al desarrollarse, introduce -- las nociones de psicopatología dinámica y pone en un lugar -- de honor a la psicoterapia.
- c) Aparecen técnicas biológicas, empíricas, pero muy eficaces. Así por ejemplo, la malarioterapia de Wagner Won Jauregg demostró que la demencia paralítica no era incurable. (28)

Este cambio en la práctica psiquiátrica que la misma realidad -- iba demandando, no se da de un día para otro, el hospital psiquiátrico se sigue manteniendo aún como un lugar de custodia y asilo. Los pacientes ingresan con certificado y resistencia. -- Obviamente insanos y rechazados por sus familias, algunos mueren, algunos se recuperan y salen pero muchos permanecerán el resto de sus vidas encerrados. La mayoría continúa en un estado de desorganización y locura.

La ruptura primera dentro de este mundo estático es aportada -- por los tratamientos físicos: coma terapéutico insulínico en -- la mitad de los 30's y terapia convulsivante. Esto trae consi

go modificaciones importantes en los hospitales y muchos pacientes se recuperan rápidamente:

" Fue en 1950 y a causa de las discusiones sobre el significado de la aplicación extendida de tranquilizantes, cuando empezó a tenerse en cuenta explícitamente el ambiente en el que el tratamiento tenía lugar. Gradualmente algunos psiquiatras empezaron a sospechar que el entorno podía ser más importante que el tratamiento alrededor del cual se organizaba... La reciente apreciación de la importancia de los factores sociales en los procedimientos terapéuticos se desarrolló en parte por la expansión general del interés de las ciencias sociales que tuvo lugar en el período de postguerra y que comenzó a penetrar el mundo privado de los hospitales mentales en la década de los cincuenta " (29).

El mito de la incurabilidad de la enfermedad mental desapareció con la aparición de los psicofármacos, implicando cambios importantes en la práctica psiquiátrica. Pero las transformaciones e innovaciones en este campo tuvieron un apoyo fundamental en las diversas investigaciones institucionales realizadas entre la década de los cincuenta y los sesentas: entre ellas, está la realizada por Erving Goffman, quien analiza los hospitales mentales paralelamente con otras instituciones, tales como los monasterios, prisiones, colegios, etc. demostrando los efectos negativos que su dinámica tiene sobre la personalidad social del enfermo mental. Otras investigaciones han descrito el efecto deletéreo que produce en la gente, largos años de encierro en una institución. Debe destacarse la publicación de Martín, "Institucionalization" (30) y el libro de Barton "Institutional Neurosis" (31). Ambos afirman que muchos de los signos de la esquizofrenia crónica son el producto de largos años de vida institucional privada de pertenencias personales, de contactos exteriores o de cualquier estímulo distinto de los represivos.

Todos estos estudios (realizados en su mayoría por científicos sociales) han ilustrado sobre la estructura del hospital tradicional, mostrando que produce grave daño a los pacientes porque aumenta su aislamiento social, su dependencia, su invalidez, y han sugerido que mucho de lo que se veía en el típico enfermo -

crónico, era resultado, no de su esquizofrenia, por ejemplo, sino de la manera en que fue cuidado durante décadas.

De esta manera, y como resultado del interés por modificar esta situación surgen las primeras experiencias de lo que se ha denominado COMUNIDAD TERAPEUTICA en Inglaterra, con Mawell Jones. - La comprobación de su validez en la década de los 50's, hace que en 1953, el concepto de 'comunidad terapéutica' sea aceptado ampliamente y expuesto en el Tercer Informe del Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS (32). En él, se hace referencia a que ciertos tipos de trastornos mentales surgen o se exacerban por el desajuste de las relaciones interpersonales, y se parte de la idea de que las características de un hospital o pabellón pueden emplearse deliberadamente para ayudar al individuo mediante experiencias de grupo y trato social. Para ello, se recurre a reuniones frecuentes a las que asisten el personal del hospital y los pacientes. Se discuten abiertamente y de manera informal -- los sucesos, quejas, tensiones y malentendidos. Los problemas personales y la mala conducta se consideran como responsabilidad de la comunidad. Desde luego, el personal también se reúne por su cuenta y es necesario que exista una cierta unidad en el enfoque de los problemas. Médicos y enfermeras asignan tareas rehabilitatorias a las distintas categorías de asistentes y se le enseña al personal a manejar su propia angustia.

Si bien no en todos los países ha podido implementarse y donde lo ha sido, su aplicación no ha sido extendida a la sociedad, algo que sí es un criterio común aceptado e introducido en las instituciones -aún con las deficiencias probables- es una asistencia médico-social, que mediante actividades laborales y de Terapia Ocupacional posibilite la integración social del paciente.

Paralelamente a esta creciente modificación del ambiente hospitalario se empiezan a impulsar también actividades con orientación de psiquiatría social y posteriormente de psiquiatría comunitaria a fin de evitar el internamiento, cuyo énfasis radica en la-

importancia que se le da a la comunidad en el proceso salud-enfermedad mental.

El mismo paso que se da a nivel de la medicina en general del ámbito individual al social, se da en la psiquiatría. Transformación que para Milton Terris es característica en el desarrollo del quehacer y conocimiento médico del siglo XX:

" La medicina individual se puede considerar como el sistema-dominante en el siglo XIX, y la medicina como el nuevo sistema que, con mayor rapidez en unos países que en otros, de manera más compleja, en unos países que en otros, está suplantado al sistema anterior, tomando cada vez más fuerza a lo largo del siglo XX... La medicina social podría definirse como la teoría y la práctica de la medicina en la cual el médico moviliza todos los recursos sociales para mantener la salud del individuo en la sociedad. La relación ya no es entre el paciente, una persona enferma y el médico, sino entre el individuo sano o enfermo que vive en un contexto social, y un nuevo tipo de médico que ya no está sólo, sino que aporta a la salud del individuo todas las posibilidades médicas y no médicas de la sociedad " (33).

Del mismo modo, la psiquiatría individual caracteriza al siglo XIX y la social pasa a ser la predominante durante el siglo XX, aunque en diversos grados y matices dependiendo de la situación socio-económica y política de cada país. Pero es un hecho que por primera vez, la psiquiatría propone salir de los hospitales y del tratamiento individual, tratando de abordar con diferentes enfoques los problemas de la comunidad y mostrando -en su discurso más que en su práctica- una preocupación por los aspectos preventivos de tratamiento y rehabilitación de los desórdenes mentales en la comunidad.

Como otra característica del desarrollo en el tratamiento del enfermo mental durante nuestro siglo, está también el interés de vencer los prejuicios de la comunidad hacia el 'alienado' como medio para evitar su marginación social:

" En la actualidad, un psiquiatra puede con frecuencia conducir a un enfermo, hasta las puertas de la vida normal, pero

sus esfuerzos serían inútiles si esas puertas se abrieran - sobre el vacío. Para aprovechar en la mayor medida posible los adelantos de la psiquiatría moderna, es necesario que la sociedad aprenda a colaborar en la prevención de los - - trastornos mentales, en el tratamiento y en la rehabilitación del enfermo. En otras palabras la posibilidad de seguir perfeccionando los métodos psiquiátricos, depende en gran medida de las actitudes de la sociedad con respecto a los enfermos mentales de la psiquiatría social misma " (34).

Sobre la respuesta de la comunidad a esta actitud, el Comité de la OMS afirma que el posible apoyo que la colectividad esté dispuesta a prestar al psiquiatra, depende en gran medida de la -- opinión común acerca de la práctica psiquiátrica:

" En Gran Bretaña se han creado diversos centros para los casos más graves de neurosis y para algunas psicosis no comprendidas en la ley sobre el tratamiento de los enfermos -- mentales. Esos centros donde no se necesita cumplir formalidad alguna para la hospitalización, parecen suscitar menos prejuicios que los hospitales psiquiátricos, y muchas -- personas están dispuestas a seguir un tratamiento en ellas" (35).

La implementación, con el apoyo de la comunidad, de hogares sustitutos, albergues y talleres protegidos en varios países, demuestra que es posible tratar con éxito a los enfermos mentales en un medio que rebasa el definido por los marcos del hospital-psiquiátrico tradicional.

Estas innovadoras orientaciones de la psiquiatría, van a estar determinadas en la práctica, por las condiciones socioeconómicas e ideológicas que la enmarquen. Si bien esto será abordado adelante, baste señalar que este movimiento y desarrollo en la medicina y específicamente en la psiquiatría no surge espontáneamente, sino que tiene su sustento en el tipo de desarrollo -- capitalista en el que cualquier innovación 'técnica' es incapaz de superar la contradicción principal del capitalismo: la apropiación privada sobre los medios de producción, fenómeno que da origen a la lucha entre capital y fuerza de trabajo.

1.3. Modelos Explicativos a la Enfermedad Mental. Corrientes Dominantes.

Cada sociedad particular tiene su definición propia sobre los conceptos de salud enfermedad mental, y no sólo eso sino que -- los mismos se modifican conforme cambian las circunstancias particulares que les dieron origen: el 'loco' de hoy, es comprendido como 'enfermo' en el mundo 'civilizado', mientras que otrora, era repudiado y si no corría con suerte, hasta condenado -- por la Santa Inquisición, por estar poseído por 'fuerzas malignas sobrenaturales'.

Si nos basamos solo en los dos grandes criterios para explicarla enfermedad mental existentes al presente, -a saber, el estadístico, y el normativo-, podríamos estar satisfechos y afirmar que para el primero sería normal, toda aquella persona que respondiera a las características que reúne la mayoría de las personas de su sociedad, y de acuerdo a los criterios normativos, -el 'sano mental' sería el que obedeciera los Diez Mandamientos y se adaptara al ambiente social sin causar conflictos de ningún tipo.

Sin embargo, el creciente aumento en las tasas de enfermedad -- mental que se materializan y extienden en conjuntos y clases sociales, no ha podido ser explicado por la práctica psiquiátrica:

" ... en la medida en que ese conjunto refiere en todos los casos conocidos a grupos, sectores, status, actividades, que no pueden ser contenidos en un diagnóstico psiquiátrico sin referir a la estructura social que determina la existencia - de esos conjuntos " (36).

¿Quiénes podrían ser considerados como 'locos' en nuestra sociedad?

Estarían los que evidentemente tuvieran un deterioro biológico- que además incidiera en su comportamiento. Pero también serían ubicados como 'enfermos', los suicidas, los farmacodependientes,

los homicidas, los alcohólicos, los vagabundos, los delincuentes aún cuando no se detectaran cuadros patológicos bien definidos.

Ante esta problemática han surgido diferentes corrientes que tratan de explicar el origen de las enfermedades mentales. Unas -- preponderando el sustento orgánico, otras los factores psíquicos individuales, otros, exclusivamente los sociales. Y aunque la mayoría de los autores coinciden en reconocer a los factores sociales alguna relación con la enfermedad mental, la diferencia está en la importancia que les conceden como factores causales.

Un análisis de dichas corrientes, permitirá conocer la conceptualización que éstas hacen de la salud-enfermedad mental y de su determinación causal.

1.3.1. Psiquiatría Tradicional.

Esta corriente contiene a su vez en su interior varias tendencias. Una es la que atribuye la enfermedad mental a factores exclusivamente biológicos, es decir alteraciones en la anatomía, fisiología o bioquímica del sistema nervioso que serían la causa directa de la enfermedad mental.

La causalidad genética sería otro más de los factores biológicos que podrían causar la enfermedad, y el ejemplo clásico es el de la anomalía cromosómica (la trisomía XYY). Estas alteraciones pueden ser provocadas a su vez por enfermedades físicas: traumatismos, infecciones, agentes tóxicos, desnutrición, etc.

Sin embargo, otros sostienen que las enfermedades mentales pueden deberse también a causas psicógenas, tales como relaciones interpersonales inadecuadas, especialmente en los primeros años de vida, o la pérdida de un ser querido, el aislamiento social o cualquier factor generador de ansiedad y angustia:

" El trastorno mental no es un desorden en la función de un sólo órgano, sino el funcionamiento psicobiológico mal adaptado

do y desordenado de un organismo social " (37).

Quienes son partidarios de la causalidad biológica, argumentan que estos factores psicógenos producen enfermedad en aquellos que, por su constitución biológica son más vulnerables:

" El hecho de haber observado, por ejemplo, que en las cárceles de algunos países se ha encontrado un porcentaje superior al normal de individuos con determinada anomalía cromosómica (la trisomía XYY), lleva a escribir que es oportuno que se revalore en forma destacada la figura de Lombroso, quien tuvo el mérito de percibir una posible asociación entre elementos psicológicos antisociales y la expresión morfológica de tales elementos " (38).

De acuerdo a la psiquiatría tradicional, las enfermedades mentales serían entonces,

" ...anomalías en el funcionamiento de la personalidad, que -- afectan ya sea la vida subjetiva del individuo o sus relaciones con los demás, así como su capacidad para adaptarse a la vida en sociedad " (39).

" Lo que se llama anormal no es sino una expresión exagerada o desequilibrada de lo normal. Lo más fructífero es quizá considerar que la mayoría de las manifestaciones de psicopatología no son el resultado o la expresión de alguna 'enfermedad' sino una forma de conducta o un modo de vivir que es el producto lógico (aunque implique desadaptación social) de la dotación original particular del individuo, la influencia moldeadora en el hogar, las experiencias traumáticas que modifican el desarrollo de la personalidad, el stress y los problemas que surgen del interior de la vida emocional e instintiva del individuo, la incapacidad de la persona para encarar las tensiones que resultan del stress y de los problemas mencionados, el tipo de reacciones de autodefensa que el individuo utiliza en forma habitual para hacer mínima la angustia, y cualquier afección que altere la integridad o eficiencia del organismo biológico de la persona. Por lo tanto, los trastornos mentales deben considerarse como pautas de reacción humana cuyo movimiento se inicia ante un stress " (40).

Por lo que se refiere a la importancia que dan a la influencia de los factores sociales, en general se les concede un lugar, pero a lo sumo de la misma jerarquía que todos los demás factores, dentro de una red causal en donde una serie de elementos -

interactúan produciendo finalmente la enfermedad.

" El ambiente en el que vive un individuo es mucho más que un mundo físico; incluye la estrecha interacción personal dentro del grupo familiar, las presiones que sobre este grupo imponen la cultura más amplia y sus particulares sistemas de valores, así como la influencia de las fuerzas socioeconómicas que depende de la estructura de clases de la sociedad en la que el individuo y su familia viven " (41)

Para aquellos autores con una tendencia más marcadamente organizativa, la influencia de lo social es mucho más lejana, tangencial, y lo decisivo es lo biológico. En las ocasiones donde se llega a demostrar una correlación entre los factores sociales y la patología mental, esta corriente responde con agnosticismo sobre si esa correlación es de causa o de efecto:

" En los estudios de Hollingshead y Redlich sobre la influencia de la clase social en la aparición de enfermedad mental en New Haven, se encontró que la esquizofrenia ocurre con más frecuencia en familias de las clases socioeconómicas -- más bajas; en este grupo también son más frecuentes otros trastornos que indican defectos en el superego. No obstante estos estudios han sugerido que la clase social del paciente es tal vez la consecuencia de la enfermedad y no demuestran que la clase social tenga influencia sobre la forma de enfermedad " (42)

Así, aunque se encontraran elementos que apuntaran a la importancia de la causalidad social, el agnosticismo en su manejo, impide avanzar hacia la búsqueda de esas explicaciones.

1.3.2. Psiquiatría Social.

La expresión 'psiquiatría social', comienza a usarse en fechas relativamente recientes con diferentes matices de sentido según el autor y las circunstancias. En el VII Informe del Comité de Expertos en Salud Mental de la OMS, va a definírsele como,

" ...el conjunto de medidas preventivas y curativas que tienen por objeto la adaptación del individuo a una vida satisfactoria y útil en su medio social. Para alcanzar sus fines, la psiquiatría social trata de procurar a los enfer

mos mentales, y a los que corren el peligro de serlo, modos de establecer con la sociedad relaciones favorables al mantenimiento o restauración de su capacidad de adaptación social" (43).

La expresión de psiquiatría social ha sido objeto de otras interpretaciones. Un autor, por ejemplo ha escrito no hace mucho que el objetivo fundamental de esa disciplina es el enfermo mental - en su contexto social (44).

Otras definiciones reservan el adjetivo 'social' a las actividades relacionadas con el bienestar de las personas habitualmente protegidas por instituciones tales como el Seguro Social y otras. Investigaciones recientes reportadas por la OMS, han demostrado que las capas menos favorecidas económicamente de la sociedad -- pueden ser también las más desprotegidas desde el punto de vista de la asistencia psiquiátrica que se les presta. En consecuencia se ha denominado psiquiatría social al conjunto de medidas - encaminadas a facilitar a esas personas una asistencia psiquiátrica completa.

Por otro lado, quienes lo consideran como una intersección de la patología social (Durkheim y Comte son los primeros en apuntar - este elemento), tal como se define en Norteamérica, con la sociología aplicada, manejan la idea de encontrar mejores tácticas para las políticas de higiene mental, que permitan atacar el problema de la enfermedad mental.

Bastide, considera que algunas de las definiciones tienen un contenido eminentemente pragmático, mientras que otras tratan de -- fundamentarse en la teoría; que algunas tienen una connotación - psiquiátrica y otras la poseen sociológica. Por consiguiente, - examinemos algunas de ellas para luego exponer la del propio Bastide.

H.M. Adler y S.W. Hartwell (45, 46) la definen como la formación de los trabajadores sociales en el campo de la psiquiatría y añaden que,

" Es evidente, en efecto que el Hospital Psiquiátrico no es un hospital como los otros, sino que en éste se prodigan cuidados a enfermos que en sus camas, siguen formando parte de la sociedad; el hospital psiquiátrico es al mismo tiempo, 'una comunidad'... los enfermos y los asistentes sociales tienen aquí tareas propias que necesitan de una formación diferenciada " (47).

Para Maxwell Jones (48), la psiquiatría social es el estudio de los métodos de tratamiento por medio de la formación de comunidades, para la reeducación de las interrelaciones, por la socialización de los asilados, y más prácticamente por la terapia de grupo o la ergoterapia.

Entre las tendencias predominantemente teóricas estarían básicamente tres: quienes buscan la correlación de factores sociales (constelación familiar, habitación, nivel económico, tensiones profesionales, religión, etc.), con trastornos del comportamiento. Quienes se enfocan al estudio de las enfermedades mentales colectivas o de grupos sociales, o 'enfermedades de la sociedad' que se difunden a los individuos que la componen. Y quienes estudian el comportamiento social de las enfermedades mentales.

En el sentido de diferenciar el énfasis puesto en la patología individual del concedido a la patología de la sociedad misma, Bastide plantea lo siguiente:

" Nosotros sugeriríamos reservar el nombre de psiquiatría social para la ciencia del comportamiento social mórbido de los individuos afectados por los trastornos mentales. Tal es el fondo, el sentido que desde 1933 proponía Krout para este término, las causas sociales de las enfermedades mentales " (49).

Siguiendo el pensamiento de este autor, en síntesis él sugiere agrupar esta diversidad de conceptualización en tres diferentes disciplinas: la psiquiatría social que tendría como objetivo -

descubrir y controlar las causas sociales de las enfermedades mentales. La sociología de las enfermedades mentales que se ocuparía de 'sopesar' el lugar y el papel de los factores sociales, de las causas sociales. El sociólogo puede evitar el problema de la etiología y sólo establecer las correlaciones entre ciertos hechos sociales y ciertos tipos de enfermedades mentales sin afirmar que estas correlaciones sean forzosamente leyes causales. Y la etnopsiquiatría, que varía la correlación entre los hechos étnicos y la enfermedad mental y la forma en que los indígenas tratan la enfermedad mental. Así pues, el problema de la causalidad quedaría en el terreno de la psiquiatría social; el de las correlaciones entre factores sociales y enfermedad mental en el de la sociología; y si se trata de la dimensión cultural de los trastornos mentales, sería terreno de la Etnopsiquiatría.

Como puede apreciarse, la concepción de enfermedad mental de todos estos grupos y de la psiquiatría clínica tradicional es esencialmente similar. Para la psiquiatría social, y ésto parece común a las distintas orientaciones que hemos citado, el enfermo mental es un desadaptado, alguien que debe ser reeducado, reintegrado a la sociedad, es un factor perturbador por quien la sociedad (como un todo homogéneo) debe preocuparse, para devolverlo al sitio que le corresponde; la preocupación es buscar una solución al problema que plantea la enfermedad mental como perturbadora de la sociedad, si bien se reconoce que hay factores sociales que influyen en la producción de esta patología, la solución está en encontrar la manera de restablecer el equilibrio perdido entre el enfermo y la sociedad, sea a través de técnicas terapéuticas individuales o colectivas, o de políticas de higiene mental, etc. Se busca describir los factores sociales que tienen relación con las enfermedades mentales para controlarlos, pero no una explicación real del padecimiento. Son solamente desajustes que deben corregirse; lo social es importante, pero sólo para describir cómo se desencadenó la enfermedad y encontrar pragmáticamente cómo devolver al enfermo su equilibrio, su normalidad y su función dentro de la sociedad.

Por lo que se refiere a la causalidad biológica de la enfermedad mental, hay que tener en cuenta también que:

" ...la estructura económica y las relaciones sociales de producción y de cambio de una sociedad, y no los fenómenos biológicos en sí mismos, determinan el carácter de la relación del hombre con la naturaleza, y consecuentemente, el tipo de patología que padece " (50).

Precisamente, partiendo de esta determinación de la estructura económica y de las relaciones de producción en el proceso salud enfermedad, hay países, en los que se asume en la teoría y la práctica otra concepción sobre el término que nos ocupa. En 1969, el Grupo Nacional del Ministerio de Salud Pública de Cuba, en su Plan Perspectivo, marca los fundamentos de la psiquiatría social afirmando que:

" La psiquiatría social se fundamenta en el hecho de concebir al hombre como parte de un grupo de la sociedad, en continua interacción con ésta. La psiquiatría social es el producto del estudio interdisciplinario de la psiquiatría con otras ciencias que estudian la conducta: antropología, psicología, psicología social y sociología. La psiquiatría social, como resultado de esta colaboración interdisciplinaria de las ciencias de la conducta, a que hemos hecho referencia, se aplica al hombre sano y al enfermo mental, con el objetivo de prevenir estas entidades patológicas y al mismo tiempo promover la salud mental (lo cual constituye su fin esencial) además del tratamiento de los enfermos mentales psiquiátricos " (51).

Exceptuando el caso anterior, por lo general en la psiquiatría social -al igual que pasa con la medicina- cuando se agotan las posibilidades explicativas de la concepción individualista de la enfermedad, se pasa al terreno de lo social adoptando un modelo estructuralista que no deja de cumplir con la función de encubrir a la enfermedad como resultante de las contradicciones del modo de producción en el cual se genera y así abre la posibilidad de incrementar el control de la clase dominante en el resto de la población.

En realidad no hay oposición real entre la psiquiatría clínica-

tradicional y la denominada social. A través de los textos psiquiátricos más modernos, puede notarse que la discusión no se da ya, en torno a la importancia de lo social en la determinación causal, que es generalmente aceptada sino más bien el problema está en la forma en que lo social es considerado conceptualizado y tratado.

La incorporación de lo social como factor causal no basta para explicar cabalmente la etiología de los padecimientos mentales. Es cierto que un paso fundamental en esta búsqueda es enfocarla intencionalmente hacia la dimensión colectiva, puesto que es en donde podrá encontrarse esta determinación profunda de lo social. Sin embargo, la concepción del modelo multicausal, lo que plantea concretamente es que intervienen en la determinación de la patología mental tal cantidad y complejidad de elementos que es prácticamente imposible pretender conocerlos ni mucho menos explicarse como actúan: así que bastará con descubrir algunas de las causas más inmediatas de estos trastornos para actuar sobre ellos y poder 'prevenirlos'.

Es interesante mencionar aquí la reflexión de Eduardo Menéndez en el sentido que la apropiación de lo social en la psiquiatría la lleva a una contradicción en su práctica que oscila entre la cura y el control. Incluso si se aceptan los factores sociales en la causalidad de la enfermedad es para controlarlos y cuando no se puede, no se les reconoce sino sólo a nivel del discurso teórico:

" En todo este proceso lo 'social' de la enfermedad mental se rá reconocido en la medida que pueda ser instrumentado y con trolado. Si ésto no puede realizarse, será negado en los hechos o mantenido como superestructura en la comprensión de los fenómenos, pero sin otro ejercicio que el ideológico sobre la realidad social " (52).

1.3.3. El Psicoanálisis.

El hecho de que las investigaciones de Freud hayan tenido como-

punto de partida, el campo de la zoología y la neurología ha sido causa de fuertes críticas de muchos de sus opositores.

Entre las más fuertes que se le han hecho, está la de la sobreestimación que dió al aspecto sexual en el origen de las neurosis, desatendiendo otros factores como el ambiental y la importancia de las relaciones interpersonales. Sin embargo se olvida que precisamente la teoría desarrollada por Freud surgió en polémica enconada con la psicología materialista-biologista.

Al psicoanálisis se le ataca tanto por su desatención hacia los aspectos socio-económicos como por su falta de interés en los aspectos orgánicos de la enfermedad mental:

" ...La polémica contra el psicoanálisis tradicional se desarrolla desde dos ángulos. Es justo reprocharle su indiferencia por la dimensión económico-social de las relaciones humanas, pero del mismo modo es necesario reprocharle su escaso interés por el estudio anatófisiológico del sistema nervioso " (53).

Más que adentrarnos en el debate o aceptación de este tipo de críticas, no pueden pasarse por alto las trascendentes contribuciones freudianas tanto para la esfera social como para la anatomofisiológica.

Es evidente que el psicoanálisis despertó el interés por el análisis científico de los procesos sexuales, de la reproducción de la vida material del hombre, lo que tiene además de las biológico-naturales y afectivas, implicaciones económico-sociales frecuentemente olvidadas. Sirva tan sólo recordar lo expresado por Engels en "El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado", en el sentido de que lo determinante de la historia, era la producción y la reproducción de la vida inmediata, en lo cual se contiene tanto los medios materiales de vida como la reproducción de la especie.

Por otro lado, el psicoanálisis ha arrojado la justa luz sobre,

el valor de los procesos psíquicos que se desarrollan en la esfera del inconsciente y sobre la existencia de la sexualidad infantil y su vinculación con la del adulto.

A partir de Freud surgieron investigadores que trataron de ampliar el conocimiento psicoanalítico relacionando por ejemplo - la influencia de factores culturales y ambientales en el origen de las neurosis.

Entre los psicoanalistas ortodoxos que ampliaron las concepciones freudianas sin apartarse sustancialmente de las concepciones originales destacan Karl Abraham y Ana Freud. Pero la mayoría de ellos introdujeron nuevos elementos a la teoría psicoanalítica original y así entre los 'discipulos disidentes' estarían Adler, Jung, Rank, Ferenczi, Klein y otros.

Años después, especialmente en los Estados Unidos de la posguerra aparece una nueva orientación psicoanalítica denominada culturalista. Aquí las relaciones entre el hombre y la sociedad son fundamentales, más que cualquier otro aspecto. Es cierto - que ya el mismo Freud había reconocido la importancia primero - del "hecho traumático" como desencadenante de la neurosis, y -- luego, rectificando, de las situaciones familiares permanentemente tensas como generadores del trastorno, sin embargo, su énfasis estuvo puesto en otros elementos, como los pulsiones. -- También es verdad que algunos de sus seguidores habían hecho notar la importancia de las relaciones interpersonales, como Rank, Ferenczi. Pero los culturalistas vienen prácticamente a hacer una reformulación de psicoanálisis ortodoxo, intentando dar al fenómeno de las neurosis una nueva interpretación con base a su concepción de la importancia de los fenómenos culturales. Los principales representantes de esa corriente son Horney, Sullivan y Fromm.

La idea que se encuentra en Freud y en Fromm de la influencia - de lo social en el comportamiento humano es bastante distinta:

" Según Freud, el hombre es por naturaleza antisocial y la sociedad debe contener sus impulsos y domesticarlo. Como consecuencia de tales represiones en el hombre ocurriría algo milagroso: la sublimación o sea la transformación de los impulsos naturales en tendencias culturales que llegan a constituir la base de la cultura humana... (...)... Las relaciones entre el hombre y la sociedad. Freud las concibió idénticas en todos los sistemas sociales y en todos, el hombre buscaría la satisfacción de necesidades biológicas. Para Fromm, la cuestión básica no es la satisfacción de necesidades instintivas, sino el tipo de conexión del ser con el mundo: las inclinaciones humanas más bellas, así como las más repugnantes, no forman parte de la naturaleza humana, fija y biológicamente dada, sino que resultan del proceso social que crea el hombre. La sociedad no se limita a cumplir una función represora, sino que posee, también, una, creadora, mucho más importante " (54).

Probablemente el aporte más trascendental de la teoría psicoanalítica para el avance del conocimiento es la posibilidad que abre el abordaje científico de una dimensión tan difícil de tratar como la psíquica, y a pesar de que muchos de los planteamientos ortodoxos y culturalistas no han logrado superar las limitaciones que para el pensamiento psiquiátrico tradicional fueron señaladas, existen análisis prometedores, en el campo del Freudomarxismo y del Psicoanálisis. Tal es el caso de Bernard Mulddworf (psiquiatra y psicoanalista), de Haim Sella (sociólogo), Robert Castel, Jervis, así como del Movimiento Psicoanalítico Latinoamericano, y específicamente del argentino.

En el caso de Mulddworf, por ejemplo, relaciona los factores sociales como determinantes de la enfermedad mental (estados de fatiga, neurosis, psicosis, con las condiciones de vida y de trabajo) y en relación a la sociogénesis de la enfermedad mental llega a hacer afirmaciones como la siguiente:

" En mi opinión, este problema de la sociogénesis es muy serio, va mucho más lejos de un simple problema teórico o que uno político o moral, porque siempre se podrá decir si se es de izquierda; si, la culpa es de la sociedad. Si se es de derecha: no, es el cerebro, el sistema nervioso, que es así; siempre se dirán cosas parecidas, pero, de hecho el problema es mucho más serio. Todo sucede como si se excluyeran las condiciones sociales de posibilidades de obligar a declarar:

las enfermedades físicas, las mentales serias; implícitamente se nos conduce a la eutanasia; se nos conduce a creer -- que las gentes débiles ya no tienen lugar en la sociedad, -- lo que quiere decir, si se va hasta el final, que no solamente se es reaccionario, de derechas sino que también se es nazi... Se dirá que hay gentes sólidas y gentes menos sólidas. Las gentes menos sólidas 'revientan' pero si revientan y no se acusa a las condiciones sociales, el asunto resulta extremadamente grave " (55).

Desde el propio psicoanálisis, a partir de 1920, aproximadamente se han venido dando análisis y cuestionamientos, que teniendo como elemento común la toma de una posición ideológica definida y de izquierda, han dirigido sus esfuerzos tanto en la teoría como en la práctica, a la aplicación del psicoanálisis, al interior de la lucha de clases y consecuentemente en el proceso revolucionario hacia el socialismo (56).

¿ A partir de cuando se da este cuestionamiento ? Wilhelm Reich, es uno de los primeros que a partir de acontecimientos histórico-sociales específicos, se asume políticamente:

" El 16 de julio de 1972 hay huelga en Viena. Se realiza una gran manifestación. No se sabe bien cómo ocurrió, pero súbitamente la policía hizo fuego sobre la gente desarmada. Reich estaba entre ella. Definirá posteriormente lo vivido como 'una lección práctica de sociología'. A partir de esta experiencia tomó la decisión de instrumentar su saber psicoanalítico en favor de la lucha de liberación " (57).

Buena parte de la vida de Reich, fue dedicada a poner el psicoanálisis al servicio de la lucha revolucionaria: las masas por sus mismas condiciones de vida y de trabajo están frustradas sexualmente y neurotizadas sin saber luchar, lo cual obviamente -- conviene a la reproducción de la sociedad capitalista. Reich se lanza a la lucha, su acercamiento al marxismo no es un hecho meramente pasivo. Desde el principio su adhesión se caracterizó -- por dos hechos fundamentales: la participación concreta en el movimiento obrero y el esfuerzo de contribuir creativamente a la integración del marxismo con los instrumentos críticos ofrecidos por el psicoanálisis.

Baste señalar aquí, su participación decisiva en la creación de la Asociación Socialista de Consulta e Investigación Sexual en 1928, a partir de la cual se establecen los primeros centros de consulta psicológica 'sobre una base sexo-económica' destinados a los obreros y a los empleados y no a los ricos como se había sucedido hasta entonces en la organización freudiana.

" Los promotores de la iniciativa no se hacían excesivas ilusiones acerca de la posibilidad de resolver dichos conflictos, pero este pesimismo no nacía del pesimismo teórico -de los freudianos ortodoxos, según los cuales los conflictos neuróticos inseparables de cualquier tipo de convivencia civil, al contrario, eran su condición previa inevitable. Contrariamente...ellos afirmaban explícitamente, en una especie de declaración hecha en el momento de la apertura de los nuevos consultorios, que las neurosis y los demás disturbios mentales eran el producto de un determinado orden social -el capitalista y autoritario- y que sólo mediante la eliminación de este orden y la instauración de una sociedad socialista sería posible desenraizarlos. Los nuevos centros, de todas formas, podían contribuir a aliviar la difusión y la gravedad de la enfermedad neurótica mediante un trabajo de consulta y de asistencia individual " (58).

Reich, no es el único analista que toma una posición de izquierda. Pero es el más absoluto y concreto, en la medida que se integra a la lucha obrera contra el fascismo que se avecina. Después vinieron otros, (Fenichel Sternberg, etc.), que sólo en los marcos teóricos intentan reivindicar el psicoanálisis para el marxismo.

El rescate del psicoanálisis ubicándolo en la estructura socio-económica política de cada país es el punto de arranque del Movimiento Psicoanalítico Latinoamericano y curiosamente se presenta como una de las demandas centrales del Congreso de la Asociación Psicoanalítica Internacional realizado en 1971 en Viena:

" ...el vocero del pedido de rescate fue Mitscherlich, que no es ningún revolucionario, ni rebelde, sino sencillamente un analista de prestigio y con sentido común. Declaró que 'los factores sociales son los verdaderos responsables de las conductas agresivas y destructivas' (59).

De este modo, en Argentina, un grupo de psicoanalistas inician este trabajo de 'rescate', intentando dar en la práctica una alternativa que convirtiera al psicoanálisis de un instrumento -- adaptativo a uno liberador, al servicio del cambio social.

En esta línea aún falta por avanzar para lograr la complementariedad entre el marxismo y el psicoanálisis, y lo que es más importante para plantear en la práctica una alternativa coherente que responda a las necesidades sociales. Sin embargo, los planteamientos son alentadores.

1.3.4. Psiquiatría Crítica.

Ante la creciente introducción de la psiquiatría en la vida de la sociedad, expresadas en los fenómenos de etiquetamiento y -- psiquiatrización como expresiones del control ejercido por la -- práctica psiquiátrica y ante su fracaso terapéutico frente a -- los problemas que se espera que resuelva, empiezan a surgir en las últimas décadas corrientes impugnadoras que se han conocido como antipsiquiátricas.

Curiosamente el origen de este movimiento no está en la psiquiatría sino en las ciencias sociales que empiezan a denunciar a -- la práctica psiquiátrica como una, cuya función es etiquetar -- una diferencia social masiva como enfermedad mental.

De particular impacto fue la obra de Erving Goffman (60) en el desarrollo de la teoría del etiquetamiento, base de gran parte de las concepciones actuales sobre la enfermedad mental referida a los conjuntos sociales.

Según Th. Scheff, uno de los representantes más ortodoxos de esta teoría:

" ... Puede ser más útil 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 am-

pliamente distribuidos, y la definición de la conducta como sintomática de enfermedad mental, depende por lo general, - de contingencias sociales antes que médicas. De acuerdo a nuestra argumentación, el paciente mental ocupa a menudo un status adscrito en el que las condiciones de ingresar en él y abandonarlo son exteriores al paciente, más que depender de la propia conducta del paciente. La reacción de la sociedad es, por lo tanto, una variable de fundamental importancia en todas las etapas de una carrera desviada " (61).

Empieza a cuestionarse el porque del internamiento psiquiátrico y una investigación realizada por Scheff muestra por ejemplo -- que en una institución psiquiátrica no hay fundamento psiquiátrico de internación para el 43% de los pacientes.

El planteamiento de fondo de esta corriente iría hacia la negación absoluta de la existencia de la enfermedad mental, la inexistencia de la locura y por tanto la supresión de toda práctica psiquiátrica que resultaría una práctica inútil ante un problema inexistente e imaginario.

La versión más extrema de esta conceptualización, la encontramos en Thomas Szasz, para quien toda la problemática de la enfermedad mental cabe dentro del etiquetamiento y éste se relaciona a su vez, con el proceso de psiquiatrización de la sociedad y de las relaciones sociales. No existiendo la enfermedad mental, - siendo un mito, el psiquiatra cumple la función de control a -- través del etiquetamiento.

En este sentido cabe mencionar la crítica de Giovanni Berlinguer a este tipo de posiciones:

" Pensar que la enfermedad mental es sólo un mito, o un modo - de reaccionar del intelecto, o una etiqueta asignada para -- controlar a quien viola ciertas normas, no significa histori cizar el concepto de enfermedad mental, sino cometer el error idealista de separar el cuerpo de la psique, y de considerar que una sociedad totalizante, alienante y violenta como la - capitalista, se limita sólo a condicionar, a seleccionar, a discriminar a los individuos, sin causarles graves daños fun cionales y orgánicos, ni siquiera en el plano del sistema -- nervioso central. El cerebro se mantendría intacto, incluso

cuando predominan en todos los campos enfermedades que no derivan ya de causas naturales (como las infecciosas), sino de causas sociales, cuando la violencia del hombre sobre el hombre se revela cada vez con más frecuencia como un factor morbígeno " (62).

En torno a los planteamientos generales de esta teoría, van a convergir las posiciones de Laing, Cooper, los terapeutas radicales norteamericanos y Basaglia, quienes van descubriendo en su práctica profesional un instrumento de etiquetamiento y de constitución de enfermedad mental.

Dentro de este último grupo de antipsiquiatras, va a reconocerse por tanto la existencia de un fenómeno poco estudiado y tanteado por la ideología que hace confusa su naturaleza esencial y sus determinantes causales; reconoce también en la práctica psiquiátrica una forma de atacar a las clases dominadas y por tanto (aunque en ocasiones en formas poco estructuradas y más voluntaristas que científicas), la necesidad de acabar con ese tipo de respuesta y buscar una forma adecuada de responder a una demanda real por parte de la población.

En el caso de Basaglia, se asume a la enfermedad mental como una segregación social, como lo 'diferente' como lo que cuestiona la norma. y cuyas fluctuaciones están en relación con el ciclo de producción económica:

" Para Basaglia la posibilidad de inserción y absorción ocupacional determinaría la mayor o menor demanda de salud mental, o si se prefiere, de reconocerse como enfermo. Para este autor la posibilidad de rehabilitación es directamente proporcional a la disponibilidad o no de mano de obra; disponibilidad que sigue las fases de restricción o de expansión económica. Las oscilaciones del número de internados y de altas en los manicomios italianos -según Basaglia- está directamente ligada a las fases alternativas del funcionamiento económico general, en el sentido que según los diversos momentos de desarrollo o de recesión y de crisis se asiste a una paralela extensión o restricción de los límites de la norma, y en consecuencia a un aumento o disminución de la tolerancia respecto de los comportamientos anormales " (63).

A pesar que Basaglia pueda recibir críticas en cuanto a sus planteamientos teóricos por la falta de solidez para algunos, o por un mecanismo exacerbado para otros, uno de sus principales méritos, ha sido que el movimiento que inicia en Italia de 'negación institucional', abriendo los manicomios, acaba derribando el concepto del enfermo mental como peligroso para sí y para los demás y pone en cambio a la sociedad en el banquillo de los acusados, - como un peligro para los sanos y como factor de agravación de -- los enfermos.

En cuanto a la antipsiquiatría como la oposición al enfoque de la psiquiatría dominante sobre el problema salud-enfermedad mental, tanto en cuanto al saber como a la determinación causal y a la práctica, constituye la respuesta de las clases dominadas ante la agresión que por medio de la psiquiatría les inflige el capital.

Sin embargo todavía hay que avanzar en la estructuración más consistente de estos planteamientos y enfrentarlos con éxito al conocimiento dominante superándolo.

Sobre todo asumiendo que cualquier intento de explicar con una sola raíz común la enfermedad mental, no nos llevará a un verdadero avance del conocimiento del origen de las enfermedades mentales. Y lo anterior se afirma sin contradecir la determinación de las relaciones sociales de producción en la conformación del fenómeno que estudiamos.

Lo importante, es también estar concientes de que si bien existe una gran ambigüedad e inexactitud acerca del concepto y diagnóstico y evolución de las enfermedades mentales, también hay un número significativo de anomalías funcionales del cerebro de causas orgánicas o hereditarias, así como síntomas evidentes de enfermedad mental por intoxicación a nivel de proceso de trabajo - lo cual obliga a superar una visión unilateral del problema salud-enfermedad mental, mismo en el que se entrecruzan una serie de factores en su origen dentro de condiciones histórico socia--

les concretas.

" Por ello parece demasiado ociosa, y por cierto estéril, la -
contraposición entre biogénesis, psicogénesis y sociogénesis
de las enfermedades mentales. En cambio puede resultar muy-
útil ver por qué hoy, en estas condiciones histórico-socia-
les, las predisposiciones se convierten con más facilidad en
enfermedades, los casos dudosos son más a menudo rotulados -
como irremediables desviaciones, los enfermos son segregados
y agravados con mayor frecuencia " (64).

2. Modelo Médico.

2.1. Los Orígenes Socio-históricos y Económicos.

El desarrollo de la medicina no puede ubicarse al margen de las leyes generales del desarrollo científico-técnico de la humanidad,

" Sus avances y retrocesos no marcan de ninguna manera un proceso lineal, sino que éste estará orientado por el desarrollo de las fuerzas productivas, tomando una u otra alternativa de desarrollo, según la forma en que se organizan estas fuerzas productivas. Las necesidades de salud de ese momento histórico y los valores dominantes se expresan en el campo de la salud como el concepto hegemónico de salud-enfermedad. En cada período histórico el concepto hegemónico de salud expresará lo que a juicio de esa sociedad son las condiciones, fisiológicas necesarias para insertarse en el modo de producción prevalente " (65).

La práctica médica es un producto social, es parte del conjunto de las relaciones sociales predominantes en una formación socio-económica determinada y encuentra su explicación dentro de ella. Por otro lado, es la forma determinada por la estructura social, en la cual se organiza la respuesta a la enfermedad.

Aquí, el desarrollo del conocimiento médico juega un papel de suma importancia, en la medida en que implica una concepción -- del proceso salud-enfermedad así como lineamientos concretos para las prácticas de curación o prevención.

El origen de la ciencia médica -como ya fue analizado-, se encuentra desde los tiempos de los brujos, chamanes y profetas, - que unían al conocimiento de las hierbas curativas, el de los conjuros y fórmulas mágicas y la posesión de los atributos sacerdotales que les colocaban en relación con los dioses y con los espíritus donde residía el bien y el mal, la muerte y la vida, la enfermedad y la salud.

El mismo desarrollo de la acumulación de los conocimientos cien

tíficos, -íntimamente ligado al de las fuerzas productivas y -- las relaciones de producción- permitirá superar paulatinamente la confusión existente entre la superstición y la realidad del enfermar, hasta darse, lo que algunos autores han dado en llamar 'secularización de la medicina' (66).

Es precisamente con el advenimiento del capitalismo, que la medicina va a transformarse en dos aspectos: por un lado, desplazándose del espacio religioso y político para articularse al -- proceso de producción económica y por el otro, institucionalizándose su exclusividad del campo de la salud y de la enfermedad.

La práctica médica va a empezar a revolucionarse en el momento en que se gestan los supuestos de la producción capitalista, el período de la acumulación originaria, punto de arranque del régimen capitalista de producción, que se expresa por un lado, mediante la escisión entre el productor y sus medios de trabajo - generando una masa creciente de obreros libres y por otro con la acumulación de los medios de producción:

" ... el proceso que engendra el capitalismo sólo puede ser uno: el proceso de disociación entre el obrero y la propiedad sobre las condiciones de su trabajo, proceso que de una parte convierte en capital los medios sociales de vida y de producción, mientras de otra parte convierte a los productos directos en obreros asalariados. La llamada acumulación originaria no es pues, más que el proceso histórico de disociación entre el productor y los medios de producción " (67).

En Europa, este proceso tuvo manifestaciones violentas. A raíz de la expropiación a la población rural de la tierra, grandes masas de campesinos fueron expulsados de sus lugares de trabajo, los cuales al no ser absorbidos inmediatamente por la manufactura engrosaban las filas de los desocupados. Además,

" ...estos seres que de repente se veían lanzados fuera de su órbita acostumbrada de vida, no podían adaptarse con la misma celeridad a la disciplina de su nuevo estado. Y así,

una masa de ellos fueron convirtiéndose en mendigos, salteadores y vagabundos, algunos por inclinación, pero los más, - obligados por las circunstancias " (68).

De ahí que, durante todo el siglo XVI y parte del XVII, se ditasen una serie de leyes persiguiendo el vagabundaje y la ociosidad.

Colaborando en su confinamiento la medicina va a intervenir sobre este grupo mediante diversas instituciones (asilos, casas de trabajo), en las que además se le trata de crear hábitos de disciplina y orden necesarios para el trabajo industrial.

Pese a que estas instituciones no podían ser consideradas en este momento estrictamente médicas -pues no eran utilizadas por los grupos dominantes del campo médico- es un hecho que posibilitan el avance del conocimiento médico hacia la medicina clínica y la renovación de la cirugía.

Hasta aquí, la medicina se relaciona con la estructura económica a fin de atender a los más 'desvalidos socialmente' pero va a empezar a jugar un papel cada vez más preponderante en el nivel de la productividad. La medicina tiene que responder ahora,

" ...al interés por aumentar la cantidad de trabajo suministrado por el mismo número de obreros, sin que se modifique la - jornada de trabajo " (69).

La disminución de la jornada de trabajo -el aumento de la intensidad del proceso de trabajo con el paso de la plusvalía absoluta en relativa-, lleva a un mayor gasto de trabajo en el mismo lapso que, en términos de la fuerza de trabajo del obrero representa una amenaza para su salud, y por tanto, a su reproducción como generadora de plusvalía.

" ...la producción de la plusvalía relativa, caracterizada por el 'acrecentamiento del plusvalor por medio de la reducción del tiempo de trabajo necesario independiente de los límites de la jornada laboral' revoluciona la medicina, especial

mente cuando toma a su cargo las consecuencias producidas -- por la intensificación del trabajo " (70).

Ya en la sección precedente, fueron señalados los estudios de Virchow y Engels, entre otros, denunciando las míseras condiciones de vida y trabajo de la clase obrera. Aquí, nos interesa señalar algunos de los efectos de este proceso sobre la salud del trabajador, que tan magistralmente apuntala Marx en "El Capital".

Entre ellos sobresale, la incorporación del trabajo femenino e infantil en el proceso de trabajo, en la medida que la maquinaria hace prescindible la fuerza muscular. Sin adentrarnos en el proceso de desvalorización de la fuerza de trabajo del obrero adulto a que este aumento de los asalariados lleva (ahora para que viva una familia se necesita que trabajen los hijos y la madre), Marx hace referencia a varias investigaciones a él contemporáneas que dan razón del deterioro físico tanto en niños como en mujeres, así como del aumento en los índices de mortalidad infantil por la falta de cuidado materno.

" Las altas tasas de mortalidad principalmente se deben, si se hace abstracción de circunstancias locales, a la ocupación extraordinaria de las madres, con el consiguiente descuido y maltrato de los niños, como por ejemplo alimentación inadecuada, carencia alimentaria, suministro de opiáceos, etc., a lo que debe agregarse el antinatural desapego que las madres experimentan por sus hijos, lo que tiene por consecuencia, casos de privación alimentaria y envenenamiento intencionales " (71).

El capital no sólo usurpa el lugar libre del trabajo doméstico, sino también la vida de juego y estudio de los menores. Esta 'devastación intelectual' producida artificialmente al transformar a personas de poca edad en simples máquinas obliga al parlamento inglés, en el primer tercio del siglo XVII- a decretar la enseñanza elemental como obligatoria.

Este ataque a la salud del trabajador tendrá su origen esencial

en las mismas condiciones ambientales y de trabajo fabriles.

La introducción de la máquina, exigirá más energía del obrero y traerá consigo un mayor desgaste tanto físico como mental,

" Nos limitaremos aquí a aludir a las condiciones materiales-bajo las cuales se ejecuta el trabajo fabril. Todos los ór ganos de los sentidos son uniformemente agredidos por la -- elevación artificial de la temperatura, la atmósfera cargada de desperdicios de la materia prima, el ruido ensordecedor, etc., para no hablar del peligro mortal que se corre - entre la apiñada maquinaria, la cual produce sus partes industriales de batalla con la misma regularidad con que se suceden las estaciones. La economía en los medios sociales de producción, madurada por primera vez en el sistema fabril como en un invernáculo, en manos del capital se vuelve a la vez un robo sistemático en perjuicio de las condiciones vitales del obrero durante el trabajo, robo de espacio, aire, luz y de medios personales de protección contra las circuns tancias del proceso de producción peligrosas para la vida, - o insalubres..." (72).

Ante esta situación y la consecuente propagación de todo tipo de enfermedades, la medicina debió pues abocarse a controlar - la parte humana del proceso de producción y desarrollar una - práctica basada en una nueva conceptualización de la salud - y la enfermedad en donde los criterios definitorios estarían - dados por normas cuantitativas: la salud es pues 'cuantitati- vamente perfeccionable' y la enfermedad, una variación también 'cuantitativa' de la norma.

La organización pública de la salud, empieza pues a ser impul- sada por el poder burgués en pleno ascenso y consolidación de- acuerdo a las características propias del desarrollo de cada - país.

Lo importante a señalar aquí es el hecho de que la administra- ción de los servicios públicos para la asistencia, la propia - salud como un derecho del ciudadano ante la sociedad, nace co- mo una necesidad imperiosa en los principales países capitalis- tas europeos del siglo XVII, para asegurar su reproducción y - mantenimiento como tales.

Para imponer su hegemonía, el capitalismo necesita desarrollar sus propias estructuras que irán desde la esfera económica hasta la de la salud,

" ...el capitalismo, que se desenvuelve a fines del siglo - - XVIII y comienzos del siglo XIX, socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de - la fuerza laboral. El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. - Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. El cuerpo es una - realidad biológica y política; la medicina es una estrategia biopolítica " (73).

Si partimos de que para el sistema capitalista los hombres tienen un valor de uso que se identifica con su capacidad de desarrollar un trabajo concreto de producción y un valor de cambio en el momento en que se ofrece al mercado y se materializa en - el salario, la ciencia médica y la organización de la salud tienen su función más destacada en el objetivo de mantener en los hombres, su valor de uso, es decir su capacidad de trabajo para que puedan seguir teniendo un valor de cambio en el mercado.

El surgimiento de la medicina socializada, la intervención del Estado en el área de la salud, no hace más que constatar el - desvalimiento al que ha sometido la organización de la sociedad al individuo:

" ... Por una parte la sociedad secularizada capitalista, estructurada sobre la explotación y la apropiación del trabajo de los asalariados, es la causa directa de la mayor parte del deterioro de la salud del ciudadano, de su agotamiento, de su permanente insatisfacción de las consecuencias -- que sobre la salud produce la represión de todo tipo que - se realiza sobre él para someterle al trabajo...; por otra, privado el individuo de toda capacidad personal de resistencia y convencido de que la salud es algo que le tiene que venir otorgada por la institucionalización de la salud, - ésta se realiza con la finalidad de reponer la energía y capacidad de trabajo deteriorada por la enfermedad y el accidente, para que el proceso de explotación basado en esta capacidad y en el consumo de esta energía pueda continuar realizándose el mayor tiempo posible, pero evitando cuidadosa-

mente el devolver al enfermo el control personal sobre su propio cuerpo, y porque tal cosa pondría en peligro la totalidad del sistema de explotación..." (74).

Es tan abusiva la identificación del hombre con su fuerza de trabajo en el sistema capitalista que, el hombre sano es el que trabaja o el que al menos tiene en oferta su capacidad de trabajo para poder ser consumida. La ciencia médica y la organización de la salud debe conservarle en forma, debe ayudar a reparar sus fuerzas consumidas, sus depresiones, sus traumas y sus rebeldías, pero no puede hacer nada por devolverle el dominio sobre su propio cuerpo y salud.

En una sociedad dividida en clases como es la capitalista, el servicio público de la organización sanitaria y su planificación como función del estado va a tener un carácter de clase netamente burgués:

" Existe una razón histórica...: las primeras organizaciones de salud separadas del individuo y de su propia experiencia e instinto y de las organizaciones primarias de convivencia, aparecen como organización del poder político y económico de dominación como consecuencia de una expropiación. La relación que existe entre organización de poder y organización de salud viene fuertemente determinada en la historia del hombre con el proceso general de expropiación y con la creación y asentamiento de los mecanismos de dependencia de unos hombres y grupos sociales respecto de otros " (75).

Hay que recordar además que, el poder político en sus orígenes no surge como el resultado de la organización del grupo social para cumplir con fines comunes y colectivos sino como resultado del proceso de privatización de las tierras, medios de producción y bienes materiales.

1.2 La Institucionalización de la Medicina.

La intervención del Estado en el campo de la salud, antes de adquirir las características que le imprimen el desarrollo actual de las fuerzas productivas y el de las relaciones de producción

capitalistas, pasa por diferentes períodos.

De acuerdo a las peculiaridades propias del desarrollo capitalista en los diferentes países europeos, y como parte de su función general, el Estado va a utilizar a la medicina como instrumento-político para disminuir las tensiones sociales en ciertos sectores de la población, por ejemplo, o como instrumento para la acumulación de capital (como suele ocurrir con los seguros sociales). Por lo tanto, la medicina estatal, y las formas institucionales-que asume, no pueden considerarse ni explicarse sin tomar en cuenta el desarrollo de la medicina y la totalidad social, donde se implanta, crece y se transforma.

En este sentido, la práctica social de la medicina que se desenvuelve en la sociedad capitalista desde fines del siglo XVIII y-comienzos del XIX, va a determinar la estructuración de tres tipos de organización médica: la medicina del Estado, la medicina-urbana y la medicina de la fuerza laboral.

Medicina del Estado. La medicina del Estado se desarrolló principalmente en Alemania a comienzos del siglo XVIII. Es aquí donde se desarrolla la ciencia del Estado como tal, por primera vez. - Entre otras razones, ésto se debió por un lado, al largo proceso que tiene que recorrer Alemania para constituirse unitariamente-como nación. Por otro lado, la necesidad de la burguesía de encontrar apoyo en la aristocracia, a fin de romper el bloqueo económico del que es objeto por los países vecinos, la impulsa a -- formar un cuerpo de funcionarios disponibles para la maquinaria-estatal.

Como forma de fortalecimiento político e ideológico, el Estado alemán desarrolla una práctica efectivamente concentrada en el - mejoramiento de la salud de la población:

" El término de policía médica surge en Alemania a fines del-siglo XVII cuando el punto de vista mercantilista señala la importancia de la población y su crecimiento para el poder-

y la riqueza del Estado y se trata en realidad de una política sanitaria dirigida en lo fundamental a aumentar el poder del Estado y no una mejoría del pueblo " (76).

En términos generales, la policía médica consistía en: a) un sistema de observación de la morbilidad en todas las ciudades y de registro a nivel del propio estado de los fenómenos epidémicos o endémicos observados; b) profesionalización de la práctica médica; c) creación de una organización administrativa para controlar la actividad de los médicos; d) creación de funcionarios médicos nombrados por el gobierno que asumen la responsabilidad de una región, apareciendo el médico como administrador de salud.

Como bien lo señala Michel Foucault, este tipo de medicina no tuvo por objeto la formación de una fuerza laboral adaptada a las necesidades de las industrias que se desarrollaban en ese momento.

" No es el cuerpo del trabajador lo que interesa a esta administración estatal de salud, sino el propio cuerpo de los individuos que en su conjunto constituyen al Estado. No se trata de la fuerza laboral sino de la fuerza del Estado frente a sus conflictos, sin duda económicos pero también políticos con vecinos. Por eso la medicina del Estado encierra cierta solidaridad económico-política. Sería, por lo tanto, falso vincularla al interés inmediato de obtener una fuerza-laboral disponible y vigorosa " (77).

Medicina Urbana.

En Francia aparece una medicina social apoyada por la urbanización. Con el desarrollo de las estructuras urbanas se desarrolla la medicina social. Hacia fines del siglo XVIII Paris, por ejemplo no formaba una unidad territorial, sino un conjunto de poderes señoriales, poderes con autonomía y jurisdicción propias.

En la segunda mitad del siglo XVIII se plantea el problema de la unificación de un poder urbano. Se sintió la necesidad al menos en las grandes poblaciones de constituir la ciudad como unidad, regido por un poder único y bien reglamentado.

A nivel económico, puede decirse que ésto obedeció a las necesidades de la industria naciente: la ciudad no era sólo un lugar de mercado sino también de producción y en esta medida debía recurrirse a mecanismos de regulación homogéneos y coherentes.

A nivel político, la unificación de la ciudad era necesaria -- pues la presencia creciente de la clase obrera aumentaba las -- tensiones políticas en su interior. Cada vez se deslindaba más el enfrentamiento entre pobres y ricos.

" Las revueltas del siglo XVII fueron revueltas campesinas, a las que después se unieron las ciudades. Por el contrario, a fines del siglo XVIII, las revueltas campesinas comienzan a ceder gracias a la elevación del nivel de vida de los campesinos, pero los conflictos urbanos se vuelven cada vez más frecuentes con la formación de una plebe en vías de proletarizarse. De ahí la necesidad de un serio poder político capaz de investigar el problema de esta población urbana" (78).

Ante el temor urbano, surge la medicina urbana como respuesta, - teniendo como objetivos: analizar los sectores de hacienamiento, de confusión y peligro en el recinto urbano; controlar la - circulación del agua y del aire (se abren grandes avenidas) a - fin de mantener el buen estado de salud de la población; y orga - nizar las distribuciones de los lugares comunes.

Varias son las razones que hacen que la medicalización de la -- ciudad en el siglo XVIII sea importante:

- Por medio de la medicina social urbana, la profesión médica se puso directamente en contacto con otras ciencias como la química. La inclusión de la práctica médica en un cuerpo de ciencia físico-química se hizo a través de la urbanización.
- Siendo la medicina urbana, una medicina de las condiciones de vida, del medio de existencia, ésto sirvió para que la - medicina pasara del análisis del medio al de los efectos -- del medio sobre el organismo y finalmente al análisis del - propio organismo, dándose las bases para la constitución de

la medicina científica.

- Con la medicina urbana aparece la noción de salubridad. La salubridad será la base material y social capaz de asegurar la mejor salud posible a los individuos y permitirá el surgimiento del concepto de higiene pública, es decir, la técnica de control y modificación de los elementos del medio que pueden favorecer o perjudicar la salud.

Medicina de la Fuerza Laboral.

La medicina de los pobres, de la fuerza laboral, no fue la primera meta de la medicina social sino la última. En primer lugar el Estado, en segundo la ciudad y por último los trabajadores y los pobres fueron objeto de la medicalización.

En el siglo XVIII no se planteó el problema de los pobres como fuente de peligro médico por varias causas. Una de orden cuantitativo: el hacinamiento no era todavía tan grande como para que la pobreza representara un peligro. Pero hubo una razón -- más importante: la de que el pobre funcionaba en el interior -- como una condición de la existencia urbana.

Los pobres de la ciudad hacían diligencias, repartían cartas, recogían basura, etc., funciones fundamentales para la instrumentación de la vida urbana.

No es hasta el segundo tercio del siglo XIX, cuando se plantea el problema de la pobreza como un peligro, como consecuencia de varios fenómenos.

A partir de la Revolución Francesa y de las grandes agitaciones sociales en Inglaterra a comienzos del siglo XIX, la población necesitada se convierte en una fuerza política capaz de rebelarse o por lo menos de participar en las revueltas.

Otro hecho que llevó a considerar a los 'pobres' como peligro :

médico fue la propagación del cólera en 1832 por toda Europa y que cristalizó una serie de temores políticos y sanitarios con respecto a la población proletaria. A partir de entonces se originó el establecimiento de barrios pobres y ricos, con viviendas de probres y ricos, pues es considerada como peligro sanitario y político para la ciudad la convivencia entre ambas clases sociales.

En Inglaterra, país que experimentaba el desarrollo industrial y del proletariado más rápido e importante, aparece una nueva forma de medicina social (aunque ya existen proyectos de medicina de Estado tipo alemán).

Es esencialmente la 'ley de los pobres', lo que convierte a la medicina inglesa en medicina social, en la medida en que las disposiciones de esa ley implicaban un control médico del necesitado. A partir de ese momento en que el pobre se beneficia del sistema de asistencia, queda obligado a someterse a varios controles médicos.

" Con la 'ley de los pobres' surge, de manera ambigua, un importante factor en la historia de la medicina social: la idea de una asistecnia fiscalizada, de una intervención médica que constituyera un medio de ayudar a los más pobres a satisfacer unas necesidades de salud que por su pobreza no podrían atender y que al mismo tiempo permitiera mantener un control por el cual las clases adineradas, o sus representantes en el gobierno, garantizaban la salud de las clases necesitadas y por consiguiente, la protección de la población más privilegiada. Así se establece un cordón sanitario autoritario en el interior de las ciudades entre ricos y pobres; a estos últimos se les ofrece la posibilidad de recibir tratamiento gratuito o sin mayores gastos y los ricos se libran de ser víctimas de fenómenos epidémicos originarios de la clase pobre " (79).

Esta ley además de garantizar la seguridad política de la burguesía, representó la base de un complejo sistema cuyos elementos aparecieron más tarde, alrededor de 1870, con los grandes fundadores de la medicina social inglesa, (principalmente John Simon), quienes complementaron la legislación médica con el control médi

co de la población. Se trata del Health Service ampliamente extendido en Inglaterra a finales del siglo XIX y cuyas funciones de registro de epidemias, identificación de lugares insalubres - y destrucción de focos de insalubridad se dirigen a toda la población.

No obstante, el análisis del funcionamiento del Health Service, revela que era un modo de completar a nivel colectivo los mismos controles garantizados por la 'ley de los pobres'. La intervención en los locales insalubres, las verificaciones de la vacunación, los registros de enfermedades, en realidad tenían por objeto el control de las clases más necesitadas.

" De manera general se puede afirmar que, a diferencia de la medicina social de Estado alemana del siglo XVIII, aparece en el siglo XIX y sobre todo en Inglaterra una medicina que consistía esencialmente en un control de la salud y del cuerpo de las clases más necesitadas, para que fueran más aptas al trabajo y menos peligrosas para las clases adineradas " (80).

Esta medicina social tuvo más futuro que la medicina urbana y la medicina del Estado.

El sistema inglés, permitió por un lado, vincular tres acciones: la asistencia médica al pobre, el control de la salud de la fuerza laboral y la indagación general de la salud pública, protegiendo así a las clases más ricas de los peligros generales y por otro lado, permitió la realización de tres sistemas médicos superpuestos y coexistentes: una medicina asistencial dedicada a los más pobres, una medicina administrativa encargada de problemas generales, como la vacunación, las epidemias, etc., y una medicina privada que beneficiaba a quien tenía medios de pagarla.

2.3. Caracterización del Modelo Médico.

La institucionalización definitiva del modelo médico va a darse durante el siglo XIX, más que para garantizar la salud de la po-

blación, para combatir la enfermedad que el mismo sistema de explotación capitalista genera:

" El modelo médico instituido definitivamente a partir de la tercera década del siglo XIX, es producto por una parte de una multiplicidad de procesos que se expresan parcial, pero explícitamente en la autonomía relativa de la práctica médica, y por otra en el nivel de los conjuntos sociales en que ésta práctica se constituye y desempeña. Es decir que para nosotros el modelo médico es una construcción social en la cual intervienen tanto el personal de salud (básicamente el médico), como la sociedad hegemónica, como los diferentes sectores sociales que se constituyen en una formación social. El modelo médico es en consecuencia una construcción que supone a la sociedad en que se constituye como parte intrínseca del mismo. Ahora toda sociedad, en la medida que define el área enfermedad-salud como estructural genera necesariamente modelos médicos que expresan en sus caracteres fundamentales a dicha sociedad. La salud de los trabajadores, el manejo de la salud y enfermedad, la ubicación económica y social de las formas de enfermedad por conjuntos sociales y por la práctica médica son parte de esta construcción dinámica que denominamos modelo médico " (81).

Si bien la práctica médica encuentra su justificación en la atención a los problemas de salud, no siempre está determinada por éstos, sino que obedece a condicionantes económicos, políticos e ideológicos.

Con el desarrollo del capitalismo, la institucionalización misma de la medicina inició el proceso que escindió lo político, social e ideológico del proceso salud-enfermedad, fundamentándose jurídicamente la apropiación exclusiva de dicha problemática. - Apropiación que de hecho implica la hegemonía y monopolio de la práctica médica en este campo.

Por lo general el análisis de esta problemática se ha reducido a la descripción de la práctica médica institucional apartando las relaciones de salud de las relaciones sociales generales. - Tal escisión cumple funciones ideológicas bien definidas en la medida que una de sus tareas consistirá en fundamentar e imposibilitar la participación de los grupos sociales como parte activa del modelo de los médicos.

La enfermedad se erige como una abstracción donde predominan la concepción empirista y positivista para la cual sólo existen síntomas y diagnóstico. El enfermo es así separado de las relaciones sociales que lo enmarcan.

La instauración definitiva del modelo médico se da, a partir de la Revolución Industrial, en la etapa de 'libre cambio' del capitalismo, en los años del desarrollo de la nueva ciudad industrial.

Las características del modelo médico serán su biologismo, individualismo, ahistoricidad, asocialidad, mercantilismo y eficacia pragmática.

" Estos caracteres son en gran medida continuidades, pero durante el desarrollo del capitalismo en los siglos XVIII y XIX no sólo se potenciarán, sino que llevarán a sus consecuencias necesarias el contenido de dichos caracteres. El proceso capitalista irá exigiendo que estos caracteres sean los determinantes no sólo de la práctica médica sino del modelo médico " (82).

La presencia de estos caracteres no se da de manera fija y pura: aún desde el biologismo que le es propio al modelo médico en el capitalismo acepta cierta incidencia de los factores sociales pero subordinada a la concepción de la enfermedad como un 'proceso natural' desarrollado entre el 'huesped' y el 'agente' y un 'medio ambiente' definido de manera tan amplia y ambigua que lo único que queda establecido y definido en esta 'triada' es la interacción entre el individuo y el agente productor de la enfermedad. La concepción biologista de la enfermedad va pues a conducir necesariamente a la ahistoricidad y al enfoque individualista. -- Aún cuando se haga necesaria una visión de conjunto, los caracteres biologistas permitirán la persistencia de un enfoque que ignora los condicionantes históricos y sociales.

Cuando lo social irrumpe, es sólo como factor explicativo pero mediatizando su importancia (83), como sucede en la práctica epidemiológica.

" El biologismo del modelo médico se caracterizará por el exclusivismo creciente de las explicaciones biologists sobre la causalidad de la enfermedad y sobre las formas terapéuticas utilizadas; esta exclusividad supondrá en los hechos la negación de los factores socio-históricos. Este biologismo conducirá necesariamente a la concepción de una 'historia natural' (es decir bioecológica) de la enfermedad donde la 'historia social' de la enfermedad está excluida " (84).

El positivismo como parte de la ideología burguesa aporta a la medicina su definición de enfermedad como fenómeno biológico -- causado por uno o varios factores siempre asociados y observables.

Mac Mahon, en su libro de epidemiología, la define como la ciencia que estudia la distribución de la salud y la enfermedad, como extensión de la demografía, limitando esa distribución en función de la edad, el sexo, la raza, etc., es decir destacando los factores individuales y físicos. Además al referirse a la causalidad de la enfermedad, Mac Mahon afirma que ésta sólo puede ser percibida pero no explicada dado que no es posible constatar o corroborar la regularidad de las asociaciones entre los acontecimientos concatenados que se presentan en la enfermedad. (85)

Lo que llega a tener de historicidad la enfermedad en el modelo-médico supone la evolución y la historia de la enfermedad. Las condiciones socio-históricas en la producción de la misma son ignoradas.

Además de negar los procesos históricos, se niegan las condiciones socioeconómicas. Si se incorporan, es en términos de 'barreras' dadas en la comunidad para la eficacia terapéutica.

Todo lo anterior se expresa a través de un enfoque teórico e individual, que los grupos sociales adoptan. Esta aceptación social está dada por la eficacia de la praxis médica en comparación con otras prácticas sociales y determina las mismas consecuencias en sus acciones sobre la población.

Por último, el mercantilismo como componente del modelo, está dado en la medida en que el desarrollo capitalista de producción define las acciones sobre la población.

La dinámica de estos caracteres enumerados responde a los cambios que en el sistema capitalista se operan, tanto a nivel económico-político, como en la misma práctica médica. En concordancia a estos cambios el modelo médico va a oscilar en un continuo proceso de reconocimiento-desconocimiento de lo social.

" Este proceso de reconocimiento es casi siempre asumido cuando el modelo halla límites en su eficacia, sobre todo en los niveles aplicativos; pero dicho reconocimiento se asume para en lo posible desconocerlo a través de la negación o de la reabsorción " (86).

Curiosamente esta ignorancia hacia las condiciones sociales e históricas en la génesis de la enfermedad aparece precisamente en la etapa de su institucionalización. Analicemos ésto más detenidamente.

Francia, Inglaterra, Alemania, inician procesos diferentes que van a desembocar entre 1830 y 1900 en la organización administrativa de la salud. Como ya se dijo, en esta etapa aparecen una serie de estudios e investigaciones que denuncian la relación existente entre las condiciones de vida de las clases trabajadoras y la enfermedad. No obstante, estos trabajos van a repercutir no tanto en la asunción de lo social en la práctica médica sino sobre todo y de forma fundamental a nivel del Estado, el cual empezará a generar ciertas modificaciones en los niveles asistenciales y en algunas de las condiciones socioeconómicas que afectaban directamente la situación de salud de los sectores sociales más explotados.

Va a ser por tanto en la condición económica donde se van a dar cambios significativos. Mejoran las condiciones de alimentación e higiene de la población, particularmente, por el desarrollo de las fuerzas productivas, en Inglaterra.

" ... en Inglaterra, el desarrollo de la productividad capitalista y la acumulación generada en función de la expansión colonial se traducirá en el abaratamiento de los alimentos, sobre todo de determinados alimentos ricos en proteínas; en el abaratamiento de productos textiles como las telas de algodón que tenderán a reemplazar sobre todo en la 'ropa interior' a las prendas de lana y permitirán un recambio más frecuente de las mudas... Todos estos procesos conducirán a potenciar cambios radicales en las condiciones de nutrición e higiene que se adecúan positivamente a las nuevas condiciones de vida y trabajo de la sociedad industrial " (87).

Otro factor determinante fue el desarrollo de la infraestructura sanitaria que señala la intervención del Estado en las actividades directas de salud.

Precisamente, durante el período en que las actividades y procesos sociales son aceptados como determinantes en la distribución diferencial de la enfermedad, se institucionaliza un modelo médico que niega la influencia de lo social.

Lo paradójico, es que se instituye (en la segunda mitad del siglo XIX), un tipo de acción médica que definiría su práctica no sólo a través de factores biológicos, sino sociales; se trata de la Salud Pública fundamentada en el desarrollo de la epidemiología.

Si bien ésta última toma indicadores como el sexo, la edad, la ocupación, etc., comienza a secundarizar los factores socio-económicos tan ponderados en diversas investigaciones.

La Epidemiología inicia el análisis de una serie de indicadores (demográficos, morbi-mortalidad, grupos de edad, etc.) que son utilizados como expresión de procesos biológicos abstraídos de su contexto social e histórico.

A lo largo de este proceso el Estado y la burguesía generarán diversas modificaciones en función de sus propios intereses y debido también a las demandas exigidas por el movimiento obrero en lucha. El Estado va pues a intervenir en el área de la salud im

pulsando medidas que por un lado mantengan en condiciones óptimas a la fuerza laboral para su compra en el mercado y que por el otro mediaticen y controlen la lucha de la clase trabajadora contra el capital.

" Es decir que el Estado maneja lo social a partir de un nivel de realidad distinto que el modelo médico; mientras éste niega o margina las determinaciones sociales, el Estado las asume, no puede hacer otra cosa, y trata en función de los procesos sociales determinantes y de la propia funcionalidad capitalista establecer las medidas sociales directas o indirectas sobre salud " (88).

Pese a que lo social sea abordado de diferente manera por el Estado y la clase dominante, ambos comparten la concepción de lo social como algo 'no conflictivo' y 'natural'. En este sentido lo social para su desarrollo, exige la implantación de una división social y técnica del trabajo, en la que entra la práctica médica como una más de las prácticas sociales necesarias para la evolución y mantenimiento 'armónico' de la sociedad.

Se estructura así una división social y técnica como un todo que pretenderá anular -o más bien obscurecer- las contradicciones, fundamentándose la autonomía (relativa) de las praxis sociales, y en este caso de la práctica médica.

El modelo médico, por tanto, cuando no niega lo social, lo secundariza, perdiéndose la ubicación del proceso salud-enfermedad en su contexto y causalidad socio-histórica y económica. Fundamentado en una sociedad en la que coexisten en lucha continua clases antagónicas (por un lado los propietarios de los medios de producción y por el otro los que sólo poseen su fuerza de trabajo) y en la que lo predominante es un sistema de explotación que atenta contra la salud de la población, va a tratar de sintetizar ideológicamente las desigualdades socio-económicas a través del contenido mismo de su acción planteándolas en términos de diferencias biológicas.

" El proceso social y los fundamentos sociales son reemplaza-

dos por un proceso evolutivo orgánico. Dentro de este proceso la productividad aparecerá como el objetivo manifiesto -- que funda al mismo tiempo las diferencias sociales, y las diferencias en los accesos a las condiciones de salud. La enfermedad será apropiada aisladamente por el modelo y tratada eficazmente, y ello se demostrará a través de determinados indicadores biológicos o biologizantes que servirán de ahora en adelante como demostración objetiva de la eficacia. El modelo médico necesariamente tenderá a enmascarar los procesos sociales profundos que condicionan la situación diferenciada de salud " (89).

2.4 Crisis del Modelo Médico.

Entre 1940-1945, y con más exactitud en 1942, se elabora el Plan Beveridge que, en Inglaterra y otros países sirve de modelo a la organización de la salud después de la Segunda Guerra Mundial.

En plena Segunda Guerra Mundial, cuando pierden la vida 10 millones de personas se consolida no el derecho a la vida sino el derecho a la salud.

" En un momento en que la guerra causaba grandes estragos, una sociedad asume la tarea explícita de garantizar a sus miembros no sólo la vida sino también la vida en buen estado de salud " (90).

Importante de mencionar aquí es el Plan Beveridge, dado que es a partir de éste que el Estado asume una función central en el área de la salud.

El Plan Beveridge indica que el Estado se hace cargo de la salud. Como ya fue señalado en párrafos anteriores, desde el siglo XVIII una de las funciones del Estado era la de garantizar la salud física de los ciudadanos, asegurando su capacidad de trabajo y de producción. Pero con el Plan Beveridge, la salud se transforma en objeto de preocupación de los Estados, no básicamente para ellos mismos sino para los individuos, es decir, el derecho del hombre a mantener su cuerpo en buena salud, se convierte en objeto de la propia acción del Estado. Por consiguiente, se invierten los términos: el concepto del individuo en buena salud para-

el Estado se sustituye por el del Estado para el individuo en buena salud.

Se trata también de una inversión en lo que podría denominarse 'una moral del cuerpo'. En el siglo XIX aparece en todos los países del mundo una copiosa literatura sobre la salud, sobre la obligación de los individuos de garantizar la salud de su familia y la suya propia. El concepto de limpieza, de higiene como limpieza, ocupa un lugar central en todas estas exhortaciones morales sobre la salud. Abundan las publicaciones en las que se insiste en la limpieza como requisito para gozar de buena salud, o sea para poder trabajar a fin de que los hijos sobrevivan y aseguren también el trabajo social y la producción.

La limpieza es la obligación de garantizar una buena salud al individuo y a los que le rodean. A partir de la segunda mitad del siglo XX surge otro concepto. Ya no se habla de la obligación de la limpieza y la higiene para gozar de buena salud sino del derecho a estar enfermo cuando se desee o necesite. El derecho a interrumpir el trabajo empieza a tomar cuerpo y es más importante que la antigua obligación de la limpieza que caracterizaba la relación moral de los individuos con su cuerpo.

Con el Plan Beveridge la salud entra en el campo de la macroeconomía. Los déficits debido a la salud, a la interrupción del trabajo y a la necesidad de cubrir esos riesgos dejan de ser simplemente fenómenos que podrían ser resueltos con las cajas de pensiones o con los seguros más o menos privados. A partir de entonces la salud o su ausencia, el conjunto de las condiciones en virtud de las cuales se va a asegurar la salud de los individuos se convierte en un desembolso por su cuantía, a nivel de las grandes partidas del presupuesto estatal, cualquiera que fuese el sistema de financiamiento.

Por intermedio de la salud, de las enfermedades y de la manera en que se cubrirán las necesidades de la salud se tratará de proceder a cierta redistribución económica. Una de las funcio-

nes de la política presupuestaria de la mayor parte de los países desde los comienzos del presente siglo era la de asegurar, mediante el sistema de impuestos, una cierta igualación, si no de los bienes por lo menos de los ingresos. Esta redistribución ya no dependería del presupuesto sino del sistema de regulación y de la cobertura económica de la salud y las enfermedades. Al garantizar a todas las personas las mismas posibilidades de recibir tratamiento y curarse, se pretendió corregir en parte la desigualdad en los ingresos. La salud, la enfermedad y el cuerpo, empiezan a tener sus bases de socialización y a la vez se convierten en un instrumento de la socialización de los individuos.

La salud va a ser objeto de una verdadera lucha política. A partir de 1945, no habrá partido político ni campaña política en cualquier país desarrollado que no plantee el problema de la salud y la manera en que el Estado garantice y financie los gastos de los individuos en ese campo.

Paralelamente a la estatización de la medicina, va a operarse un progreso tecnológico y científico vertiginoso en el campo de la salud que sin embargo no se va a traducir en general en más elevados índices de bienestar de la población.

Foucault, al hablar de la crisis por la que atraviesa la medicina, centra su atención en tres fenómenos fundamentales: la científicidad y eficacia; la medicalización indefinida y la economía política de la medicina.

- Cientificidad y eficacia de la medicina. Una característica de la práctica médica es la separación entre la científicidad de la medicina y la positividad de sus efectos. Mucho antes de la publicación del libro de Illich sobre Iatrogenia, se sabía que la medicina mataba. Antes la medicina mataba por ignorancia, su nocividad se juzgaba en proporción de su no científicidad. Pero lo que pasa desde comienzos del siglo XX, es que la

medicina puede ser peligrosa no en la medida de su ignorancia - sino en la medida de su saber y conforme se constituye como - ciencia.

No sólo se trata de señalar los efectos de la iatrogenia negativa sino de la iatrogenia positiva, es decir de los mismos efectos que sobre el organismo producen los medicamentos. Por ejemplo, se sabe que el tratamiento anti-infeccioso, condujo a una disminución general del umbral de sensibilidad del organismo a los agentes agresores.

- Medicalización Indefinida. Una de las características del siglo XX es el hecho de la medicina empieza a funcionar fuera de su campo definido tradicionalmente por la demanda del enfermo. En la actualidad, la medicina se impone al individuo, enfermo o no, como acto de autoridad. Por ejemplo, no se contrata a nadie sin el dictamen del médico que examina autoritariamente al individuo. Del mismo modo la persona acusada de cometer un delito, debe someterse obligatoriamente al examen de un perito psiquiatra.

Tampoco el dominio de objetos de la intervención médica se refiere a las enfermedades sino a otra cosa. Desde comienzos del siglo, por ejemplo, la sexualidad, el comportamiento sexual, -- las desviaciones o anomalías sexuales se relacionan con la intervención médica, sin que un médico diga que una anomalía sexual es una enfermedad.

De manera más general se puede decir que la salud se convirtió en campo de la intervención médica: todo aquello que garantiza la salud (condiciones de vida, régimen urbanístico, saneamiento de agua).

Lo que caracteriza al período presente es que la medicina además de ocuparse de otros aspectos distintos de los pacientes y las enfermedades, comienza a no tener campo exterior.

En el siglo XIX la medicina había rebasado el campo de la enfermedad pero existían todavía cosas que seguían siendo no médicas y no parecían 'medicalizables'. Actualmente, cuando queremos recorrer un dominio exterior a la medicina, hallamos que ya ha sido medicalizado. Y cuando se quiere objetar a la medicina -- sus deficiencias, sus inconvenientes y sus efectos nocivos, esto se hace en nombre de un saber médico más completo, más refinado y difuso. Illich por ejemplo, contrapone a la medicina terapéutica un arte desmedicalizado de la salud, proyectos revestidos de cierta forma de medicina.

- Economía Política de la Medicina. Esta característica de la medicina actual no es reciente, pues desde el siglo XVIII tanto la medicina como la salud fueron presentadas como problema económico. Por exigencias económicas la medicina surgió a fines del siglo XVIII. No hay que olvidar que la primera gran epidemia estudiada en Francia en el siglo XVII y que dió lugar a un acopio nacional de datos no era realmente una epidemia sino una epizootia. Se trataba de una mortalidad catastrófica en rebaños del sur de Francia, lo que contribuyó al origen de la Real-Sociedad de Medicina.

En otro momento se recurría a la medicina como instrumento de mantenimiento y reproducción de la fuerza laboral para el funcionamiento de la sociedad moderna. Actualmente la medicina en cuenta la economía por otro conducto.

" No simplemente porque es capaz de reproducir la fuerza de trabajo sino porque puede producir directamente riqueza en la medida en que la salud constituye un deseo para unos y un lucro para otros. La salud en cuanto se convirtió en objeto de consumo, que puede ser producido por unos laboratorios farmacéuticos, médicos, etc., y consumidos por otros -- los enfermos posibles y los reales -- adquirió importancia económica y se introdujo en el mercado " (92).

El cuerpo humano se introdujo dos veces en el mercado; la primera por el asalariado, cuando el hombre vendió su fuerza de trabajo, y la segunda por intermedio de la salud. Por consiguiente

el cuerpo humano entra de nuevo en un mercado económico en cuanto es susceptible a las enfermedades y a la salud, al bienestar o al malestar, en la medida que es objeto de sensaciones, deseos, etc.

Desde el momento en que el cuerpo humano entra en el mercado, - por intermedio del consumo de salud, aparecen varios fenómenos- que causan disfunciones en el sistema de salud y de la medicina contemporánea entre los cuales podemos señalar los siguientes:

- a) La introducción del cuerpo humano y de la salud en el mercado no elevó de manera correlativa y directa el nivel de vida.
- b) En el momento en que el consumo médico se coloca en el medio real, se observa que las variedades del medio, en particular el consumo de alimentos, la educación y los ingresos familiares son factores que influyen más que el consumo médico en la tasa de mortalidad.
- c) Similarmente, la educación actúa sobre el nivel de vida en una proporción dos veces y media mayor que el consumo médico. Por lo que para una vida prolongada es mejor un nivel de educación que el consumo médico:

" ...si el consumo médico se coloca en el conjunto de variables que pueden actuar sobre la tasa de mortalidad se observará que este factor es el más débil de todos. Las estadísticas de 1970 indican que, a pesar de un aumento constante del consumo médico, la tasa de mortalidad, que es uno de los indicadores más importantes de salud, no disminuyó, y resulta todavía mayor para los hombres que para las mujeres" (93).

Por lo que, el nivel de consumo médico y el nivel de salud no guardan relación directa, lo que revela una paradoja económica de un crecimiento de consumo que no va acompañado de ningún fenómeno positivo al lado de la salud, la morbilidad y la mortalidad. Además, la desigualdad en la distribución de consumo de servicios médicos es casi tan importante como antes.

Así vemos que la igualación del consumo médico que se esperaba del seguro social se adulteró en favor de un sistema que tiende cada vez más a restablecer las grandes desigualdades ante la enfermedad y la muerte que caracterizaban a la sociedad en el siglo XIX. Hoy, el derecho a la salud igual para todos pasa por un engranaje que lo convierte en una desigualdad.

Los que obtienen mayor lucro de la salud son las grandes empresas farmacéuticas y los profesionales se convierten cada vez -- más en intermediarios entre la industria y el cliente, en simples distribuidores de medicamentos.

Si bien hasta 1960, se dan una serie de críticas que cuestionan el modelo médico, es durante esta década que se generan o emergen hechos sociales generales que van a cuestionar por primera vez su legitimidad.

En la década de los 60's se descubre que la eficacia médica no era eficaz para una serie de problemas de los cuales -por sus consecuencias- el nutricional es el más relevante.

Después de la Segunda Guerra Mundial, el problema nutricional - había sido planteado, pero es en los 60's que va a evidenciarse su crecimiento acelerado y las limitaciones de la práctica médica para afrontarlo. Por otro lado la desnutrición ya no va a - aparecer sólo vinculada a la situación socio-económica sino en términos nacionales de desarrollo y subdesarrollo. Emerge así, el problema nutricional como problema político en relación al - cual las actividades médicas con prácticas secundarias.

" Esta misma década paradójicamente señala la impresionante incidencia de la enfermedad mental y de la 'patología social' - y no sólo en los EE.UU., sino en prácticamente la mayoría de los países de capitalismo metropolitano y periférico. El -- crecimiento de servicios de todo tipo, el 'invento' de formas terapéuticas que van cada vez más de lo individual a lo colectivo (terapias breves, grupales, institucionales, comunitarios), tiene que ver que el desarrollo masivo de la enfermedad mental, y sobre todo de las neurosis. Pero éste no solo ocurre en los países del capitalismo 'avanzado', sino -

que también opera en el mundo 'subdesarrollado'. Un informe de la OPS, al año 1973 generaliza lo que ya era sabido por los especialistas; el gran desarrollo de las psicosis y neurosis en la mayoría de los países americanos; la extensión del alcoholismo y la farmacodependencia a prácticamente todos los estratos sociales; la magnitud creciente de la problemática creciente de la epilepsia y de la debilidad mental" (94).

Informes epidemiológicos de los EE.UU., evidencian el aumento constante de las neurosis laborales, hecho que debe relacionarse con la también creciente preocupación en 'la humanización -- del trabajo'. Humanización que aparece como resultado objetivo de las demandas obreras, del Estado y de la patronal. Necesidad de humanización del trabajo para responder a la creciente incidencia de enfermedad mental en el trabajo mismo, que aparece -- junto con las otras patologías, como resultado de las condiciones a las que están expuestos los trabajadores en el proceso de producción (se estiman anualmente 100 000 casos mortales, y sólo 160 000 accidentes diarios de trabajo). Hay que añadir que estas son las enfermedades de los que tienen trabajo y no las de los desocupados que son mucho más graves y más desarrolladas en los países dependientes.

Durante los 60's, el modelo médico halla sus límites. La implementación de su técnica ya no es suficiente para abatir el desarrollo social de las condiciones de enfermedad.

Cierto que hasta 1960, dicho modelo obtuvo logros positivos: aumento de la esperanza de vida y reducción de la mortalidad. Pero después de 1960 se generan hechos demográficos con el desarrollo capitalista que marcarán un retroceso del modelo médico- (en varios países se registra un aumento considerable de la mortalidad en edad productiva y profundización en la desigualdad - de esperanza de vida entre el hombre y la mujer).

Otro fenómeno que empieza a registrarse en 1960 es la contaminación y polución ambiental que por lo demás hará obvia la socialización de la enfermedad.

Al lado de estos hechos sociales aparecen otros referidos a la práctica médica que evidencian aún más la crisis del modelo: -- disminución de la mortalidad en huelgas médicas; Cuba, en pocos años de Revolución modifica radicalmente su situación de salud; diversos análisis demuestran que el incremento numérico de los médicos no necesariamente lleva a una mejora en el estado de salud, etc.

A partir de esta crisis pues, aparecen cuestionamientos impensables como el de la acción de las vacunas, así como las críticas a las 'supercondiciones' de asepsia ambiental y social (salas - de terapia intensiva).

" La eficacia pragmática que fundaba la diferenciación del modelo de otras alternativas comienza a aparecer rebasada por los resultados crecientemente negativos de la propia práctica. La mercantilización en términos inesperados del consumo médico evidencia en toda su desnudez los objetivos productivos de la práctica médica y las consecuencias tal vez - más negativas de todo este proceso " (95).

Esta crisis del modelo médico está estrechamente relacionada con una crisis más general de la cual forma parte. La crisis del modelo médico está relacionada con la crisis del 'instrumento científico'. La investigación científica se convierte cada vez más - en una investigación para la muerte. Su ejemplo más patente, el conflicto vietnamita,

" El conflicto vietnamita alcanza en este período su máxima - visibilidad, tanto en lo referente a la instrumentación - científica en la cual participan activamente la investigación médica para la muerte, como en la producción de 'patologías sociales' (drogadicción, alcoholismo, prostitución, 'aberraciones sexuales', violencias, suicidios, etc.) llevadas a sus cuadros más exasperados " (96).

Vietnam, evidenció en los Estados Unidos que la violencia organizada del capitalismo genera 'patologías sociales' adentro y - afuera y que la ciencia contribuye indirectamente a esa producción de 'patología'.

3. Determinación Social del Proceso Salud-Enfermedad.

3.1 El proceso salud-enfermedad en su dimensión colectiva.

Es a finales de los sesentas, -cuando por lo demás se hace evidente la crisis del modelo médico-, que empieza a darse una polémica intensa respecto al carácter social o biológico de la enfermedad.

" A finales de los sesenta se dá una polémica intensa respecto al carácter de la enfermedad. Lo que se discute es si ésta es esencialmente biológica o, por el contrario, social. Hay así un cuestionamiento profundo del paradigma dominante de la enfermedad que la conceptualiza como un fenómeno biológico individual. Las razones del surgimiento o mejor dicho, del resurgimiento actual de esta polémica deben buscarse tanto en el desarrollo de la medicina misma como en la sociedad en la cuál se articula. " (97).

Sin profundizar en este trabajo el contexto socio-histórico que enmarca el debate señalado, sólo dejar asentado que éste no sólo encuentra su explicación en la propia crisis de la medicina - sino en la creciente crisis política , social y económica del -- sistema capitalista.

" A partir de esos años se vive una nueva etapa de luchas sociales, que asumen formas particulares en los diferentes países- pero que caracterizan a la época. Uno de los rasgos de las - luchas populares en esos años es que ponen en entredicho bajo formas totalmente distintas y con perspectivas de muy variable alcance, el modo dominante de resolver la satisfacción de las necesidades de las masas trabajadoras. " (98).

Durante la década de los 60's, en países como Francia e Italia, la salud empieza a aparecer como condición necesaria de la lucha del movimiento obrero, y no como mera 'concesión' de los sectores empresariales y estatales (99). Al calor de estas luchas empieza a generarse una crítica que busca formular una comprensión diferente de los problemas más acorde con los intereses populares y orientada a la búsqueda de prácticas sociales nuevas.

Del mismo modo, y como ya fué mencionado en el apartado anterior, este cuestionamiento tiene su base en la propia incapacidad del modelo y de la práctica médica para solucionar los principales problemas de salud y que hoy aquejan a los países industrializados, (es decir, los padecimientos cardiovasculares y los tumores malignos), así como para resolver de manera satisfactoria el mejoramiento de las condiciones de salud de la colectividad dentro del panorama latinoamericano.

Ante las insuperables limitaciones con que se enfrenta el pensamiento epidemiológico tradicional en la resolución de los problemas de salud, se pone de manifiesto la insuficiencia de los modelos de pensamiento médico vigentes en la etapa actual para el estudio de la salud-enfermedad como proceso colectivo, y se hacen planteamientos que buscan superarlos. (100)

En una revisión histórica de la causalidad de la enfermedad, podrían distinguirse básicamente tres tipos de tratamiento del problema.

Un primer nivel define la enfermedad en cuanto proceso biológico del individuo. Este modelo 'unicausal' es el más simple y con menor capacidad explicativa. En este caso, la causa de la enfermedad sería un agente biológico o con capacidad de desencadenar procesos biológicos, externo o interno, del organismo. Valga como ejemplo aquí, la concepción microbiana de la enfermedad en la que un microorganismo al entrar en contacto con el hombre produce un tipo determinado de patología (101). Este tipo de razonamiento causal explica la enfermedad en términos de los propios procesos biológicos pero no puede dar razón de porqué solamente algunas personas y no todas las contagiadas con el germen llegan a enfermarse ni porqué en ciertos grupos sociales es mayor la frecuencia de cierto tipo de enfermedad.

Una forma ya más elaborada de manejar la causalidad, es el modelo denominado 'multicausal', que pasando de la idea de una cadena de factores entre el inicio del proceso y su manifestación visible co-

mo enfermedad en él o los individuos, llega a esquemas explicativos tan complejos como la teoría general de sistemas, que ubica todos los factores que intervienen en la producción de la enfermedad en una intrincada red en la que unos y otros interaccionan entre sí, de manera armónica en el caso de la salud y rompiéndose el equilibrio en el caso de la enfermedad.

Este modelo puede por ejemplo, en el caso de la tuberculosis explicar porqué unos enferman y otros no, ya que especifica que el enfermar no depende sólo de que el huésped entre en contacto con el agente, sino también de las condiciones adaptativas de ambos y de su relación con el ambiente. Incluso llega a dar elementos para la comprensión de la distribución diferencial de la enfermedad en los grupos sociales. Sin embargo, el tratamiento de la causalidad no difiere en lo esencial de la primera forma: una causa simple, el microorganismo o una red de múltiples causas (agente, ambiente, huésped) producen un efecto: la enfermedad (102,103, 104).

La razón por la cual estas dos formas de tratar la causalidad no logran, pese a la complejidad de la última, dar una explicación satisfactoria de la realidad, se encuentra fundamentalmente en que en ambas se permanece en una concepción de determinación causal -- muy limitada, como es la causalidad unidireccional, en la que se presupone que una causa o conjunto de causas explican la producción de un efecto determinado o en las formas más avanzadas, la interacción causal, que tampoco basta para explicar los procesos como se dan en la realidad, debido a que hay otras leyes que rigen en la manera en que se generan los acontecimientos, según la dimensión de la realidad de la que se trate (105,106).

Estos dos tipos de abordaje del proceso salud-enfermedad, especialmente cuando se trata de la dimensión colectiva con que trabaja la epidemiología, resultan insuficientes para encontrar una explicación favorable.

Los epidemiólogos, sostienen que el problema de salud-enfermedad -

debe tratarse a nivel colectivo y no individual; sin embargo, continúan definiéndola básicamente según sus características biológicas, y aún en los casos en que incorporan elementos sociales - no modifican esta concepción del objeto de estudio, conservando la definición de salud-enfermedad del nivel individual para el nivel colectivo, excepto porque suman varios casos y no uno solo.

" La limitación más inmediata del modelo multicausal... reside en su reducción de la realidad compleja a una serie de factores, que no se distinguen en calidad y cuyo peso en la generación de la enfermedad está dado por su distancia de ella. Así acentuada la causalidad, lo social y lo biológico no se plantean como instancias distintas, ya que ambos son reducidos a 'factores de riesgo' que actúan de una manera igual. "

(107)

El tercer nivel explicativo del proceso salud-enfermedad sería el que considera este fenómeno como un hecho social, que por su propio carácter colectivo no puede ser reducido al fenómeno biológico individual, aunque sea ésta la forma más concreta de su expresión.

Para los efectos de la presente investigación, partimos pues de la definición del proceso salud-enfermedad como el resultado de la relación que el hombre mantiene con la naturaleza. Eso es, la forma bajo la cual se apropia de ella y cómo en ese proceso la transforma.

De hecho, son las circunstancias dadas por la forma en que en cada época y lugar los hombres, se relacionan con la naturaleza y entre sí, en la producción de lo necesario para su vida y reproducción - las que van a determinar cómo se dá en cada grupo en que esta sociedad se fragmenta el proceso salud-enfermedad. (108)

" A nivel más general tanto la salud como la enfermedad son producto de la relación que el hombre establece con la naturaleza. Esto es, depende cómo se la apropia, y cómo en este proceso la -- transforma. Dado que esta apropiación -el modo de producción- no se reduce a procedimientos técnicos, sino que ante todo son relaciones sociales, el meollo del problema es comprender cómo las relaciones de producción y de cambio existentes en una for-

mación social concreta se expresan en la relación salud-enfermedad colectiva. " (109)

El proceso de salud-enfermedad tal como aquí se ha planteado tiene un doble carácter: por una parte, el biológico material, que se encuentra concretamente en los individuos enfermos que es en quienes se manifiesta la salud-enfermedad colectiva, y que es de terminación desde el nivel más general por la forma en que en la organización social específica de la que se trata se realiza la transformación y apropiación de la naturaleza por el hombre. Y un carácter ideológico, que es la forma en que en esa sociedad particular se piensa sobre este fenómeno, cómo se conceptualiza, a qué se atribuye, cómo se enfrenta.

La afirmación sobre el carácter social del proceso salud-enfermedad parte de dos razones parcialmente coincidentes. Por un lado, el proceso salud-enfermedad del grupo adquiere historicidad porque está socialmente determinado. Esto es, para explicarlo no bastan los hechos biológicos sino es necesario aclarar cómo está articulado en el proceso social. Pero el carácter social del proceso salud-enfermedad no se agota en su determinación social, ya que el proceso biológico humano mismo es social. Es social en la medida que no es posible fijar la normalidad biológica del hombre separada del momento histórico. Esto se expresa, por ejemplo, en el hecho de que no es posible determinar cuál es la duración normal del ciclo vital pues es distinto en diferentes épocas. Esto hace pensar que es posible establecer distintos patrones de desgaste-reproducción dependiendo de las características de la relación entre el hombre y la naturaleza. El carácter simultáneamente social y biológico del proceso salud-enfermedad no es contradictorio: únicamente señala que puede ser analizado con metodología social y biológica, dándose en la realidad como un proceso único.

La relación entre el proceso salud-enfermedad colectiva y el del individuo, está dada porque el proceso salud-enfermedad colectivo determina las características básicas sobre las cuales gravita la

variación biológica individual. Esto visto desde el paciente, significa que su historia social asume importancia por condicionar - su biología y porque determina cierta probabilidad de que enferme de un modo particular; pero como sabemos la probabilidad no se cumple en el individuo más que como presencia o ausencia del fenómeno. Es por ésto que el análisis del caso clínico tiene su especificidad propia, ya que a priori puede enfermarse de cualquier cosa que para su tratamiento tiene que ser correctamente diagnosticada.

La mejor forma de comprobar empíricamente el carácter histórico - de la enfermedad no está dada por el estudio de su aparición en los individuos sino por el proceso que se dá en la colectividad humana. El carácter social de la enfermedad se verifica en el modo característico de enfermar y morir de los diferentes grupos humanos.

" Basta pensar que el 40% de todos los decesos producidos en América Latina corresponden a niños cuya edad no supera los 5 años (como en la prehistoria). Las causas principales del fenómeno radican en las enfermedades infecciosas, la desnutrición, la -- falta de viviendas salubres, las carencias higiénicas, la explotación, la ignorancia y la desocupación. ¿Cuál es la causa, o -- para decirlo mejor el aspecto más evidente, de esta limitación de la medicina? Lo diré, empleando términos bien claros, aunque suene duro: podemos afirmar que es el noble quien muere antes" (110)

Otra forma de mostrar el carácter social de la enfermedad, sería el análisis de las condiciones colectivas de salud de diferentes sociedades en un mismo momento histórico. Comparando los perfiles patológicos de México y Cuba, muy a grosso modo resulta claro el - impacto del desarrollo de las fuerzas productivas y de las relaciones sociales de producción en el modo de enfermarse de una sociedad. Entre México y Cuba, se observa que mientras el perfil patológico mexicano está dominado por las enfermedades infecto-contagiosas, en el caso cubano el peso de estas enfermedades es mucho menor.

Para demostrar el carácter social de la enfermedad, también es ne-

cesario estudiar el tipo, la frecuencia y la distribución de la enfermedad entre los distintos grupos sociales que componen la sociedad.

" Es decir, al existir una articulación entre el proceso social y el proceso salud-enfermedad, éste debe asumir características distintas según el modo diferencial que cada uno de los grupos tenga en la producción y en su relación con el resto de los grupos sociales. Existe documentación empírica mediante la cual se comprueba que la distribución de la enfermedad y de la muerte es desigual; también es posible detectar perfiles patológicos específicos de los grupos sociales..." (111)

En este sentido una investigación ilustrativa es la realizada por Celis y Nava (112). Ellos comparan las causas de muerte y su frecuencia en un grupo de personas con seguro de vida privado y otro que muere en el Hospital General de la Ciudad de México; ambos grupos representan a la burguesía y las capas medias altas, y el subproletariado urbano respectivamente. Los resultados del estudio demuestran que los pacientes del hospital General mueren 30 veces más de amibiasis, 8 veces más de tuberculosis, 6 de hepatitis, 4 de infecciones respiratorias agudas, y 3.5 veces más de cirrosis hepática y de enfermedades reumáticas crónicas que el grupo de comparación. Los asegurados privados, por su parte, mueren 3 veces más de enfermedades cardiovasculares y 2.5 veces más de enfermedades del sistema nervioso central.

Todas las anteriores evidencias empíricas permiten demostrar que existe una relación entre el proceso social y el proceso salud enfermedad. Sin embargo,

" ... esta observación no resuelve por sí misma el carácter de esta relación, ya que tenemos por un lado el proceso social, y por el otro, el proceso biológico, sin que esté inmediatamente visible cómo el uno se transforma en el otro ya que, para así decirlo, nos enfrentamos a una 'caja negra' en la cual lo social entra de un lado y lo biológico sale del otro, sin que se sepa -- qué ocurre dentro de ella. Este es tal vez el problema más candente para la explicación causal social del proceso salud enfermedad. " (113)

Aunque el problema no está resuelto, se ha avanzado en la elabora-

ción teórica y metodológica que permite una mayor comprensión del proceso salud-enfermedad. Son varios los análisis que partiendo de la ubicación social del fenómeno que nos ocupa han abordado su estudio, mediante el establecimiento de categorías básicas como son: clase social, proceso de trabajo, formación socioeconómica, modo de producción, etc. (114,115)

Dado que lo central de este trabajo es caracterizar la práctica médico-psiquiátrica en nuestro país, sin restarle importancia a la necesidad teórica de abordar a partir de las categorías fundamentales del materialismo histórico la salud-enfermedad, lo que queremos puntualizar aquí es su carácter colectivo y social y en el mismo sentido señalar que el vínculo entre lo social y lo biológico en este proceso va a estar dado por procesos particulares que simultáneamente son sociales y biológicos.

" Por ejemplo, el modo concreto de trabajar, cuyo carácter social es evidente, es al mismo tiempo biológico, ya que implica determinada actividad neuro-muscular, metabólica, etc. Otro ejemplo podría ser el comer, ya que cómo y qué se come son hechos sociales que tienen su contraparte biológica. Este modo de entender la relación entre el proceso social y el proceso salud-enfermedad apunta, por un lado, al hecho de que lo social tiene una jerarquía distinta que lo biológico en la determinación del proceso salud-enfermedad y por el otro, se opone a la concepción de que lo social únicamente desencadena procesos biológicos inmutables y ahistóricos y permite explicar el carácter social del proceso biológico mismo. Así, esta conceptualización nos permite comprender cómo cada formación social crea determinado patrón de desgaste y reproducción. " (116)

Este enfoque evidentemente tiene profundas implicaciones para la práctica, dado que la medicina hospitalaria poco tiene que ver con el proceso salud-enfermedad al interior de la sociedad.

3.2. La Salud - Enfermedad Mental.

Ya en apartados anteriores fué caracterizada la conceptualización de la enfermedad mental predominante en nuestro siglo, así como - las diferentes corrientes que se han desarrollado para tratar de - responder tanto teórica como prácticamente a este fenómeno.

Aquí no pretendemos abordar la discusión tanto tiempo emprendida entre la psicogénesis, la biogénesis y la sociogénesis de las enfermedades mentales. Pensamos que tomar este camino sería un tanto infructífero, desde el momento en que efectivamente aquí no se pone en duda la existencia del trastorno mental y su relación más - directa en ciertos casos con las lesiones orgánicas y en otros - con los aspectos psicodinámicos y/o sociales.

Lo importante a resaltar en este momento es que el estudio del hombre y de todo lo que le acontece (el propio enfermar mental), no puede desligarse de la realidad social en que se desenvuelve. Es así que sólo sobre la base de la comprensión y conocimiento de tal relación dialéctica (hombre-sociedad) puede comenzarse a analizar la salud y enfermedad mental del hombre concreto.

"...Las funciones psíquicas del hombre (considerado en su unidad psico física) son, por una parte, funciones de la materia (y ante todo de la materia organizada de la manera más compleja y diferenciada - hasta ahora conocida, como sistema nervioso central humano), y por la otra, representa un reflejo no mecánico de la realidad material ambiente (y ante todo de la realidad social) en la cual se forma y actúa el individuo. La unidad psicósomática del hombre es pues una unidad dialéctica, dialécticamente inserta a su vez, como parte de una fusión única, - en el ambiente biológico social que la circunda" - (117).

Si bien puede ser limitada la discusión sobre la importancia de los factores fisiológicos en la determinación de la conducta humana, es indispensable ubicar la enorme importancia que tiene - la estructura social del sistema capitalista y el proceso de alienación a que dá lugar en el condicionamiento psíquico y aún -

físico del hombre.

Para poder abordar el fenómeno que nos ocupa desde esta perspectiva, es importante señalar cómo define el trastorno mental la psiquiatría y aclarar en lo posible la subjetividad que encierran los conceptos de normalidad y adaptabilidad en la diagnosis de salud o enfermedad.

Cuando el 'alienado' empieza a ser considerado como enfermo mental, y por lo tanto atendido en el asilo, en el internado, es decir, en lugares ya especializados para su atención y cuidado, es el momento en que la locura como tal pasa a ocupar un lugar en la medicina.

La entrada de la locura en el campo médico coincide históricamente con los inicios de la producción industrial y a partir de entonces se la va a conceptualizar y enfrentar de forma similar a como se hace con el resto de las enfermedades.

"El siglo XIX es el momento en que los locos pasan a ser patrimonio y problema de la medicina. Aparece el hospital psiquiátrico y se confía a los médicos la definición y la investigación de las diferentes formas de locura. En el territorio del hospicio y en el marco ideológico de la medicina clasificatoria se produce la distinción de melancolía, manía con delirio, manía sin delirio, demencia e idiotismo hecha por Pinel, y que está en la base de todas las clasificaciones ulteriores..." - (118)

Cuando la locura se ubica como "enfermedad", de acuerdo a una visión positivista de las cosas, se borra cualquier responsabilidad colectiva y el comportamiento antisocial, la marginalidad, etc., se convierten en puros males biológicos que originan actos contra el orden civil y la sociedad. De esta forma la psiquiatría empezará a definir su objeto de estudio como 'las anomalías en el funcionamiento de la personalidad'. La locura empieza a confinarse como enfermedad en los hospitales cuando pasa a ser considerada como un error a serlo como un comportamiento -

fuera de lo regular y lo normal (119),

"...como trastornos en el modo de comportarse, de querer, de experimentar las pasiones, de tomar decisiones, y de ser libre; en suma, cuando se inscribe no ya en el eje de la verdad-error-conciencia sino sobre el eje pasión-voluntad-libertad"(120).

Al encontrarse la medicina ante un fenómeno como la enfermedad mental, la forma de abordarlo fué la misma que empleaba con el resto de las enfermedades: observando y describiendo sus manifestaciones. Se trataba de la medicina clasificatoria del siglo XVIII, la que precede el método anatomoclínico y que toma el modelo de Linneo con las especies vegetales (observa, describe, de signa, clasifica).

Desde 1822 con el descubrimiento de Bayle en cuanto a las lesiones meningeas en la parálisis cerebral se viene guardando la esperanza de postular la exclusividad de la biogénesis en el trastorno mental. Sin embargo, con el paso del tiempo la clasificación de las enfermedades mentales se ha ido modificando con el agregado de nuevas categorías cuya etiología no se corresponde con un basamento de tipo orgánico.

¿Qué es entonces la enfermedad mental? . Lo primero que los objetos de la realidad muestran es su apariencia concreta, que constituye para el investigador un todo caótico, puesto que desconoce los elementos que lo constituyen y la relación entre ellos.

"Así, el descubrimiento no se reduce nunca a una simple lectura de lo real... Es sabido que el acto de descubrir que conduce a la solución de un problema debe romper las relaciones más aparentes, que son las familiares, para hacer surgir el nuevo sistema de relaciones entre los elementos"(121).

Es a través del análisis de las múltiples determinaciones que ese objeto empírico sintetiza en sí y de las relaciones entre sus diversos elementos, que el investigador puede finalmente llegar a reconstruirlo científicamente como,

"...un producto del cerebro pensante que se apro -

pia del mundo de la única manera que puede hacerlo..." (122)

--Interrogando a la realidad sobre el objeto que estudiamos, la situación que encontramos es que la enfermedad mental en nuestros días es descrita y clasificada por la Organización Mundial de la Salud. Brownstein (125), encuentra en dicha clasificación rasgos de varias de las fases por las que la medicina, en su evolución histórica, ha ido pasando. Pero por lo peculiar del objeto a que se refiere, la psiquiatría no pudo encontrar un sustrato corporal tan fácilmente como el resto de la medicina, y tuvo que aferrarse a la etapa clasificatoria para no quedar sin punto de referencia.

Cuando se señala la relación entre la actividad clasificatoria de la psiquiatría y su parecido con la taxonomía botánica no se salva ante la crítica que Brownstein señala en lo que se refiere a la falta de precisión del objeto de la psiquiatría, sino al contrario, ya que las especies botánicas tienen un carácter perceptual del que carecen las enfermedades mentales.

Otra diferencia entre las respectivas clasificaciones llevadas a cabo por Linneo y por Kraepelin, es que para la botánica, la especie es atemporal y para la psiquiatría la entidad clínica es un conjunto evolutivo que alcanza su máxima claridad en la fase terminal:

"El saber clínico consiste entonces en identificar a la enfermedad antes de su pleno desarrollo y fundar un pronóstico. El modelo, seguido aquí no es el de la botánica sino el de la clínica de las enfermedades infecciosas. Pero también con ésta hay diferencias. En la psiquiatría no hay conocimiento de las causas, sólo descripciones y alusión a las características constitucionales e influencias hereditarias cuando no se trata de encefalopatías. El espectro que atormenta a la psiquiatría alemana es el de las llamadas psicosis endógenas y la tentación de que éstas ofrecen al pensamiento especulativo, y a las interpretaciones metafísicas" (124).

Sabemos que en 1898, Kraepelin, como representante de la psiquia

tría alemana elaboró un método para la clasificación de las enfermedades mentales fundamentalmente descriptivo y basado en la idea del origen orgánico de la enfermedad mental. Esto expresaba una preocupación latente en el sentido de que la psiquiatría permaneciera como rama o especialidad de la medicina, partiendo de que sólo en el cuerpo puede encontrarse la base de una ciencia materialista.

El eterno drama de la psiquiatría kraepeliana, consiste en que a diferencia del resto de la medicina, carece de un espacio temporal y corporal en el cual 'plantar sus especies según el modelo botánico'. Desde el mismo nombre de su objeto, la clasificación de la enfermedad mental aparece nebulosa y difusa: el término de trastorno mental designa una serie de manifestaciones cuya esencia permanece, ignorada en gran parte de los casos.

"...A falta de espacio corporal, espacio taxonómico. A falta de explicación, clasificación. A falta de residencia, parentesco de las enfermedades"(125).

Los trastornos mentales vienen siendo así conceptos abstractos, cuya clasificación, se convierte en una actividad de reconocimiento de correlaciones entre fenómenos denominados 'síntomas'.

En la Octava Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales el eje ordenador de las mismas es la característica 'mentales', término tan impreciso que permite incluir entidades definidas según la mayor diversidad de criterios, desde el biológico hasta el psicoanalítico, del jurídico penal al sociopolítico, disfrazado todo de continuidad con la numeración progresiva muy racionalmente iniciada en manifestaciones de trastornos orgánicos indiscutiblemente biológicos para ir a dar a los 'desajustes sociales sin trastornos psiquiátrico manifiesto' para culminar con la categoría 'sin trastorno mental', clave que aclara un poco la cuestión:

"Si la clasificación de los trastornos mentales incluye una categoría para quienes no tienen trastor-

no mental, es que no se trata de una clasificación de los trastornos mentales. Sólo puede ser una explicación de las consultas que pueden hacerse a un psiquiatra con la expectativa de que éste diagnostique un trastorno mental, pudiendo suceder que no lo haga" (126).

Para el caso de la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales, se incluyen en sus apartados todos los casos en los que el psiquiatra es llamado a opinar o a intervenir. Cada vez se amplía el campo de intervención de la psiquiatría y en este sentido hay que incorporar nuevos departamentos al 'espacio taxonómico'; ahora la categoría 'paciente', no abarca sólo a los oligofrénicos, psicóticos o neuróticos, sino también a los criminales, a los homosexuales, a los pobres, a los fracasados, a los irrealizados (127).

La existencia de la locura como la apariencia de algo cuya esencia aún no se ha querido investigar, no es lo que se pone en duda. Pero que todo lo que la psiquiatría llama trastorno mental sea esencialmente ese mismo fenómeno es más difícil de aceptar. Es claro que la psiquiatría no etiqueta sólo objetos naturales preexistentes (lesiones o microbios), sino también objetos que ella misma elabora.

Este carácter caótico de la definición de la enfermedad mental, de su clasificación y de su percepción por parte del psiquiatra resalta aún más si dirigimos por un momento nuestra atención a un fenómeno bastante común: el desacuerdo ante el diagnóstico. Psiquiatras formados en la misma escuela, pueden llegar a ver al mismo paciente y emitir diagnósticos diferentes aunque su punto de referencia sea la misma clasificación internacional. Este desacuerdo es aún mayor si son especialistas formados en diferentes escuelas. Al respecto Berlinguer dá un ejemplo bastante ilustrativo en el sentido de que,

"...el número de jóvenes norteamericanos desechados debido a enfermedades mentales en los exámenes médicos para el ingreso al ejército varía del

0.5% al 51%, según las definiciones de los distintos grupos de especialistas, y en el caso de las psiconeurosis oscila del 2.7 al 90 por ciento"(128)

En esencia, el nivel de credibilidad y certidumbre en los diagnósticos de enfermedades mentales es bastante bajo, y por cierto que inferior al de otras enfermedades.

Aparte de poder enumerar los síntomas y las categorías clínicas con todas sus características propias, en un sentido muy general existen dos criterios para definir, desde lo social, la enfermedad mental.

Tratando de rebasar la visión del paciente enfermo como individuo; y pasando a la colectividad, se procedió a sumar observaciones individuales y a partir de la descripción estadística de su distribución en la población, a transformar esta descripción en la definición y explicación de lo que es la enfermedad mental.

Curiosamente, el criterio estadístico parte de la aceptación de la existencia de distintos criterios sobre salud mental y enfermedad mental. Este concepto surge a partir de la antropología que en base al supuesto de las diferencias existentes entre los diferentes pueblos y sociedades, define lo normal como aquello que corresponde a lo socialmente aceptado.

"...de acuerdo con el concepto estadístico de la 'salud', sería 'normal' toda aquella persona que responde a las características que reúne la mayoría de las personas de su sociedad" (129).

En este sentido quedarían fuera de la definición aquellos que escaparan de tales características. Desde el punto de vista 'cultural', la definición de lo normal o patológico es relativo. El vicio de vincular la normalidad cultural con la salud mental ha generado una confusión que redundará en diagnosticar como enfermo a un 'desviado social'.

"Ha sido Devereux el que mejor ha puesto en clara esta confusión. En primer lugar observa que la adaptación social no es, desde el punto de vista - psiquiátrico, un signo de salud mental... el conformismo puede adoptar formas patológicas en particular sadomasoquistas" (130).

De acuerdo a este concepto, el que se adapta al sistema social - vigente es el normal, aunque dicho sistema contenga caracteres inherentes morbígenos.

"... la personalidad normal es el resultado del desarrollo integrativo de la conducta, por lo cual un individuo llega a ser una persona adaptada, libre y autónoma, capaz de realizarse de un modo más o menos satisfactorio sin entrar en conflictos con su ambiente ni con sus propios imperativos morales" - (131).

De esta forma lo normal, lo sano cae en la variante del concepto 'bueno'. Un hombre sano, es un hombre bueno cuya conducta es - aceptada por la colectividad y representa el ideal de dicho grupo. Quien no se comporta como la mayoría es definido como enfermo, y la explicación de porqué está enfermo es que no es normal.

Complementario a lo anterior está el criterio normativo para definir a la enfermedad mental, que en líneas generales apunta al conformismo, a la adaptación o bien a lo que consideran que el ser humano debe ser idealmente.

"En el caso, por ejemplo de la Organización Mundial de la salud, que define a la salud mental como 'el estado completo de bienestar físico, mental, y social, y no sólo la ausencia de enfermedad', lo que -de hecho- no dice absolutamente nada o bien con -dena por enfermedad a todo el mundo " (132).

Aquí el concepto de adaptabilidad es fundamental. Es de esperarse que los individuos sanos puedan adaptarse a las circunstancias en que viven. Quien no logra hacerlo es mentalmente defi -

ciente, inferior a los demás, diferente. Todo ello sin perjuicio de que una creciente proporción de la población vaya convirtiéndose en 'inadaptada', y muestre en formas más o menos solapadas su inconformidad y su rebeldía, haciendo dar un tras-pies al concepto de normalidad, cuando lo que alguna vez se definió como anormal por ser excepcional llega a ser tan común que es la nueva norma. Pensando en el carácter patógeno de la sociedad capitalista dice Paul Baran que,

"... la salud mental de un individuo no puede llegar nunca más allá de la enfermedad de la sociedad que lo produce..." (133).

La respuesta que viene aparejada a estos planteamientos es la reeducación del enfermo mental. Si se trata de alguien que se comporta inadecuadamente, que se ha salido del camino, la psiquiatría debe encauzarlo y hacer de él, un hombre de provecho, alguien normal que no se rebele contra las presiones que tiene que soportar, que no impugne su sociedad sino que contribuya a mantener su equilibrio, en suma, que vuelva a aprender lo que toda su vida se le intentó enseñar.

Estas interpretaciones de la enfermedad mental en realidad no sirven para una mejor comprensión de este fenómeno, en la medida que lo aislan de su contexto social e histórico en el que se dá. Parafraseando a Enrique Guinsberg, en tanto el hombre actúe y evolucione en un marco social, cualquier definición de salud mental sólo puede referirse a tal marco social y tal período histórico. Como la salud-enfermedad somática, la salud enfermedad mental es algo concreto que se dá en una sociedad particular originándose y explicándose en ella.

3.2.1. Proceso Salud-Enfermedad Mental en su Dimensión Histórica y social.

Si bien la existencia social de la salud-enfermedad tiene un -

doble carácter: un proceso material social e históricamente determinado que existe independientemente de lo que los hombres piensan de él, y una interpretación del mismo que surge de la sociedad en que dicho fenómeno se da. Este segundo aspecto en la salud enfermedad mental es especialmente importante, y la imbricación entre uno y otro mucho más difícil de desentrañar que en el caso de la salud-enfermedad somática. Pero no sólo es éso, sino que en el caso de la psiquiatría, existe también una zona en que parece no existir - como se mencionó-, una base material para la imputación ideológica de enfermedad mental, un terreno en que el diagnóstico psiquiátrico se puede convertir en pura ideología, y ésto hace más confuso el campo.

La concepción dominante sobre la salud-enfermedad mental (junto con la que coexisten algunas variantes sostenidas por corrientes en algunos casos antagónicas y en otros casos aceptando esta concepción hegemónica) presenta dos aspectos básicos: por un lado el relativo a lo que es la enfermedad mental como un hecho definido como "conducta anormal", lo que significa tomar la apariencia del objeto como si fuera el objeto mismo por un saber que es en el fondo agnóstico y por tanto acientífico, en el sentido de que fundamenta sus conocimientos en la apariencia y niega la posibilidad del acceso a la esencia de los procesos(134). Y por otro, el referente a la valoración social del fenómeno, que se infiltra en la sociedad en su conjunto a través de la ideología dominante, y que asume la forma de un juicio moral negativo sobre el trastorno mental que frecuentemente se desliza hasta la persona del paciente quién por lo general es considerado culpable de su padecimiento.

Estas teorías tienden a esconder los problemas sociales detrás de los individuales; tienden a negar los conflictos objetivos (como los existentes entre las clases) reemplazándolos por conflictos de tipo psicológico.

Por lo pronto, la psiquiatría parece ser un canal por el que la

medicina sale de sus antiguos dominios para infiltrarse casi insensiblemente hasta lo más recóndito de la sociedad, parcelizada artificialmente en grupos cada vez más pequeños. La medicina con la psiquiatría por delante, como una forma de control sobre una población fragmentada, es algo que resalta en cuanto se penetra un poco más allá de la apariencia del objeto 'trastorno mental':

" ... de Pinel a Kraepelin y de Kraepelin a la 8a. clasificación Internacional de Enfermedades... la Clasificación Psiquiátrica ha ido perdiendo en coherencia a la vez que ganando en cobertura... " (135).

Ahora bien, al igual que para la salud-enfermedad somática, para la comprensión de la salud-enfermedad mental en su dimensión colectiva, histórica y social, la conceptualización extraída -- del modelo biológico uni o multicausal basado en la observación de uno o más individuos, no tiene el alcance explicativo necesario. La razón fundamental es que aunque en el individuo gravita lo social, el peso de las leyes que rigen sobre la dimensión singular es muy importante e impide que los efectos de lo social pueda verse en ella con claridad. Para lograr avanzar en el conocimiento de la salud-enfermedad en su dimensión colectiva, campo de estudio de la epidemiología, es en los grupos humanos en donde corresponde buscar el carácter social del proceso que se investiga,

La enfermedad mental no es pues, un problema que atañe a los individuos, sino a los grupos sociales y su estudio y comprensión debe rechazar las posturas 'adaptacionistas', 'confusionistas' o de total negación de la enfermedad mental, para pasar a plantear qué hacer y qué respuesta dar a la masa de enfermos -- 'desviados', 'diferentes', o 'etiquetados' (¿como se les quiera llamar!) pero que cada día son más.

Independientemente de los criterios exclusivamente organicistas, interesa ver hasta qué punto son varios los factores que determinan la génesis de la enfermedad. Y en este sentido ha

habido un progresivo aumento de la convicción de la influencia social en los trastornos mentales, misma que no es limitada sólo a la familia o a otros ambientes 'microsociales' sino que comprende a la sociedad en su conjunto. Antes de abordar enfoques científicos que se han propuesto para el estudio de la enfermedad mental, como un proceso social e históricamente determinado, podríamos adelantarnos diciendo que dentro del medio social en que el hombre se desarrolla y vive, problemas tan comunes como, la desnutrición, el desempleo creciente, la concentración de la riqueza, la inflación, el analfabetismo, la marginación, la dependencia, son elementos presentes en la aparición de la enfermedad mental.

En nuestro tipo de sociedad, donde imperan las relaciones de -- producción capitalistas, la locura se encuentra antecedida por situaciones que podríamos definir como altamente patógenas entre las que pueden señalarse:

- Las dificultades que tienen los distintos grupos en que se ha desintegrado a la población para vivir en condiciones de vida sumamente desiguales.
- Las graves desventajas anatómicas, fisiológicas y psíquicas -- en que se encuentra la mayoría de la población para enfrentar esas presiones.
- La carencia de satisfacción en el trabajo, favorecimiento del egoísmo por la competencia y la falta de solidaridad con la con siguiente ausencia de seguridad.
- Burocratización a todo nivel.
- Condiciones generales de vida tan miserables que con frecuencia dejan de ser condiciones de vida y conducen a la enfermedad -- y/o la muerte de los más vulnerables.
- La migración del campo a la ciudad creando 'cinturones de miseria' en los que habita un elevado número de migrantes en -- condiciones precarias.

Podríamos seguir enumerando factores sociales causantes de en--

fermedad mental tanto a nivel económico como cultural. Pero es importante mencionar investigaciones concretas que muestren la relación apuntada. Dentro de éstas está la realizada por Hollin gshead y Redlich (136) en la comunidad norteamericana de New Haven donde el objetivo era encontrar la relación existente entre-clase social y salud mental.

Para ésto se clasificó a la población en 5 capas sociales, caracterizadas por los siguientes indicadores:

- I (Ricos por herencia)
- II (Ricos como producto del esfuerzo personal)
- III (Profesionales y burócratas)
- IV (Obreros calificados)
- V (Obreros descalificados y desocupados)

En base a esta división, después de 10 años de investigar en todo tipo de instituciones hospitalarias y consultorios privados-se obtienen interesantes resultados:

- a) Confirman que la tendencia a las enfermedades mentales aumenta conforme baja el nivel socio-económico.
- b) Confirman la elevación progresiva de psicosis en la medida que desciende la escala social.
- c) Confirman que en el caso de las neurosis, éstas se producen más en los industriales y obreros calificados.
- d) Las capas medias aparecen más adaptadas.

Otro estudio significativo de la relación clase social/enfermedad mental es el efectuado en Midtown por Rennie y Colaboradores (137) los trastornos eran muy superiores en clases bajas, con un 13% de psicóticos contra 4% en clase alta. Lo mismo ocurre con las neurosis: 20% y 11%. En cambio trastornos neuróticos sencillos resultaron de ser mayores en clase alta (43% y 25%).

La consideración de la causalidad de los padecimientos mentales desde una perspectiva social e histórica permite ampliar la posibilidad para comprender su producción. Al igual que cuando se hacía referencia al proceso salud-enfermedad de tipo somático en tanto uno de carácter colectivo.

"...La salud y la enfermedad (mental) son resultado de un proceso dialéctico que obedece a las interacciones entre el hombre y el ambiente. Pero el ambiente con el que el hombre interactúa, no es la naturaleza intocada sino la transformación que ésta ha experimentado como consecuencia del trabajo humano y de la organización social" (138)

La salud-enfermedad mental aparece en el seno de las relaciones sociales (de producción y de propiedad) que la encuadran. Es en el medio social en que el hombre se desenvuelve donde encontramos el basamento real de la enfermedad mental.

No es posible darse cuenta de la experiencia patológica sin referirla a las estructuras sociales, ni explicar las dimensiones psicológicas de la enfermedad, sin ver en el medio humano circundante , su condición real,

"...la enfermedad se sitúa específicamente entre la contradicción en las estructuras de la experiencia social y la conciencia lúcida de estas contradicciones; se inserta en esta zona en la que la contradicción no es aún vivida conscientemente sino sólo en las formas de conflicto" (139)

Las relaciones sociales propias de la economía capitalista que asumen las ya conocidas formas de competencia, explotación, lucha de clases, etc., ofrecen al hombre un medio humano caracterizado por la contradicción.

En este sentido, Foucault agrega por ejemplo que, al estar el hombre inmerso en este mundo contradictorio,

"...La explotación que lo aliena en un objeto ecc-

nómico lo liga a los otros pero mediante los la -
 zos negativos de la dependencia; las leyes socia -
 les que lo unen a sus semejantes en un mismo des -
 tino lo oponen a ellos en una lucha que paradójal -
 mente, no es más que la forma dialéctica de esas -
 leyes; la universalidad de las estructuras económi -
 cas le permiten reconocer en el mundo una patria, -
 y captar una significación común en la mirada de -
 todo hombre, pero esta significación puede ser la -
 de la hostilidad, y esta patria como extranjera" -
 (140)

No podemos más que afirmar entonces que las relaciones sociales son directas condicionantes de la expresión de la patología; la enfermedad mental no puede reconocerse ni entenderse escapando del entendimiento y funcionamiento de tales relaciones. Negar tal determinación condicionante y buscar la explicación en la psique o cuerpo del hombre es justificar el sistema social vigente en la medida que no se aborda el proceso como algo dado sociogenéticamente. Incluso tales corrientes de análisis pueden llegar a aceptar que el desarrollo humano es fruto del ambiente social, pero, después de esta admisión no se va más allá y se evita llevar adelante el análisis de las estructuras fundamentales de dicho ambiente, es decir, de las relaciones capitalistas sociales y de producción.

El hombre al vivir en sociedad, vive, enferma, es asistido y muere de acuerdo a la clase social a la que pertenece.

Todo ser humano en cualquier momento de su vida puede enfermar o morir, pero cómo, cuando, en qué forma y bajo qué condiciones sociales perderá "su razón" y el tipo de asistencia médica que reciba va a depender de su condición de clase(141).

"...las causas fundamentales de la salud y la enfermedad se encuentran en la forma en que se organiza la sociedad para producir y reproducirse, es decir, en el modo de producción dominante, en este caso el capitalista"(142).

La enfermedad mental es también un proceso condicionado socialmente que se concreta en seres históricos, en grupos sociales que viven en situaciones históricamente determinadas.

3.2.2. Características Patógenas del Proceso de Trabajo.

Siendo el trastorno mental exclusivo del ser humano, se nos presenta además como uno de los fenómenos más vinculados con las relaciones sociales, tanto en sus manifestaciones como en las reacciones que llega a provocar.

Buscando en las relaciones sociales el sustrato de la situación psicológica del hombre, Giovanni Berlinguer, marca como uno de los elementos constitutivos fundamentales, aquél que se refiera a las condiciones de vida y de trabajo, planteando que,

"... donde la explotación es más primitiva se empobrecen las funciones humanas más simples (desnudez, fatiga muscular, etc.); pero donde la explotación está más perfeccionada, resultan afectadas funciones más evolucionadas; no ya (o no sólo) las de la vida vegetativa, sino las de la vida de relación" (143).

He aquí el porqué Marx habla de que es el ser social el que determina la conciencia y no a la inversa, es decir que el ser social determina y manipula todas las restantes esferas o especificidades de la vida del hombre, desde la conciencia hasta el propio cuerpo viviente, en sus relaciones y funciones específicas. En relaciones enmarcadas en concretas condiciones histórico-sociales existe una determinada variedad de predisposición al enfermar mental.

El que lo social influya en la predisposición a enfermarse mentalmente implica al todo social y en este mismo sentido distintos sectores sociales son más influenciables que otros, como lo serían aquellas lesiones del sistema nervioso central producidas por déficits alimenticios, y que son causa de enfermedades mentales.

Basándonos en las descripciones de Marx, sobre las condiciones de vida y de trabajo de la clase obrera en Inglaterra, señalaremos sólo algunas de las características que dentro del proceso de trabajo en el capitalismo pueden ser consideradas patógenas, y repercutir por tanto en la 'salud mental del trabajador'. Lo que de ningún modo implica hacer un análisis exhaustivo de la relación entre trastorno mental y proceso de trabajo en la presente investigación. Consideramos no obstante, que es un tema central a desarrollar en futuros trabajos para la mejor comprensión del fenómeno que nos atañe.

Por el momento tratemos de revisar ciertas particularidades del proceso de trabajo en su modalidad capitalista, mismas que van a presentarse con diferentes grados y matices de acuerdo a cada formación económicasocial y según la etapa histórica de la misma.

En el tiempo dedicado a la producción serían morbígenas :

- La enajenación del productor respecto a sus medios de producción y al producto, con la consecuente disociación entre planeación y ejecución de la producción, lo que entre muchos otros aspectos despoja el trabajo de su carácter satisfactorio , creativo y enriquecedor para el hombre que lo ejecuta.

"Es indudable que todo hombre realiza sus actividades prácticas bajo una preconcepción ideacional de ella, precisamente en tal reconocimiento descansa la unidad entre la actividad objetiva y la actividad subjetiva (consiente, intelectual o mental), pero tal unidad es rota por la racionalidad del trabajo capitalista, en la medida que tal racionalidad basa su éxito en lo que Lukács llamaba el 'cálculo racional', cuyo rasgo principal consiste en parcializar el proceso productivo y su cálculo especializado y autonomizado de los demás"(144).

Esta relación del obrero con el producto, sólo a través de sus partes aisladas y sin llegar a integrarlas por efecto de su es-

pecialización, es característica del modo de producción capitalista, extendiéndose hasta alcanzar el trabajo intelectual.

- Transformación de la fuerza de trabajo en mercancía. El obrero parcial es embrutecido por el proceso de producción capitalista y, como apunta Marx citando a Smith,

"...en toda sociedad industrial y civilizada, es ésta la condición en la que tiene necesariamente que caer el pobre que trabaja, o sea la gran mayoría del pueblo" (145)

Es precisamente a través de este proceso mediante el cuál el hombre, y específicamente su fuerza de trabajo es convertida en mercancía, que al obrero sus propios productos le son extraños y él mismo se mira como gobernado por fuerzas que escapan a su control y comprensión inmediata.

- División Técnica y social del trabajo. Con la manufactura, y cada vez más con el desarrollo del modo de producción capitalista, la fuerza de trabajo individual va siendo desplazada;-- este nuevo modo de producir ,

"...Mutila al trabajador, lo convierte en una aberración al fomentar su habilidad parcializada... sofocando en él multitud de impulsos y aptitudes productivas, tal como...se sacrifica a un animal entero para arrebatarle el cuero o el sebo. No sólo se distribuyen los diversos trabajos parciales entre los distintos individuos, sino que el individuo mismo es dividido, transformado en mecanismo automático impulsor de un trabajo parcial, realizándose así la absurda fábula de Menenio Agripa, que presenta a un hombre como un mero fragmento de su cuerpo" (146).

- Disminución de las capacidades en general de los trabajadores y fomento de habilidades parcializadas. En el modo de producción capitalista, con la cada vez mayor socialización de la producción, se llega, "...a hacer de la carencia de todo desenvolvimiento una especialización", lo que abarata el costo

de la fuerza de trabajo al disminuir los costos de aprendizaje.

"Cierta atrofia intelectual y física es inseparable, incluso, de la división del trabajo en la sociedad como un todo. Pero como el período manufacturero lleva mucho más adelante esta escisión social entre las ramas de trabajo, y por otra parte hace presa por primera vez - con la división que le es peculiar - de las raíces vitales del individuo, suministra también por primera vez el material y el impulso necesarios para la patología industrial" (147).

En realidad dicha atrofia física e intelectual constituye una forma de la enajenación: es decir, una apropiación de las cualidades vitales del productor directo por el propietario de los medios de producción. En este sentido Carlos Rodríguez Ajenjo, plantea el hecho de que la apropiación de la salud del trabajador por el capital no es retribuida. En el contexto de las relaciones capitalistas es imposible la recuperación de la salud del trabajador pues el capitalista se la apropia unidireccionalmente (148).

Siguiendo el pensamiento anterior, podemos decir que la participación del modo de operación de la maquinaria en la causalidad de los trastornos mentales es una de las más importantes y específicas del modo de producción capitalista.

"...Sobre todo en la medida que el trabajo constituye el centro de gravedad de la existencia del obrero, y a que las posibles fuentes de restitución de la vitalidad, lejos de serlo, en realidad son nuevas fuentes de embotamiento, atrofia y adocenamiento de la actividad subjetiva o conciente - (y física también obviamente) de los trabajadores. Sensillamente porque esas posibles fuentes restitutivas son un campo más de extracción de plusvalor y simultáneamente, de expropiación de salud (el transporte, la diversión, la alimentación, e incluso la formación educativa)"(149)

- Trabajo monótono con connotaciones de desagradable, obligatorio, fatigante y desgastante. La repetición de los mismos mo-

vimientos, en los ritmos establecidos por el proceso de producción es un mecanismo constante que agrede el sistema nervioso central del trabajador.

"...la continuidad de un trabajo uniforme destruye la tensión y el impulso de los espíritus vitales, que encuentran su esparcimiento y su estímulo en el cambio mismo de actividades"(150).

Pocas son las posibilidades que tiene un hombre de ejercitar y desarrollar su inteligencia si se pasa la vida ejecutando repetitivamente una serie de operaciones simples y mecánicas.

"El trabajo mecánico agrede de la manera más intensa el sistema nervioso, y a la vez reprime el juego multilateral de los músculos y confisca toda actividad libre, física e intelectual, del obrero. Hasta el hecho de que el trabajo sea más fácil se convierte en medio de tortura, puesto que la máquina no libera del trabajo al obrero, sino de contenido a su trabajo..." (151).

- Lucha del capital por la extracción mayor posible de plusvalía, sea por la modalidad que sea (absoluta o relativa), y necesidad del trabajador de defenderse ante tal situación. Actualmente, como en la Inglaterra del siglo pasado,

"Todos los órganos de los sentidos son uniformemente agredidos por la elevación artificial de la temperatura, la atmósfera cargada de desperdicios de la materia prima, el ruido ensordecedor, etc., para no hablar del peligro mortal que se corre entre la apiñada maquinaria, la cual produce sus partes industriales de batalla con la misma regularidad con que se suceden las estaciones. La economía de los medios de producción...en manos del capital se convierte a su vez en un robo sistemático en perjuicio de las condiciones vitales del obrero durante el trabajo"(152).

- Tendencia al abaratamiento de la fuerza de trabajo por diversos mecanismos, inclusión de fuerza de trabajo poco calificada, mujeres y niños por el precio menor a que se adquiere.

- Constante expulsión del mercado de proporciones crecientes en términos relativos de la fuerza de trabajo, especialmente en las etapas recesivas de cada ciclo industrial y sobre todo en etapas críticas del capitalismo (153).

No vamos a insistir en la relación del trabajo rutinario con la creciente patología mental pues además de no ser la única -por más importante que sea-, junto a ella figuran también la convulsiva vida cotidiana, la reducción del tiempo libre, la concentración de la riqueza, los problemas familiares y la agresiva acción de los medios masivos de información.

Actualmente las alteraciones psíquicas del obrero no son aceptadas todavía como una consecuencia del funcionamiento de la industria, ni por la ley ni por los capitalistas e incluso a veces tampoco por los trabajadores.

Lo que sí es totalmente aceptado es el impresionante aumento de la psicopatología, entendida ya sea como alteraciones de orden mental o volitivo, psíquico, relacional, emocional, neural o 'espiritual', todo ello independientemente de indicación o aceptación de su etiología específica.

IV. MARCO HISTORICO.

El modelo médico, tal como fué definido, así como el concepto salud-enfermedad, son conceptos teóricos cuya validez se ratifica en la práctica social del conjunto de una sociedad concreta en un momento histórico determinado.

La salud-enfermedad mental, como proceso que atañe a los conjuntos sociales no puede ser comprendida ni abordada en su dimensión real si no se la coloca en el seno mismo de la totalidad social y específicamente en la formación social que la enmarca.

Las condiciones de vida y de trabajo, las formas en que los individuos se organizan para producir y reproducirse, están en estrecha relación, entre otras cosas con la forma en que los adultos llevan a cabo su vida cotidiana en los planos, sexual afectivo y familiar. Pautas éstas, sobre las que se va a estructurar la personalidad del niño, proporcionándose el 'sustrato material' sobre el que se encontrará luego la enfermedad mental.

Ya hemos venido tratando de aportar elementos para un mejor entendimiento del trastorno mental y de la concepción que de él han hecho las diferentes sociedades de acuerdo al desarrollo alcanzado de sus fuerzas productivas.

Del mismo modo se ha mencionado el desarrollo del modelo médico y sus características en el modo de producción capitalista.

Se hace pues necesaria ahora, la ubicación del proceso salud-enfermedad mental y la respuesta que a él se le dá en la forma-

ción socio-económica mexicana, centrando nuestra atención en las características que ésta asume a partir de la década de los 70's, en el contexto de la dependencia latinoamericana.

Este desarrollo socio-económico va a repercutir en los niveles de salud y de salud mental de la población, haciéndolo de una manera diferencial de acuerdo a sus diferentes condiciones de vida y de trabajo.

Pero va a condicionar también el tipo de acciones de salud emprendidas, es decir, la respuesta organizada que se ofrece a la enfermedad mental.

En este apartado empezamos haciendo referencia al estado de salud mental en América Latina para de ahí pasar a la caracterización de la formación socio-económica de nuestro país y de sus repercusiones más generales en la salud de las masas trabajadoras, finalizando con un esbozo de los elementos conformantes de la práctica psiquiátrica mexicana así como de la situación actual de la salud mental a la que pretende dirigir sus acciones.

I. La Salud Mental en América Latina

La enfermedad mental en América Latina ha merecido opiniones - diferentes: desde aquellas que niegan de plano su existencia - hasta las que no la consideran un problema mas que relacionado - con la diagnosis.

"Así tenemos sectores sumamente ideologizados que plantean de hecho la existencia de la enfermedad - mental, o la niegan en cuanto tal, pero señalan el crecimiento de los fenómenos de etiquetamiento, es decir, de la emergencia social de desviados"(154).

Tales afirmaciones aparte de corresponderse con concepciones políticas ideológicas en la mayoría de los casos o caer en discusiones de capilla - como lo señala Eduardo Menéndez- demuestran el desconocimiento de los problemas que plantean tanto desde el punto de vista médico como del político-ideológico.

En general se trata de estudios parciales esquemáticos que carecen de una percepción global de la salud enfermedad como proceso y específicamente de la salud-enfermedad mental.

Se desestima la importancia de la relación entre la enfermedad y los estratos sociales en que aparece, sin tomar en cuenta por ejemplo, la desnutrición (mal endémico en América Latina) y su relación directa con la enfermedad (no sólo con la debilidad - mental).

La guía del discurso se presenta divorciado o parcializado sin considerar el conjunto de factores que influyen en la aparición de la enfermedad.

Ocurre como si las enfermedades mentales constituyeran una suerte de 'compartimento estanco' respecto a otras enfermedades.

"La farmacodependencia, el alcoholismo o la debilidad mental aparecen secundarizados en la práctica profesional curativa, aunque a veces aparezca muy relevante en su práctica ideológica" (155).

Para ellos, la vinculación entre desnutrición y debilidad mental, fenómeno por lo demás alarmante en países de 'capitalismo dependiente', ni siquiera aparece en las fuentes de información, igual pasa con la epilepsia y la enfermedad mental laboral. Por ejemplo.,:

"En los dos seminarios convocados por la Organización Panamericana de la Salud para analizar los problemas de salud mental en América Latina se señalan con claridad algunas de las enfermedades de mayor incidencia y prevalencia en dichas áreas y su relación con el conjunto de otras enfermedades de mayor significación: en América Latina las enfermedades transmisibles producen con frecuencia lesiones que dejan como secuelas la deficiencia mental y la epilepsia. Estos casos unidos a los trastornos del metabolismo, los traumatismos del parto, la cisticercosis cerebral, la toxoplasmosis la desnutrición y el cretinismo constituyen una proporción muy importante de los trastornos mentales" (156).

Lo anterior no supone que no se señalen a las otras enfermedades o desviaciones de mayor prevalencia: alcoholismo, delincuencia juvenil, homicidio, toxicomanía y otras psicosis o neurosis.

La mayoría de los profesionales en salud mental abordan la discusión de esta problemática desde el punto de vista teórico pero sin una praxis médico-social acorde con él.

Este profesional constituye una de las caras en la manera de concebir la enfermedad mental: esta existe en sí y para sí, y es un recurso de acción ideológica política o académica, ajeno al conocimiento y de la inclusión social, política e ideológica de dicha problemática. El otro profesional se coloca en posición contraria. Lo hace dentro de los datos estadísticos, y

afirma que la enfermedad mental en América Latina no constituye un problema.

En esta afirmación también frecuente en países altamente desarrollados hay falacias importantes: por un lado, se confunde carencia de información con inexistencia del problema. Seminarios de la OMS señalan que más de la mitad de los países de América Latina no identifican las enfermedades mentales, ni calculan sus tasas y mucho menos se atienen a las normas de la Clasificación Internacional de las Enfermedades.

Pese a ésto, varios investigadores, aún reconociendo la inexistencia de datos globales no dejan de reconocer la gravedad del problema y aún el aumento de la incidencia de varias de las patologías más graves.

"Las pocas investigaciones existentes sobre alcoholismo y farmacodependencia establecen que los mismos se van convirtiendo en dos de los más graves problemas para la salud en algunos países de América Latina. El desarrollo de la inhalación de cementos no afecta sólo a sectores 'marginales', sino que está llegando a áreas rurales, constituyendo en algunos países una preocupación para las propias autoridades sanitarios" (157).

Pero ¿qué pasa en América Latina?. A pesar de los numerosos riesgos que implica tratar de hacer un enfoque de conjunto de los pueblos que conforman el continente desde el punto de vista de la salud-enfermedad y particularmente de la salud-enfermedad mental, existe un buen número de circunstancias y condiciones que son comunes a todos esos pueblos y que justifican en gran medida su tratamiento conjunto.

A continuación pretendemos ofrecer un cuadro general de la situación de la enfermedad mental en los países latinoamericanos. La desventaja más evidente de tal tipo de generalización, estriba en el hecho de que cada país se encuentra en distinto grado de desarrollo (o más bien subdesarrollo), y que aún dentro de-

un mismo país, puede haber regiones muy disímiles en cuanto al grado de bienestar y patología prevalente. Tal vez, la ventaja mayor resida, en que a partir de las observaciones generales se pueda llegar a un mayor conocimiento de la situación de estos países.

Las diferencias que se observan en el nivel de salud mental de los distintos grupos de población, así como la cantidad y calidad de los servicios de que se dispone, están relacionados con el grado de desarrollo económico-social que hayan alcanzado. Ahora bien,

"...el concepto de desarrollo varía de acuerdo a la concepción del mundo en que se apoya, en general, se refiere a una situación de bienestar común logrado por ciertos países en contraposición con otros llamados subdesarrollados o en desarrollo que aún no han alcanzado ese estado. La expresión desarrollo económico-social es de uso común: pareciera que la utilización del término correspondiera a una ponderación tanto de los factores económicos, como de los sociales, pero, en la práctica al tratar de clasificar un país, el factor económico es el factor determinante para que muchas naciones menos favorecidas establezcan programas de desarrollo en los que prevalece la mayor producción y consumo de bienes y en cambio se relegan los aspectos sociales" (158).

Los factores económicos, culturales y sociales que configuran el subdesarrollo, condicionan de una manera determinante la patología prevalente en las regiones y grupos humanos que se encuentran en esa situación. Esta relación ha sido reconocida con preferencia en el ámbito de las enfermedades somáticas, especialmente las que afectan a los niños; en las producidas por carencias nutricionales y en las enfermedades infecto-contagiosas.

"Se establece así el círculo vicioso de la miseria y la enfermedad en el que la pobreza, el medio ambiente insalubre y la existencia de patrones culturales indeseables son causa y consecuencia de ni-

veles precarios de salud. En el caso de enfermedades mentales y de los desajustes de personalidad no se ha atribuido a esta relación la importancia que realmente reviste. Esta negligencia se debe en parte a la falta de información, y en parte a una actitud de rechazo hacia todo lo relacionado con los desequilibrios de la mente, actitud que está enraizada en la tradición y en temores no conscientes, generadores de angustia" (159).

Como lo señala Daniel López Acuña, la situación de salud en un país depende, fundamentalmente de las condiciones generales de vida de la población y de la base económica y social en que ésta se produce; en mucho menor grado operan las intervenciones médico-sanitarias como determinantes. En consecuencia, la revisión de las condiciones de salud, constituye, en última instancia no una descripción, sino una exploración de la organización social y de la forma en que ésta se traduce en fenómenos de masas relativos a la salud y a la enfermedad (160).

Las estadísticas de mortalidad son la principal fuente de información respecto a la patología imperante en los países latinoamericanos. Solo en raras ocasiones las enfermedades mentales son causa directa de muerte, y no aparecen representadas en proporción a su importancia en la información que habitualmente arrojan las oficinas de estadística.

Las condiciones sociales de los países en desarrollo favorecen la mayor prevalencia de cierta patología mental: con todo, sólo en contadas instancias se dispone de información cuantitativa fidedigna que respalden dicha observación. Asisten razones para suponer que los cuidados insuficientes que se brindan a la madre y al niño, la frecuente prematuridad y las infecciones y traumatismos de la infancia -condiciones muy frecuentes en los países subdesarrollados- pueden dejar una importante secuela de daño cerebral, epilepsia y retardo mental en la población afectada. Se sabe así mismo que, en estos países existen fuertes corrientes migratorias internas y que en este proceso la

gente del campo que se traslada a los centros urbanos soporta el impacto de un conjunto de factores que dan origen a desequilibrios. Entre estos factores patógenos se destacan la adopción de nuevas tecnologías, el desempleo y el subempleo, la desorganización de las familias, la percepción de que existen objetivos inalcanzables y satisfacciones irrealizables. Los índices de desajuste social, que se traducen casi siempre en hechos violentos, son muy altos en esas poblaciones (161).

Los problemas de salud mental existentes en América Latina revisten una importancia similar. El público, los administradores y políticos en general perciben muy débilmente esos problemas y a menudo esa percepción está distorsionada por actitudes, creencias y tradiciones que dificultan un enfoque objetivo. A pesar de que el concepto de salud mental está incorporado teóricamente en todos los planes de salud, lo cierto es que, en la práctica no se le concede la prioridad que sería aconsejable. Se ha dado el caso de que en algunos países se crea una división, departamento o sección de salud mental que desaparece al cabo de cierto tiempo.

La estructura demográfica constituye un buen marco de referencia en el cuál se puede delinear el perfil de la salud mental de los pueblos latinoamericanos y su estado de avance socio-económico; se estima que sobre la población total, cerca del 42% es menor de 15 años (162,163).

Esta desproporción condiciona la existencia de numerosos problemas de salud, entre los que se encuentran los relacionados con la prestación de servicios generales de salud actualmente insuficientes, tanto para niños como para adolescentes. Lo mismo es válido para los servicios de salud mental y psiquiatría. El sistema educativo enfrenta un déficit de maestros y escuelas para la población escolar normal, situación que es mucho más grave en cuanto a la educación de niños retrasados y con trastornos de conducta.

La asistencia psicopedagógica a niños retrasados mentales ha sido tradicionalmente una función asumida por la iniciativa privada, que ha creado instituciones y contratando especialistas. Lamentablemente sólo se benefician los niños que viven en las grandes ciudades y cuyos padres pueden afrontar los costos involucrados.

En algunos países, los gobiernos se han propuesto corregir el déficit de servicios públicos y gratuitos para niños y adolescentes con problemas de conducta, mediante la capacitación de maestros especializados y el establecimiento de centros de educación diferencial, clínicas de conducta y de psiquiatría infantil, servicios de consultoría para las escuelas, pero el estado de desarrollo de estas iniciativas es incipiente.

Debido a la ausencia de información estadística confiable, que permita la recolección permanente de datos sobre mortalidad y morbilidad por enfermedades mentales, en varios países se ha recurrido a la práctica de encuestas. Estas investigaciones epidemiológicas se refieren a la prevalencia de enfermedades mentales, estimada a partir de observaciones sistematizadas que representan cortes transversales en un punto geográfico determinado y en un momento dado de la vida de la población. Con todo, no se han efectuado estudios de incidencia por la dificultad para establecer fechas de iniciación y sobre todo porque el seguimiento de poblaciones durante períodos prolongados es un método costoso que presenta numerosos problemas técnicos y administrativos, cuya solución no está actualmente al alcance de la mayoría de los países (164,165).

Varios estudios epidemiológicos han revelado que en los estratos socio-económicos bajos, de los países avanzados, existe una mayor frecuencia de retraso mental y epilepsia. Es lógico suponer que la prevalencia de estas enfermedades sea también elevada en los países subdesarrollados, donde existen circunstancias simi -

lares que pueden afectar adversamente el funcionamiento del sistema nervioso central: en este sentido, las encuestas realizadas en varios países latinoamericanos, confirman esta suposición.

En varias investigaciones realizadas en América Latina entre 1960 y 1975 se trató de determinar la tasa de prevalencia de las psicosis, neurosis y alcoholismo. En ellas, se agudizan las disparidades de criterios metodológicos y por consiguiente de los resultados que se obtienen; en cuanto a las psicosis y neurosis las tasas llegan a ser tan diferentes que se hace difícil establecer comparaciones. Es posible que las discrepancias entre los investigadores latinoamericanos se deban en buena parte a las diferencias en los métodos de exploración y criterios diagnósticos utilizados; las cifras que se encuentran son en ocasiones muy dispares: tal es el caso de las tasas registradas por Muñoz, Marconi y Horwitz (166) en Santiago de Chile, que indicaban tres casos de psicosis por cada mil habitantes, en tanto que las halladas por León y Colaboradores (167), en Cali Colombia fueron de 60 y 364 casos por 1000 habitantes respectivamente. Chile es el país de América Latina donde se ha realizado el mayor número de estudios epidemiológicos sobre alcoholismo; repetidas veces se ha encontrado una tasa de prevalencia de adicción al alcohol aproximadamente del 5% en la población mayor de 15 años (168).

La elevada prevalencia del retraso mental y de la epilepsia en ciertos países de América Latina, podría explicarse en parte por el hecho de los niños cuyas madres no han recibido cuidados obstétricos adecuados. De la misma manera, una alta proporción de niños no son debidamente protegidos frente a enfermedades relacionadas con el ambiente, a lo que se suma como factor coadyuvante la mala nutrición. En el caso del retraso mental hay que agregar otro elemento de importancia: los niños de las clases pobres, que constituyen la mayoría, no reciben en los primeros años de su vida suficientes estímulos psicosociales y co-

mo consecuencia algunos de ellos al llegar a la edad escolar, -
presentan un cuadro de retraso mental funcional, el cual se ma-
nifiesta en un rendimiento escolar bajo

En investigaciones efectuadas en otros países se han estableci-
do porcentajes de alcoholismo que van del 0.3 al 24%. Una vez -
más, las diferencias en las tasas de prevalencia se deben en -
parte a las discrepancias en la definición de 'enfermo alcohó-
lico'; en cambio cuando se engloba en una tasa única los casos
de 'adicción al alcohol' y de 'beber en exceso', como concepto
general, las diferencias no son tan grandes. Debemos señalar -
que existen numerosos países en los cuales hay indicios de una
alta prevalencia de alcoholismo, aún no confirmada por los es -
tudios epidemiológicos. (Anexo Núm. 1)

La mortalidad por cirrosis hepática, constituye un indicador -
indirecto del problema del alcoholismo. Según estadísticas de -
1969-1973, en 8 países de América Latina, las tasas de mortali-
dad por cirrosis hepática, ajustadas por edad eran superiores a
7 muertos por cada 100 , 000 habitantes; particularmente signi-
ficativas resultaron las de Argentina, Chile y México, países-
donde la razón entre las tasas correspondientes al sexo mascu -
lino y al femenino eran de 3 a 1 respectivamente (169).

Además del alcohol, el café y el tabaco, las sustancias más di-
fundidas en América Latina y cuyo uso produce dependencia, es -
el cáñamo Indio o la mariguana. Las escasas encuestas sobre su
consumo son de alcance limitado, especialmente por las dificul-
tades de carácter legal. Parece ser que el consumo de marigua-
na es fundamentalmente un problema urbano que afecta de prefe-
rencia a la población acolescente y a adultos jóvenes. Un as-
pecto que convendría investigar es la influencia de los medios-
de comunicación masiva que favorecen la difusión del consumo
de esta sustancia y de otros tipos de fármacos que producen de-
pendencia. Igualmente faltan investigaciones epidemiológicas -
sobre la magnitud del consumo de otros fármacos como los depre-
sores y excitantes del sistema nervioso central, los cuales se-

están utilizando con fines no médicos, afortunadamente en escala todavía reducida, en la mayoría de las grandes ciudades de América Latina. Aparentemente la frecuencia de su uso va en aumento en las ciudades con un proceso de industrialización avanzada donde se observan cambios en los patrones de vida (170, - (171).

El consumo de la cocaína en su forma alcaloide pura o de los opiáceos, no es un problema que revista grandes proporciones para latinoamérica, en cambio, la masticación de hojas de coca o coquismo es una práctica muy extendida en algunos países de la región cordillerana. Hace varios años se realizó en el Perú por el Ministerio de Salud Pública una amplia encuesta nacional sobre este hábito, cuyos resultados lamentablemente no llegaron a publicarse. En esta indagación se encontró una frecuencia -- del 13% de masticadores habituales en el promedio de la población general (172).

Las muertes violentas no son necesariamente la expresión de desequilibrios psíquicos, pero es innegable que los factores psicológicos tienen un papel importante hasta tal punto que su distribución, frecuencia y estilo, reflejan a manera de barómetro, el nivel de salud mental de las poblaciones. En América Latina las muertes violentas son muy frecuentes, tanto las auto-infligidas como las provocadas voluntariamente por terceros y por accidente. En América Latina se registran las tasas de homicidios más altas del mundo. En 1972, en 11 países, el homicidio estaba entre las primeras 5 causas de muerte en el grupo de -- edad de 15 a 44 años. En 1977, 7 países de América superaron la tasa de 10 homicidios por cada 100,000 habitantes y sólo 8 tenían tasas inferiores a 5 por 100,000 habitantes.

En América Latina se registran altas tasas de suicidio y homicidio y parecen desmentir dos creencias muy difundidas: la poca frecuencia del suicidio en países católicos en desarrollo y la existencia de una razón inversa entre suicidios y homicidios; -

ello se basa en la suposición de que la agresividad francamente expresada en actos violentos contra el prójimo no se manifiesta en autoagresión. Existe además, un hecho muy alarmante desde el punto de vista de la salud pública y de la salud mental y es la alta ocurrencia de suicidios en personas jóvenes, con proporción mucho mayor que la observada en otras latitudes(173).

La migración no dirigida y la urbanización desordenada han creado en las ciudades latinoamericanas barrios paupérrimos en los que habita un elevado número de migrantes en condiciones precarias. En cuanto a las condiciones de salud de esos pobladores se ha puesto de manifiesto la alta prevalencia de enfermedades somáticas, tasas elevadas de hechos violentos-especialmente homicidios y lesiones autoinfligidas- y mayores tasas de psicosis neurosis y alcoholismo, en comparación con las existentes en el promedio de la población. Hasta qué punto el alto índice de patología es causa o consecuencia de las condiciones socioeconómicas de los barrios marginales, aunque no es asunto para discutir aquí, resulta obvio. Se consigna el hecho de que en América Latina existen varios millones de personas que viven en esos barrios de emergencia, cuyo nivel de salud mental es muy bajo, que sufren enfermedades mentales y desajustes psicológicos en una alta proporción y que prácticamente no disponen de servicio alguno para aliviar esas condiciones y mucho menos de medios para prevenirlas.

"Los cambios relacionados con la urbanización rápida y la industrialización afectan no sólo a los habitantes de los barrios marginales o de emergencia -que sufren con mayor intensidad el impacto negativo de las transformaciones- sino al total de la población. Por ejemplo, la llamada 'familia extendida' que, por lo general y, especialmente en el medio rural, tenía una gran tolerancia con el enfermo mental, ha sido sustituida paulatinamente por el modelo de la 'familia nuclear', cuyos miembros trabajan o van a la escuela y que no sólo tolera menos al paciente mental sino que está muchas veces físicamente imposibilitado para atenderlo.- En los barrios de emergencia, y en menor porcenta-

taje en otros sectores urbanos, la situación es todavía más deplorable, ya que no sólo desaparece la familia extendida, sino que la familia nuclear no llega a constituirse o lo hace en forma incompleta frecuentemente con ausencia de la figura materna.- En estas circunstancias, la salud mental de todos los integrantes del hogar tiene un equilibrio inestable o bien tiene un franco desequilibrio; en especial los niños corren riesgos serios debido a la situación de abandono en que crecen" (174).

Puede decirse que la situación de la salud mental en América Latina está atravesando actualmente una situación crítica en lo que se refiere a sus niveles de salud mental expresados en términos de la patología prevalente, como en lo que atañe a la existencia de los servicios destinados a lograr su mejoría (175). Esta situación - de acuerdo a los informes revisados - puede deteriorarse aún más en los aspectos de salud mental propiamente dicha de la población y en la calidad cantidad y distribución de la asistencia, prevención y rehabilitación. En varios países se han emprendido reformas del sistema asistencial observándose una tendencia cada vez más pronunciada a la descentralización de los servicios, a la adopción de procedimientos terapéuticos modernos y a la diversificación de la asistencia. En la mayoría de las naciones, sin embargo, el sistema asistencial psiquiátrico continúa funcionando de acuerdo a los patrones tradicionales.

La corrección de las condiciones económico-sociales, que, en forma directa o indirecta, perjudican la salud mental escapa a la acción específica de las ciencias médicas, recayendo más bien bajo la responsabilidad de los grupos sociales y en la medida que se dé paralelamente un cambio estructural a nivel político, ideológico, social y económico.

Del mismo modo que resulta inverosímil pensar que del subdesarrollo puede pasarse al desarrollo económico, para el caso de los niveles de salud y de la patología existente en latinoamérica es utópico pensar que sólo en base a la planeación y me

mejor distribución de los servicios pueden abatirse los altos - - índices de morbi y mortalidad que nos aquejan. Y es que así como venimos definiendo la salud, ésta no es sólo la carencia de enfermedad, sino la satisfacción de las necesidades humanas que posibiliten el pleno desarrollo del individuo y de las colectividades. Una sociedad "sana" sólo puede ser aquella donde se - hayan abolido las relaciones de explotación capitalista.

El desarrollo socio-económico va a condicionar el aumento o - disminución en la tolerancia al enfermo mental y el incremento mismo de los índices de trastornos mentales. Pero también condiciona las formas de atención. El sistema capitalista, además de producir un aumento de bienes de consumo, produce un aumento de contradicciones y, con ellas, un incremento de las 'inadaptaciones a la norma'. Muy diferente es la respuesta que una sociedad con alto desarrollo económico y productivo dé al enfermo mental que aquella que caracteriza a los países subdesarrollados, donde uno de sus problemas además de las míseras condiciones de vida de las mayorías es el creciente desempleo.

"...La rehabilitación del enfermo mental en países donde no está resuelto el empleo es una ilusión técnica simultánea -- a la restricción máxima de la norma típica de una realidad - paleocapitalista. Nuestra economía no sabe qué hacer con los enfermos mentales recuperados, ni siquiera sabe qué hacer con aquellos que progresivamente van siendo marginados de la producción como excedente; lo cual significa que la - acción técnica-terapéutica capaz de hacer posible la rehabilitación del enfermo mental no puede ser actualmente aceptada como realizable en la práctica por nuestra situación político-económica " (176).

2. Caracterización Socioeconómica de México (1970-1980).

2.1. Aspectos Económicos 1960-70. Desarrollo Económico.

A finales de los años cincuenta, se suceden en el país transformaciones económicas, sociales, políticas, que en conjunto representan un cambio de rumbo en el desarrollo nacional y conforman un panorama distinto en lo que se refiere a la relación de los grupos sociales.

En lo económico se impulsa la estrategia de desarrollo mejor conocida como 'desarrollo estabilizador' cuya finalidad sería la de impulsar el crecimiento real sostenido del país.

En la década de los sesenta, al calor de tal política, el producto interno bruto crece en forma constante; la inflación cae a niveles inferiores en relación a décadas anteriores; se mantiene la paridad del tipo de cambio y mejora la participación de los sueldos y salarios en el ingreso nacional. En otras palabras, en esos años se produce lo que algunos llamaron el 'milagro mexicano'.

Detengámonos, así sea brevemente, en algunas de las tendencias que se observan en este período de relativa abundancia.

Un primer aspecto es que la agricultura, a diferencia de los años cuarenta y cincuenta, cuando es pilar de desarrollo; ahora mantiene un lento crecimiento e incluso disminuye su importancia en la economía nacional.

La industria, por su parte, se convierte en el eje vertebral del crecimiento; el proceso de industrialización avanza de manera importante, la estructura industrial se transforma, diver-

sifica, logrando una mayor integración. Cobran fuerza y/o surgen las ramas de bienes de consumo duradero y de productos intermedios; crece la industria energética y en menor medida, la de bienes de capital.

"Se inició un modelo de industrialización más profundo que abarcaría no sólo las industrias ligeras de bienes de consumo de tipo alimentario y textil, sino en la medida que se abría nuevamente el mercado de bienes de capital en Estados Unidos y dada la disponibilidad de divisas, un proceso más importante para desarrollar a ritmos elevados ramas como la siderurgia, cemento y los de bienes de consumo durable para el mercado interno" (177).

Incluso algunos autores han llegado a considerar que en estos años se inicia la segunda fase de la industrialización por sustitución de importaciones. En todo caso, se puede decir que el país transita de una situación de predominio de la agricultura a otra donde la industria cobra mayor importancia y se constituye en el sector fundamental del crecimiento .

Este proceso se acompaña o mejor dicho se finca, en cuatro factores esencialmente. Por un lado el Estado aumenta su incidencia en la economía y de hecho se convierte en componente fundamental del sector productivo e improductivo de la economía; multiplica sus funciones proteccionistas y reguladoras; amplía su participación directa en la producción; expande sus funciones como comprador y vendedor de servicios y mercancías, etc.

Así mismo, la gran industria, estatal y privada, se convierte en eje de la industrialización; dominando por completo las ramas dinámicas y condicionando el rumbo de las industrias 'tradicionales' ; en un proceso que va desplazando absorbiendo o determinando, la producción y la existencia misma de las medianas industrias así como de las pequeñas. Considérese que el 1.5% de las empresas en el sector industrial detentaba en 1965 el 77.2% del capital del sector; en comercio el 1.3% lo hacía -

con el 60.4% y en servicios el 1.0% detentaba el 63.6%; en el campo el 16.5% de los predios privados de más de 5 hectáreas - acapararon el 51.5% de las tierras de labor, el 58% del valor de la producción agrícola, el 66% del capital (178).

La inversión extranjera aumenta y se concentra principalmente - en las manufacturas, y dentro de estas, en las ramas e indus - trais base del proceso de industrialización.

Finalmente, al calor del crecimiento industrial y la consolida - ción de las empresas con alto grado de tecnificación y capita - lización; la productividad se redobla y el valor agregado cre - ce en forma importante.

El ' desarrollo estabilizador' pronto mostraría sus limitacio - nes; y si a finales de los años cincuenta logra 'oxigenar' la - situación económica nacional, para la década de los setenta los problemas se han agudizado y se expresan abiertamente.

Los desequilibrios intersectoriales se hacen más evidentes; el - medio rural enfrenta una situación crítica, dificultándose su - eslabonamiento con la industria y con el desarrollo de todo el - país. El comercio y los servicios crecen aceleradamente, hiper - trofiando sectores económicos y sucediendo lo que se ha dado en llamar, la 'terciarización de la economía'.

En el sector industrial el proceso ha fortalecido las indus - - - trias generadoras de productos intermedios y desde luego, de - los productos destinados al consumo de los sectores medios y al - tos de la población. Relegando el crecimiento de las ramas de - bienes de capital y de bienes de consumo no duradero. Ello a - - centúa los desequilibrios y desajustes en la producción, propi - ciando el crecimiento de las importaciones, de la compra de in - sumos, maquinaria, repuestos y tecnología que son requeridos - constante y crecientemente por el desarrollo industrial. Así -

mismo, se reduce la oferta de bienes de consumo popular; las de formaciones del mercado se profundizan y éste limita aún más su posible expansión;

"... mientras la tendencia hacia la concentración de la propiedad y de la producción agraria se seguía manifestando con mucha fuerza, la mayor parte de la población rural(...)... se veía obligada a emigrar a las ciudades originando una depresión latente en los salarios industriales. También se veía obligada a subsistir precariamente, casi desocupada en las regiones agrícolas. Estos fenómenos deprimieron la demanda de consumo agrícola e industrial y frenaron el desarrollo del mercado interno, especialmente en lo que se relaciona con la producción de bienes de consumo" (179).

La Secretaría de Programación y Presupuesto da cuenta de lo anterior:

"El proceso de industrialización atendió fundamentalmente la demanda de bienes de consumo duradero del grupo reducido de la población con los más elevados ingresos. Ello se corrobora al notar que los bienes de consumo duradero entre 1965 y 1975 elevan su participación en el producto interno bruto manufacturero del 4.6% al 11.6%, en tanto que los bienes de consumo perecedero reducen drásticamente su participación al pasar del 62% en 1960, al 38% en 1975. Paradójicamente el proceso de sustitución de importaciones se tradujo en requerimiento de insumos importados con frecuencia superiores, en términos de divisas, al ahorro de éstas, a que daba lugar" (180).

La gran industria se ha convertido en eje del proceso económico acentuándose la heterogeneidad y las desigualdades en la realidad nacional. El camino seguido no conduce a una mejor distribución del ingreso, sino que concentra todavía más la riqueza y el ingreso, agudizando viejas deformaciones del mercado. La inversión extranjera fortalece sus actividades en medio de un mundo en crisis. Las medianas y pequeñas industrias enfrentan crecientes dificultades. El estado se apresta a hacer frente

a tal situación en el marco de un nuevo desarrollismo: el llamado 'desarrollo compartido'.

2.2. Agotamiento del Patrón de Acumulación.

A finales de los años sesenta y principios de los setenta, se configura una situación que anuncia que el patrón de acumulación seguido hasta ese entonces (llamado de sustitución de importaciones), mostraba rasgos de agotamiento, reclamándose de modificaciones urgentes en la estructura económica del país.

A esta situación económica, se vinieron a sumar desajustes propios del ciclo económico; lo que en conjunto derivó en una pérdida del dinamismo de la economía nacional y posteriormente, en 1976, con la devaluación de la moneda y el reconocimiento oficial de la crisis.

Desde 1970-1971 se manifiesta la caída en la tasa de inversiones, principalmente de la privada; acompañada de la subutilización de la capacidad productiva instalada. El producto interno bruto disminuye su crecimiento y el producto agropecuario desciende a tasas inferiores a las sostenidas por el crecimiento demográfico e incluso, en 1977, decrece en términos absolutos.

Al calor del 'desarrollo compartido' y frente a la problemática que se le presenta, el Estado incrementa su inversión, llegando a cerca del 50% de las inversiones totales; el gasto y la deuda pública se elevan considerablemente, (el mismo fenómeno ocurre con el circulante monetario).

Por otro lado, la inflación alcanza niveles de entre 15 al 20%; el desempleo se multiplica y en suma, el panorama para el campo de las ganancias no se presenta tampoco muy alagador.

El gobierno de José López Portillo asume la administración sexe-

privada se retrae, el PIB tiene menores tasas de crecimiento. El gobierno formula una serie de medidas tendientes a atenuar tal problemática; sin embargo, el repunte de la economía nunca llega a consolidarse y menos a ser duradero; los obstáculos y limitaciones a los que éste se enfrenta, en vez de encontrar solución, se agravan y de una reanimación inestable e incierta, el país transita a una situación abierta de crisis.

La reanimación de la vida económica de finales de la década ha agudizado viejas deformaciones y desequilibrios de la estructura económica; lo que, aunado a factores propiamente coyunturales, configuran en conjunto, un panorama nacional crítico que desemboca en las medidas gubernamentales adoptadas en septiembre de 1982, como la nacionalización de la banca y el control de cambios. En efecto, al tiempo que existe una paralización de la inversión productiva, sobre todo de la iniciativa privada de otro lado, proporciones importantes del excedente se dirigen a la especulación y al parasitismo. La economía sufre una suerte de dolarización y de fuga de capital, perdiendo fuerza económica la moneda.

El capital financiero se muestra cada vez más agresivo ante su creciente dominio en la sociedad apoyado directa e indirectamente por la política económica del régimen en turno. La utilización del gasto público, el endeudamiento externo, la creación de circulante monetario, son medidas que no logran salvar la crisis sino por el contrario, provocan una aceleración de ésta. La inflación se dispara y el desempleo crece considerablemente; se ahonda la desigual distribución del ingreso. En el medio rural la crisis agrícola sigue su curso.

La importación de repuestos industriales, de maquinaria y de tecnología, es cada vez más gravosa para la economía: los centros financieros internacionales elevan las tasas de intereses al tiempo que los países desarrollados descargan en los nuestros, los efectos más perniciosos de su propia crisis, lo que

en conjunto disminuye considerablemente las divisas y las expectativas que levantara el petróleo, como sostén del desarrollo nacional. Es así que, la agravación de los problemas internos ocurre y en buena medida se explican por un contexto internacional que también es desfavorable.

En suma, nuestro país vive desde finales de la década de los sesenta a nuestros días, una crisis de la estructura económica. Se trata de una crisis de larga duración que expresa un agotamiento del patrón de acumulación seguido hasta entonces y que en su solución, demanda cambios que posibiliten un nuevo impulso a las fuerzas productivas de la sociedad.

A lo anterior, se agregan los desequilibrios derivados del ciclo económico; problemática que responde a una dinámica más ligada a la evolución de las expectativas de ganancia pero que en conjunto provocan una situación nacional de crisis, donde se interrelacionan los fenómenos coyunturales con los estructurales.

Los distintos grupos y clases de la sociedad, las organizaciones de la sociedad civil, han propuesto diversos proyectos de solución a la crisis; el Estado ha impulsado distintas medidas tendientes a atenuar los desajustes de coyuntura, al tiempo que prueba políticas encaminadas a la solución de los problemas más de fondo.

2.3. Repercusiones de la formación social-mexicana en la salud-enfermedad de la población.

Las características del desarrollo económico de nuestro país en el contexto de una economía dependiente van a repercutir en los distintos órdenes de su vida social.

Como ya se ha señalado, el proceso de industrialización que

se inicia en la década de los 40's permitirá la sustitución de importaciones que ubicará la economía mexicana dentro del sistema capitalista internacional con las características propias también asumidas por el resto de los países latinoamericanos - como economías dependientes.

Sabido es también que tanto en México como en el resto de los países latinoamericanos -exceptuando a Cuba y Nicaragua- cada vez se deteriora más el nivel de vida y de salud como resultado de la dependencia económica que tienen con respecto al capitalismo internacional.

" El desarrollo capitalista ha repercutido en diversos órdenes de la vida social, creando serios problemas que no pueden encontrar solución dentro de los marcos de la estructura y la organización social existentes en nuestro país. Los problemas - ocasionados tanto por la dinámica del desarrollo capitalista a nivel mundial como por las características particulares que el capitalismo ha adoptado en México, influyen de manera directa o indirecta, mediata o inmediata, en la problemática de salud de la población. Se configuran cuadros de enfermedad que son producto de determinadas relaciones sociales de producción que mantienen los individuos en una formación social históricamente determinada para apropiarse de la naturaleza y -- producir los medios necesarios para su subsistencia " (181).

Las características del desarrollo capitalista van a repercutir no sólo en el menoscabo de las condiciones de vida de las clases trabajadoras sino también en las propias políticas de salud emprendidas por el estado mexicano y en las posibilidades mismas de acceso real de los diferentes sectores sociales a los sistemas de salud y atención médica.

¿ Cuáles serían estos factores estructurales y por tanto inherentes al sistema económico social y político mexicano que se expresan también en los niveles de salud de la sociedad en su conjunto ?

Tratemos pues de mencionarlos, partiendo de una revisión rápida de algunos de tales fenómenos.

En cuanto al desempleo, como un problema propio del desarrollo capitalista, producto de las leyes objetivas que en él imperan, tenemos que en México también se cumple la ley general de la acumulación capitalista expresada por Marx, en el sentido de que conforme mayor riqueza social se produce, mayor es también la magnitud del proletariado, mayor su capacidad productiva y creciente el volúmen de desocupados.

"El desempleo y la concentración de la riqueza en pocas manos son productos de un esquema de desarrollo propiciado por el estado. El resultado de ese modelo es hoy el siguiente: ocho millones de subempleados o desempleados encubiertos, un millón 400,000 desempleados abiertos y más de 700,000 personas sin absolutamente ningún trabajo e ingreso. Paralelamente, se dió un acaparamiento de la riqueza: el 5 por ciento del total de familias - 500,000 - poseen más del 25% del ingreso familiar. El 10 por ciento de las familias más pobres han visto disminuída sistemáticamente su participación en el ingreso familiar. Paralelamente, el 10 por ciento de las familias más ricas aumento su participación en el ingreso familiar" (182).

A pesar de las políticas del Estado en el sentido de crear más empleos, el problema del desempleo y subempleo en nuestro país, se ha agudizado a la par que la crisis económica por la que se atraviesa.

Aunado al problema del desempleo y subempleo está el proceso inflacionario acelerado que sólo para 1980 fué del 29.3%, así como la política de "topes salariales" que limita las reivindicaciones económicas de la clase trabajadora.

Es evidente que el desempleo va a afectar sobre todo y en lo fundamental a la clase trabajadora, teniendo implicaciones directas en su salud. Como lo expresa Raúl Rojas Soriano, estas re -

percusiones se van expresar tanto en el obrero despedido como en el seno del grupo familiar al que pertenece. Para el caso del obrero despedido, se ha comprobado que existe un aumento de secreción de noradrenalina, es decir, de uno de los síntomas propios del stress que se prolonga por períodos variables, después del despido del obrero. La reacción del stress está relacionada causalmente no sólo con enfermedades como la hipertensión, úlcera, enfermedades cardíacas, etc. sino también con la salud mental del trabajador. Varios estudios han demostrado la relación directa entre desocupación y los problemas psiquiátricos, la drogadicción y el suicidio (183).

Respecto al grupo familiar, el desempleo trae como resultado inmediato la falta de medios de subsistencia necesarios para conservar la salud (nutrición adecuada, vivienda cómoda, vestido suficiente, etc.). De acuerdo a datos oficiales para 1975, -- el 69% de las familias tenía un ingreso mensual hasta de 3 mil pesos (184). Ingreso totalmente insuficiente para satisfacer las necesidades mínimas de cada familia.

La Desnutrición. En este campo, un alto porcentaje de la población mexicana se encuentra desnutrida. La mayoría de la población rural está desnutrida al igual que amplios sectores urbanos. De acuerdo a datos otorgados por el Sistema Alimentario Mexicano 35 millones padecen desnutrición.

"Los efectos de la desnutrición en el desarrollo físico y mental han sido comprobados en varios estudios experimentales por lo que puede decirse que ' la desnutrición a una edad temprana, produce un severo retraso en el desarrollo físico y reduce la capacidad craneana, lo que provoca que el cerebro no alcance el tamaño normal' " (135).

El problema de la desnutrición en nuestro país continuará agravándose, ya que el desempleo y el proceso inflacionario crecientes conducen a amplios núcleos de la población a sufrir este problema y a enfrentar sus consecuencias, y lo que es peor, a

reproducirse como fuerza de trabajo en condiciones completamente desfavorables.

En México, la desnutrición es una enfermedad que afecta en lo fundamental a las masas trabajadoras configurando el cuadro patológico mexicano caracterizado por las enfermedades infecto-contagiosas.

"Las consecuencias de la desnutrición (anemias, avitaminosis y otras deficiencias nutricionales) se traducen en daños a la salud de la población. En 1975 la desnutrición originó en nuestro país 12011 muertes y en 1976, 10 034 (SPP). La desnutrición afecta principalmente a la población infantil, tanto en el desarrollo físico y mental como en la disminución de las defensas del organismo para hacer frente a agentes patógenos que provocan enfermedades infecciosas" (186).

Respecto a la vivienda, en México es un grave problema vinculado a la emigración del campo a las ciudades, dándose un gran déficit habitacional que se refleja en el alto índice de hacinamiento.

Junto a lo anterior, el acceso desigual a la educación así como la contaminación ambiental, conforman un marco en el que prevalece un estado de miseria, insalubridad y desnutrición, que atenta constante y cotidianamente contra la salud de las grandes masas trabajadoras.

3. La Salud Mental en México.

En nuestro país podemos decir que si la salud en general de la población es desatendida, el descuido se agudiza tratándose de la salud mental. Ocurre, que los recursos disponibles (escasos de cualquier forma), son destinados para enfrentar otros graves problemas como son las enfermedades infectocontagiosas u otros padecimientos que repercuten más directamente en los niveles de productividad.

Sabemos que en México existe además una política de discriminación a nivel institucional hacia el enfermo mental. Baste mencionar que las instituciones del sector salud tan poderosas económicamente como el ISSSTE o IMSS que cubren la atención de millones de derechohabientes, no han desarrollado los recursos físicos para la atención hospitalaria del enfermo mental. Esta tarea recae sólo en la Secretaría de Salubridad y Asistencia, misma que paradójicamente es la que percibe menor presupuesto federal entre las instituciones del sector salud.

"El IMSS es la institución que goza de mayores ventajas económicas. De 1971 a 1979 su presupuesto creció 4.5 veces, a precios corrientes, y en la actualidad sobrepasa los sesenta mil millones de pesos. Es el ejemplo más acabado de la concentración de recursos para la reproducción de la fuerza de trabajo entre el proletariado industrial, a través de las acciones de salud y seguridad social. En este sentido es de gran importancia el análisis del financiamiento del IMSS. Si bien los recursos propios, es decir, las aportaciones obrero-patronales constituyen casi el 90 % de los fondos, el 10% restante, aportado por el gobierno federal, es casi la mitad del presupuesto destinado por el Estado a la SSA. Esto tiene una lógica muy clara en un patrón de desarrollo acumulativo de capital basado en una industrialización creciente: el Estado subsidia la reproducción de la fuerza de trabajo calificada y le concede, proporcionalmente más recursos que a la atención de los sectores campesinos, del suproletariado y de los desempleados... (...)...El puro gasto en salud del IMSS es casi tres veces mayor que el -

nal atendiendo, en el plano económico, las manifestaciones más severas del ciclo y en particular, diseña una política anticrisis que sirve para recuperar la confianza perdida de algunos sectores sociales.

En concordancia con el Fondo Monetario Internacional, se implementan los lineamientos para la recuperación económica. Se reorienta la inversión pública; se reduce relativamente el gasto público y se empieza a tratar de administrar la inflación.

Así mismo, se impulsan medidas tendientes a resolver problemas económicos de más fondo. Se acelera la explotación de los recursos petroleros, en parte para captar recursos que se destinarán hacia la producción de bienes intermedios y de capital. Se trabaja para el saneamiento de la estructura productiva atacando especialmente el problema agrario; se readecúa la estructura financiera, con la creación de la banca múltiple; se reestructura el gasto público y se reorienta la inversión estatal entre otros factores.

Los resultados saltan a la vista: entre 1977 y 1980 el producto interno bruto crece en forma continua; la inversión hace lo mismo; el sector industrial se expande y tiende a una mayor diversificación, impulsando la industria de energéticos y bienes de capital. El empleo aumenta a razón de 5% anual; las exportaciones manifiestan un comportamiento ascendente.

Se puede decir entonces, que a partir de 1977, la economía transcurre por una etapa de recuperación; fincada principalmente, en la explotación de los recursos petroleros y en la mayor productividad de la mano de obra.

En ese contexto, en 1981 hay un recaimiento de la actividad económica. El peso se devalúa, la inflación se dispara, la deuda externa se incrementa en forma importante, la inversión--

presupuesto total de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y el gasto en seguridad social una y media veces más grande" (187).

Tanto el IMSS como el ISSSTE, han seguido la política de subrogar los servicios a enfermos mentales a instituciones privadas y oficiales, mediante pagos raquíuticos que favorecen la mala calidad de la atención médico-psiquiátrica. Es más, de acuerdo a sus propios reglamentos, el enfermo mental crónico, al cabo de 52 semanas de evolución de su padecimiento, pierde el derecho a continuar recibiendo atención. Por esta razón, inevitablemente llegarán el enfermo y/o sus familiares, a solicitar atención a los hospitales de la SSA; situación que va a originar el que la institución oficial con menos recursos económicos y mayor proporción de habitantes a los que se supone debe dar atención sea el único organismo del Estado que posea instalaciones para este tipo de enfermos.

En relación a los servicios de salud y a su orientación, Daniel López Acuña señala que:

"El análisis de los servicios (de salud mental), y de las instituciones sociales cuyo fin es evitar y enfrentar los daños generados por el proceso salud-enfermedad (mental), resulta un instrumento útil para identificar y caracterizar la orientación de las políticas económicas, políticas y sociales emprendidas por el Estado ante las necesidades, los problemas y las demandas de salud de la mayoría. Revela la situación histórico-política e ideológica en este campo, y, naturalmente, muestra la dinámica y el escenario económico y social de la sociedad en su conjunto" (188).

En el siguiente punto de este capítulo abordaremos la caracterización de la práctica psiquiátrica en nuestro país. Por ahora solo señalar que si bien los recursos son escasos, no se justifica el abandono hacia el trastorno mental como problema social y como fenómeno que representa además grandes sufrimientos para los afectados.

Revisando las declaraciones oficiales acerca de la salud mental, se observa que en general hay un reconocimiento de su magnitud a nivel social y una preocupación por abordarla también "socialmente".

Por ejemplo, en un artículo, el Dr. Ramón de la Fuente plantea la necesidad de abordar la salud mental como parte de la salud general pues, ambas dependen de las condiciones de la sociedad tales como la estabilidad económica, la educación, la convivencia social, la integración familiar, y también "determinantes más específicas como el empleo, la habitación, etc.," (189-190).

Se reconoce también que al igual que el resto de Latinoamérica --en nuestro país, la salud mental presenta una situación de abandono contradictoria al creciente aumento en los índices de enfermedad mental.

Según la Organización Mundial de la Salud (191), en el mundo hay actualmente cerca de 40 millones de personas que, en un momento dado de su vida, sufren padecimientos mentales severos. Cuando menos, el doble de esta cifra está seriamente afectado por su dependencia a las drogas, los problemas relacionados con el alcoholismo, el retraso mental y los trastornos orgánicos del sistema nervioso. Las estimaciones acerca del número de personas que sufren enfermedades menos graves, pero en algún grado incapacitantes, varían mucho, pero la cifra no es inferior a 200 millones de personas. En muchos países, las enfermedades mentales son la causa de incapacidad principal en dos de cada 5 personas inválidas, y en los países industrializados, en una de cada tres camas de hospital se atiende a un paciente psiquiátrico. Tanto en los países avanzados como en los subdesarrollados, cerca de una quinta parte del total de las personas acude a los servicios médicos para solicitar atención a algún tipo de trastorno mental.

No es fácil hablar de la salud mental en México en términos

numéricos, porque las cifras con que se cuenta, derivadas en su mayoría de encuestas epidemiológicas, cuyos defectos no pueden dejarse de lado, abligan a ser cautelosos, pero podemos decir que ni los tipos de desórdenes mentales que ocurren en nuestra población de 68 millones de habitantes, (55% de ellos mayores de 15 años), ni la prevalencia de los que son más incapacitantes, difieren sustancialmente de los que se identifican en otros países.

Las alteraciones mentales gravemente incapacitantes afectan al menos al 1% de la población en un momento dado y al 10% de los individuos en alguna etapa de su vida (OMS 1975). Se ha calculado que la prevalencia de enfermos psicóticos oscila entre 10 y 14 por mil habitantes; la epilepsia que suele cursar con trastornos severos de comportamiento, tiene una prevalencia que oscila entre el 0.9 y el 2.1%. Se considera que hay 12 por mil personas que sufren retraso mental (incluyendo un 75% de casos leves). Partiendo de que aproximadamente el 8% de la población en América Latina la constituyen los ancianos, se considera que los trastornos psiquiátricos seniles aumentan a medida que crece la expectativa de la vida. El síndrome depresivo afecta al 10% de la población general de más de 65 años y la demencia se presenta en el 6% del mismo tipo de población (192).

Las diversas formas de farmacodependencia son más difíciles de cuantificar, sin embargo, el consumo de marihuana y la inhalación de sustancias volátiles son las formas más frecuentes, seguidas del abuso de las anfetaminas y de otras drogas psicótropas, particularmente drogas sedantes y tranquilizantes. El consumo de cocaína se limita a adultos de condición socioeconómica alta. Las drogas "duras" como la heroína, causan víctimas en la frontera norte. Una encuesta estima que hay entre 5 000 y 8 000 heroinómanos en el país (193).

En nuestro país, el alcoholismo afecta por lo menos de 6 a 9 por mil habitantes. La mortalidad por cirrosis hepática, uno

de sus indicadores más usados, no ha variado en los últimos 5 años y figura en el noveno lugar entre las causas de mortalidad general, con una tasa de 20 por 100 000 habitantes (194).

La relación entre el uso del alcohol y los actos de violencia en la forma de accidentes y homicidios, es muy seria. Según datos de la Dirección de Bioestadística, en la República Mexicana, en 1976, los accidentes ocuparon el cuarto lugar como causa de mortalidad general, con una tasa de 39.7 por 100 000 habitantes (195). En una proporción elevada de los casos de violencia, no menor de 50% el alcohol ha intervenido como causa más frecuente y también no menos del 18% de los accidentes de tránsito. Otro indicador indirecto de la salud mental son las tasas de suicidio. Las cifras varían entre 2.5 y 4.5 por 100 000 habitantes (196).

En otro orden de cosas, conviene mencionar que varias investigaciones afirman que 7 de cada 100 niños sufren formas severas de desnutrición y 1 de cada 4, tiene deficiencias nutricionales. Aunque según estos epidemiólogos en salud mental, las consecuencias en el desarrollo tanto físico como mental, "son difíciles de cuantificar", se reconoce que "sin duda son graves". Quienes sobreviven a estas deficiencias, que se inician desde la gestación no se recuperan del todo aun cuando se alimenten bien durante las fases subsecuentes de su desarrollo (197).

La incidencia y la prevalencia de los desórdenes de la personalidad y de las neurosis son aún más difíciles de estimar. Algunos estudios sugieren que, por lo menos, la quinta parte de los enfermos que acude a los centros de salud y a la consulta externa de los hospitales parece algún trastorno psiquiátrico que requiere atención. Se trata generalmente, de enfermos que se quejan de síntomas somáticos y como el tratamiento que reciben no es el adecuado, suelen convertirse en asiduos visitantes de los servicios (198).

En una investigación realizada en los 25 Centros de Salud Mental del Valle de México, se muestra que el 50% de la población atendida, oscila entre los 6 y los 12 años de edad. Unicamente el 23% de la población atendida corresponde a niños de 0 a 6 años.

Del total de pacientes se observó que el 32% fue atendido por trastornos de la conducta; el 24% por trastorno transitorio de inadaptación y el 17% por neurosis.

El 67% de la población pertenece a un nivel socioeconómico bajo. Con respecto al origen de los trastornos que presenta la población atendida, se encontró que según la apreciación de los Centros mismos, los problemas son de origen ambiental en un 70%.

Sin embargo, a pesar de la inclusión de lo social en la explicación de la génesis del trastorno mental, resulta que en la práctica el 67% de los centros utiliza terapia a base de medicamentos.

Igual que para la salud en general para la salud mental, el Dr. Ramón de la Fuente, Director del Instituto Mexicano de Psiquiatría, reconoce que existe una patología de la pobreza y otra de la riqueza, tal como lo mencionaban Celis y Nava para el estudio comparativo que realizan entre pacientes privados y del Hospital General. (199)

" Los cambios socioeconómicos y culturales bruscos que se originan en la migración de las familias del campo a la ciudad, trastornan los sistemas tradicionales de apoyo social, debilitan los valores establecidos y favorecen el incremento de problemas psicosociales tales como el alcoholismo, la farma codependencia y la delincuencia. El desempleo es sin duda uno de los factores determinantes de la violencia y de la delincuencia, y las condiciones de vida en las grandes urbes son deletereas para la salud mental de las poblaciones. Como la salud general, la salud mental se imbrica en la trama general de la vida de los nueblos " (200).

Frente a esta situación, en nuestro país, lo que ha prevalecido

es un sistema médico (psiquiátrico), que otorga servicios de segunda clase a ciudadanos de 'segunda' clase.

La naturaleza misma de este tipo de servicios determina que este sistema esté crónicamente por debajo de sus necesidades financieras con el resultado de que un personal de salud mental - muy reducido debe ocuparse de demasiados enfermos; de que los servicios son episódicos, fragmentarios y de baja calidad. Como los pacientes reciben los servicios más como un favor que como un derecho, no están en posibilidad de exigir consideraciones; inevitablemente el servicio va a tender a ser impersonal, apresurado y sin tomar en cuenta las necesidades humanas.

4. Caracterización de la Psiquiatría en México.

El saber y la práctica psiquiátrica como interpretación de un fenómeno y respuesta al mismo, no escapa al determinismo social desde que ellos mismos constituyen parte integrante de la formación económico - social . De este modo, las mismas condiciones que se ejercen sobre el todo social tienen una repercusión sobre estos aspectos particulares.

La psiquiatría mexicana actual, (como la formación económico - social), se explica en el contexto de la articulación con el saber del país bajo cuya hegemonía se encuentra, y las características propias que el propio desarrollo histórico de México le confiere.

La historia psiquiátrica mexicana, puede ubicarse en dos grandes momentos en relación con el modo de producción dominante.

- a) FASE COLONIAL. Como colonia de una Metrópoli, el quehacer psiquiátrico gira alrededor de los dictados españoles. La obra de Fray Bernardino Alvarez (Hospital San Hipólito en 1566) refleja el carácter proteccionista de la psiquiatría. En esta fase, se funda también el Hospital de "La Canoa" para enfermos mentales que en el año de 1700 cambia su nombre por el de "El Divino Salvador".
- b) LIBERALISMO NACIONAL. Con algo de retraso si se compara con otros países, la psiquiatría pasa a manos del Estado hacia 1831, aunque no se formaliza sino hasta 1877 con la creación de la Dirección de la Beneficiencia Pública. Este hecho es de importancia pues marca la intervención estatal en el campo de la salud mental. Parafraseando a Carlos Rodríguez Ajenjo:

"...La creación de la asistencia pública, y por esta vía la administración de las instituciones asilares existentes, consagra la intervención del Estado en este campo, administración que persiste hasta el momento" (201).

Con la gran carga y contenido positivista de la época, el Estado liberal reproduce los modelos de asistencia psiquiátrica extranjera, principalmente los ingleses y franceses.

Desde la primera legislación sobre enfermos mentales (1838 a - aproximadamente) hasta la creación del Manicomio de la Ciudad de México ("La Castañeda"), en 1910, transcurre poco tiempo.

"...sin embargo la realización de la institución -- única en el país en 1910, significa un salto muy - amplio con respecto a la conceptualización previa - del tratamiento psiquiátrico; es la correspondiente 'medicalización' de la locura; es el arribo de la - psiquiatría como instrumento del poder, del Estado - y de su clase" (202).

El manicomio "La Castañeda", se consagra al tratamiento 'moral' como la alternativa que el orden y el progreso ofrecen a la locura; alternativa que, por otro lado, subsiste hasta nuestros días. En este período por lo tanto, se adonta el punto de vista extranjero (francés básicamente) y se consolida en plena - dictadura porfirista, el embrión del 'modelo' psiquiátrico me--xicano.

Entre los años 1920 y 1950, hacen su aparición, métodos tera - péuticos como la insulino-terapia y el electrochoque, que aún - actualmente se aplican en los hospitales psiquiátricos y que - en muchas ocasiones además de poder poner en peligro la vida - del paciente, representan verdaderas torturas, "castigos" para el enfermo de sala agitado--inquieto, y cargan el ambiente hos - pitalario de más autoritarismo y represión.

La base para tales terapias se encuentran en concepciones bio-

logistas del trastorno mental ya antes analizadas (Kraepelin), que suponen que con este tipo de acciones es posible corregir - por lo menos sus manifestaciones.

De todas formas, en los casos en que llegan a tener resultados, sería de suma dificultad conocer si es debido a algún efecto - realmente terapéutico o más bien a una modificación que se ob - tiene sobre la conducta del paciente dispuesto a comportarse - como se espera de él con tal de no sufrir más estos tratamien - tos.

La reeducación del enfermo mental y la ergoterapia entran for - malmente en escena en 1943-45 en la Granja de Recuperación de - Enfermos Mentales Pacíficos de San Pedro del Monte, Guanajuato. Más adelante, en 1952, con la síntesis de los primeros psicofá - macos y los resultados que empíricamente se obtienen sobre los - enfermos mentales con estas substancias, viene lo que se ha lla - mado ' la segunda revolución psiquiátrica ' .

Las implicaciones del uso de estos medicamentos fueron muchas. - La más importante quizá, fué la posibilidad de obtener remisio - nes de los cuadros psicóticos en los pacientes, lo que no equi - vale a decir cura, sino únicamente inhibición de sus manifesta - ciones, permitiendo a los enfermos llevar una vida relativamen - te mejor que cuando su único destino era el manicomio. El - significado que este tipo de tratamiento tuvo para la industria de medicamentos es obvio. En cuanto a su significado para los - pacientes, como no todos los padecimientos mentales resultaron igualmente susceptibles de controlarse con los psicofármacos - conocidos, este nuevo giro de la psiquiatría llevó a hacer una nueva división entre los enfermos: aquellos que responden al - tratamiento farmacológico y aquellos que no lo hacen. El primer grupo es definido como "recuperable" o "agudo", y el segundo - como "irrecuperable" o "crónico". A esta nueva reagrupación - corresponde, por supuesto un nuevo trato.

La llamada 'Operación Castañeda' es reflejo de lo anterior. En las últimas décadas de existencia del Manicomio general, el uso de los psicofármacos dividió a sus pacientes en los dos grupos mencionados. Para 1967, se cierra definitivamente la 'Castañeda' y sus habitantes son transferidos a los dos nuevos tipos - de institución que actualmente conocemos: los recuperables en su mayoría al Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" - (dependiente de la SSA), en donde el período promedio de días estancia aunque teóricamente es de 60 días en la realidad llega a ser hasta de 6 meses; y los irrecuperables, a los hospitales-campestres donde comunmente permanecerán el resto de sus vidas.

En cuanto a los recuperables, como pueden en algunos momentos - convertirse en 'crónicos', si éso sucede, irán también finalmente al hospital campestre después de un período variable de reingresos en el hospital para agudos.

Una más de las repercusiones de la revolución farmacológica fué la posibilidad de abaratar el costo de la atención de los enfermos mentales para el Estado, ya que los únicos períodos en que se debe hacer cargo de ellos es en los brotes no controlables - ambulatoriamente, y el resto del tiempo es la familia quien se ocupa de estas personas. Así es como a fines de 1960, la psiquiatría mexicana acepta la demanda social que corresponde a su función y logra abatir costos que la crisis fiscal no permitiría seguir elevando.

La repercusión de la farmacología psiquiátrica sobre la concepción de la enfermedad mental, fué la de reforzar los criterios biológicos, apoyándose en la demostración de la alteración bioquímica cerebral que los medicamentos corregían. Sin embargo - el peso de este argumento es similar al que tendría para la Medicina en general el del microorganismo como causa única de la enfermedad. Como dice Guinsberg,

"... la relación que se establece entre factores -
psíquicos y somáticos es tan grande que la sola -
presencia de alteraciones orgánicas no es seguro -
índice de que ésta sea la causa del mal" (203).

A partir de 1960 surgen en el país programas de Psiquiatría Co-
munitaria, como uno de los intentos de enfrentar la crisis -
provocada por las contradicciones propias de las instituciones.
Este nuevo giro hacia la llamada Psiquiatría Social ,

"... permite extender el campo de acción médico y -
psiquiátrico, a un proporción cada vez mayor de --
la sociedad, con lo que el poder político de élla -
se incrementa. Esto nos lleva a la necesidad de re-
visar el significado de la función del Estado den -
tro de este campo" (204).

Con un estudio minucioso de la cuestión, es posible observar --
claramente la intervención del Estado en México, tanto en la -
práctica como en la formación de recursos humanos y, aunque en-
forma indirecta (ya que entra por la vía de la imitación de --
las concepciones norteamericanas y europeas) de la conceptuali-
zación de la psiquiatría. Sin embargo, la única relación que -
se acepta oficialmente entre Estado e Instituciones psiquiátri-
cas es de subsidio para servir a la sociedad, especialmente a -
los sectores más necesitados; las relaciones de control, de o -
cultamiento y otras implicaciones ideológicas y políticas son -
sistemáticamente negadas. A pesar de éllo, hay un vínculo vi-
sible entre Estado e Institución, que es la legislación civil-
y penal en lo que se refiere al personal médico y a los enfer -
mos mentales, cuyo análisis ayudaría al esclarecimiento de este
punto.

En la formación económico social mexicana, la práctica psiquiá-
trica profesional mayoritariamente usada es la de las institu-
ciones públicas y éstas a través del Estado sufren el dominio-
de la clase capitalista. El saber y la práctica populares son
prácticamente aplastados por el conocimiento profesional (no -

siempre tan científico como se ostenta), y no por eso dejan de existir, pero se ocultan y en las investigaciones realizadas a través del filtro de la atención institucional son difíciles de descubrir.

En cuanto a la práctica psiquiátrica oficial, su objetivo es - más que la curación de los enfermos, la segregación de quienes alteran el orden necesario para la producción y reproducción - capitalista y la re-educación y readaptación de ellos o en caso contrario su exclusión definitiva. Como señala uno de los autores que han escrito sobre el tema,

"Al excluir (controlar) al loco, y 'curarlo' (re-educarlo), la psiquiatría la presenta a a la sociedad la faceta 'más adecuada de la 'locura' haciéndole creer que es la beneficiaria de su práctica, y evi- tando al mismo tiempo la irrupción de lo social co- mo causa de la locura en el campo del conocimiento, situación que sería intolerable para seguir justifi- ficando su existencia " (205).

4.1 La Asistencia Psiquiátrica.

Llama la atención que, en los últimos 68 años han prevalecido - 2 tipos de instituciones psiquiátricas: por un lado está 'La - Castañeda' (1910-1967), y por otro la apertura de unidades hos- pitalarias diversas (2 para agudos y 9 para enfermos crónicos), que aparecen a raíz de la denominada Operación Castañeda.

La Castañeda, caracterizada por su origen positivista, constitu- ye el inicio del tratamiento reeducativo del 'loco' . Aunque - como se reconoce públicamente, la atención que prestó a los asi- lados fue deficiente, su construcción representa la cuna de la- psiquiatría clínica en nuestro país, centralizando todo el que- hacer psiquiátrico mexicano durante muchos años.

Es de sobra conocida la historia del deterioro del inmueble y -

del hacinamiento en que llegaron a vivir 5 000 enfermos ahí -
concentrados. Dos hechos fundamentales caracterizan este pe --
río:

- El inicio de la doble finalidad del manicomio (marginación --
del enfermo y tratamiento moral enfrentándolo a nuevos valo --
res y actitudes)
- Introducción de tratamientos físicos (1934-38) como la cura
de Sakel, Electrochoque de Cerletti y químicos (1952) con el
uso de la fenotiazina y clorpromazina.

Se observa así que el mismo tiempo que la psiquiatría desea en -
fatizar su capacidad curativa, la función social de exclusión -
se incrementa, llegando a funcionar la Castañeda como centro de
concentración de delincuentes, prostitutas, vagos, etc.,

Hacia la década de los 60's, la Secretaría de Salubridad y Asis -
tencia estableció una red de 11 hospitales que como ya se dijo,
sustituyeron al abarrotado manicomio general. Las nuevas instala -
ciones aunque alejadas de los centros médicos y mal distribuí -
das en el territorio nacional, representaron, sin duda un cam -
bio en la atención del paciente.

Recuérdese que durante 1960, se cuestionan socialmente las ins -
tituciones psiquiátricas y se les lleva a definir sus funciones
entre control social o curación, optando por la reformulación e
implementación de un programa diferente. Esta nueva alternativa
es llamada OPERACION CASTAÑEDA.

La Operación Castañeda, busca un cambio de la estructura mani -
comial. Se habla de la necesidad de un ambiente terapéutico -
que favorezca la rehabilitación del paciente; se habla de re --
clasificar a los pacientes para su distribución adecuada. El -
Estado echa a andar este mecanismo como forma de legitimación.

De este modo, el proyecto representaba una modificación técnica de la práctica psiquiátrica en enfoque comunitario, que llevado a la práctica fracasó: La Castañeda se trasplanta con su sistema a las nuevas unidades.

Además, estas nuevas unidades no contaron con los recursos técnicos y económicos apropiados a sus necesidades y en el transcurso de unos cuantos años de pobreza y relativo descuido sufrieron un deterioro ostensible, tanto en sus instalaciones físicas como en el propio tratamiento de los pacientes.

Estos hospitales, adolecen de escasez de personal capacitado en relación con el número de pacientes, y en varios de ellos, los programas de rehabilitación y seguimiento son muy limitados. Debido a esto, muchos pacientes reingresan o permanecen confinados por periodos innecesariamente prolongados.

"Finalmente, la crisis estructural del capitalismo mexicano en algo se reflejó en los manicomios; no sólo las finanzas del régimen en crisis se reflejaron en el inmovilismo del presupuesto, sino que algo más ocurrió paulatinamente. Algo que se refleja en un incremento de la demanda sin crecimiento de los servicios que a la vez refleja el cierre estatal de recursos viejos de control social (como casas de cuna, asilos, hospicios, etc.,) y que repercute en la psiquiatría institucional, crisis estructural que coincide con crisis de legitimación estatal, pero que también coincide con crisis institucional de la psiquiatría que se repite nuevamente hoy: control social o curación" (206).

4.2. Psiquiatría Comunitaria.

En 1977, la Secretaría de Salubridad y Asistencia puso en marcha, a través de la Dirección General de Salud Mental, un programa con el fin de mejorar la atención de los enfermos mentales hospitalizados y abordar problemas de la salud mental en el primer y segundo nivel de asistencia. En lo que se refiere

al primer aspecto, el programa incluye la rehabilitación material técnica y supuestamente administrativa de los hospitales psiquiátricos federales y el mejoramiento de las condiciones de vida de los enfermos hospitalizados en lo que se refiere a alimentación vestido, alojamiento, tratamiento y rehabilitación. Este programa aunque se desarrolló durante tres años, se detuvo transitoriamente por falta de recursos financieros, y en la actualidad aún dejan mucho que desear las unidades de asistencia a pesar de los esfuerzos emprendidos por las diferentes autoridades que han estado al frente de esta instancia.

En lo referente al segundo aspecto, exactamente en 1971, se impulsa en México un proyecto de salud mental comunitaria como un intento de alcance variado: relegitimar al estado, ayudar a la solución del problema de las instituciones (aumento de ingresos y no de presupuesto) ; y sobre todo legitimar la intervención psiquiátrica en la estructura social.

Se han implantado servicios de salud mental en los centros de salud así como servicios de psiquiatría en hospitales generales. En estos programas trabajan equipos que constan de un psiquiatra, uno o más psicólogos, una o más trabajadoras sociales y una enfermera; también participa en ellos el resto del personal del centro de salud. (Anexos Núms. 2 y 3).

Con este proyecto va a introducirse un elemento de populismo en la actividad de los centros y vía la 'despsiquiatrización' se busca reorientar la actividad psiquiátrica hacia la prevención en una cobertura amplia.

"La afluencia de pacientes a los servicios de psiquiatría y salud mental... ha demostrado la angustiosa necesidad de la población de contar con estos servicios. En ellos es posible identificar oportunamente y , manteniendolos en el seno de su familia y de la sociedad, tratar a una proporción importante de enfermos, así como abordar a grupos específicos a través de programas preventivos"(207).

Lejos de lo que se persigue 'teóricamente' se refuerza el poder del médico y ahora se orienta a la población en el 'deber ser'.

En sus programas para la atención en el segundo nivel se vé la conveniencia de tratar a los pacientes psiquiátricos en clínicas de consulta externa y en los servicios psiquiátricos de hospitales puesto que permite abarcar a muchos de ellos (entre el 60 y 80%), reduciendo además el riesgo de que se conviertan en enfermos crónicos. La hospitalización sólo va a indicarse cuando su estado y circunstancias lo hagan necesario.

La psiquiatría comunitaria desplaza el lugar donde se tiene que observar la locura y lo confina a un espacio igualmente restringido y controlable, como el manicomio, donde la locura no podrá revelarse y ser enfermedad mental, ahora doblemente reconocida por el psiquiatra y la comunidad, con lo que el segundo fin de la práctica psiquiátrica - el de utilizar la locura como la demostración de lo que no debe ser - es enfatizado justamente en períodos de crisis.

V. LA ENFERMEDAD MENTAL Y LA PRACTICA PSIQUIATRICA EN UN HOSPITAL CAMPESTRE.

1. Introducción.

Teniendo como objetivo central del presente trabajo, la caracterización de la práctica psiquiátrica en nuestro país como una, que además de brindar un tipo de atención diferencial de acuerdo a la clase social a la que se oriente, está determinada por la ideología dominante y en este sentido encerrada aún en el modelo biologista en su enfoque del proceso salud-enfermedad mental, se escogió una institución psiquiátrica federal como universo de trabajo a fin de describir y analizar el tipo de pacientes que atiende y la respuesta técnico-científica que se les ofrece como tales.

El hospital en el que se efectuó el estudio, es uno de los 10 hospitales psiquiátricos campestres de la Secretaría de Salubridad y Asistencia que existen en la República Mexicana. Se localiza a unos 85 kilómetros al noroeste del Distrito Federal y se encuentra funcionando desde hace 14 años. Se puede llegar a él por la Carretera a Pachuca. Cuenta con locales para oficinas administrativas, residencias para el personal y para los médicos y tiene una capacidad instalada para 600 camas, es decir, el 16.6% del total de camas psiquiátricas destinadas a la atención de pacientes, clasificados como enfermos mentales crónicos.

A partir de 1979, la Dirección General de Salud Mental, inicia la remodelación de las unidades hospitalarias con el fin de transformar los sistemas asilares y custodiales, por un tipo de asistencia médico-social. Debido a esta política que como se analizó an

teriormente, se plantea como respuesta ante el creciente deterioro que van sufriendo los hospitales, -tanto desde el punto de vista físico-organizativo como de tratamiento- aproximadamente 250 pacientes del sexo masculino son trasladados de esta institución a otros hospitales, con el fin de facilitar las obras de remodelación de las instalaciones. En la fecha que se estuvo visitando el hospital, éste albergaba sólo 315 pacientes, número que expresado en índice ocupacional, representa el 48.6% para 1981. Cabe agregar que, para este año ingresaron - de acuerdo a los datos proporcionados por el Departamento de Estadística del Hospital- 85 pacientes, se dió de alta a 67 - y fallecieron 22.

2. Material y Método para la obtención de la información.

Como método para conocer la dinámica hospitalaria, se recurrió a la revisión de expedientes de la población atendida. Para tal fin, se acudió diariamente al hospital, desde el 8 al 20 de octubre de 1981.

Después de leer 5 expedientes, se diseñó una hoja para vaciado de datos, agrupándolos, en principio en torno a 3 rubros principales: datos del paciente, diagnóstico-tratamiento y datos sobre los familiares. Cada uno de estos apartados contenía los siguientes aspectos:

- a) Datos del paciente: edad, escolaridad, ocupación, fecha de ingreso, tiempo de estancia hospitalaria.
- b) Diagnóstico y tratamiento: en este rubro se consignaron, diagnóstico de ingreso, diagnóstico actual, tratamiento recibido, incapacidad física y tratamiento que se le dá, estado nutricional de la población, control de esfínteres y grado de autosuficiencia en el aliño personal.
- c) Datos de los familiares: Para el caso de aquellos pacientes con familiares, se registraron aquí, la ocupación de los mismos, el ingreso económico familiar, el lugar de residencia, el número de miembros que integran el núcleo familiar y finalmente si visitan o no al paciente.

mero de miembros del núcleo familiar, y el lugar de residencia.

c) Diagnóstico y Tratamiento. Para dar la visión sobre la dinámica de la población y la institución como respuesta, fueron tomados en cuenta, el diagnóstico, el tipo de tratamiento recibido y los años de permanencia hospitalaria. De esta forma puede analizarse no sólo la situación de los internos, si no los criterios que rigen su tratamiento así como el modelo científico-ideológico en el que están enmarcados.

d) Situación Física de los Pacientes. Independientemente de poder analizar posteriormente el ambiente que prevalece en esta institución y que puede favorecer o no las conductas regresivas en los pacientes así como los promedios de estancia excesivamente largos, si definimos como una de las funciones del hospital, el cuidado y custodia de los internos, resulta importante referirse también al estado de salud de los mismos, en donde están incluidos datos referentes al grado de invalidez física, grado nutricional, control de esfínteres y de autosuficiencia en el aliño personal.

Para este punto también fué trabajado material proporcionado por el Departamento de Bioestadística de la Dirección General de Salud Mental sobre Morbilidad y Mortalidad de la población hospitalizada de 1975 a 1980, mismo que es referido en el análisis de los resultados.

En cuanto al tratamiento que se dió a la información cabe resaltar que:

Atendiendo a la edad y tiempo de hospitalización, los pacientes fueron agrupados de acuerdo a las décadas correspondientes.

En lo que respecta a los diagnósticos, se agruparon aquellos que aunque designados bajo rubros diferentes, correspondían a una categoría nosológica similar: tal fué el caso de los diagnósticos

para daño orgánico cerebral y síndrome orgánico cerebral que se reunieron en el grupo de síndrome orgánico cerebral. De la misma manera, las esquizofrenias (paranoide, afectiva, catatónica) fueron agrupadas en las psicosis.

En los casos en que aparecieron varios diagnósticos asociados, se procedió primero a desglosarlos tal como se presentaban y posteriormente, para poder obtener la prevalencia patológica, se consideró sólo el primer diagnóstico consignado en el expediente.

En los casos de mayor interés para el trabajo, se combinaron dos o más variables: así fueron cruzados la edad y el tiempo de permanencia hospitalaria; la edad y el estado civil; la escolaridad, la ocupación y el sexo; el sexo; el diagnóstico, el tiempo de permanencia hospitalaria y el tratamiento recibido. A fin de facilitar el análisis de la situación física de salud de los pacientes se concentraron en un sólo cuadro, el grado de invalidez física, tratamiento, desnutrición, control de esfínteres y autosuficiencia en el aliño personal.

Los datos fueron agrupados en Cuadros y Gráficas para su presentación.

3. Descripción de la Información Obtenida.

Características Generales de la Población.

La población atendida en el Hospital "Dr. Fernando Ocaranza" suma un total de 315 pacientes, de los cuales 106 (el 33.6%) pertenecen al sexo masculino y 209 (el 66.4%) al femenino (Cuadro 1 y Gráfica Núm. 1)

La distribución de edades por sexo se muestra en el Cuadro 2 y en las Gráficas 2 y 3.

En el grupo de los hombres la edad promedio es de 22.8, con límites mínimo y máximo de 6 y 68 años. Hay 80 pacientes (76.2%) entre los 5 y 24 años y el resto (23.8%) están repartidos en los demás grupos de edad.

Para el caso de las mujeres, la edad promedio es de 38.7 con límites mínimo y máximo de 12 y 89 años. Hay 120 pacientes (57.4%) entre los 5 y 34 años; 53 (25.4%) entre los 35 y 54, y 36 (17.2%) mayores de 55 años.

Tomando ambos sexos, la mayor frecuencia de edad se encuentra entre los 15 y 34 años, grupo en el que se registra un total de 184 pacientes (59%) mientras que hay 60 (19%) entre los 35 y 64 años y 41 (13%) mayores de 55 años.

Para el estado civil (Cuadro 7), en ambos sexos predominan los solteros (103 en los hombres y 164 en las mujeres) sumando un total de 267, es decir, el 84.7% (Gráficas 10 y 11). En unión libre sólo hay 25 pacientes (8%) que corresponden sólo al sexo femenino. El 7.3% restante (23 pacientes) se encuentra distribuido entre los casados (3.2%), divorciados (1.3%) y viudos (2.8%).

Relacionando grupos de edad con estado civil (Cuadro 33), resulta que los solteros representan la más alta frecuencia en todas las edades: el 99% para el grupo de 15 a 24 años; el 81% para los que oscilan entre los 25 y los 34; el 68% para el correspondiente al de los 35 a 44; el 68.5% en el grupo de los 45 a los 54 años; el 73% de los que están entre los 55 y 64 años y el 70% de los que tienen más de 65 años.

Por otro lado, el 80% de los pacientes en unión libre fluctúa entre los 25 y 44 años. En el caso de los casados, cuyo número es poco significativo (10 en total), se encuentran repartidos desde los 25 hasta más de 65 años. Los 4 divorciados están ubicados entre los 45 y 64 años y por último, 4 viudos, están entre los 35 y 44 años y 5 en los que tienen más de 65 años.

La procedencia de la población estudiada puede apreciarse en el Cuadro 24. Del total, sólo 49 pacientes (15.5%) carecen de ingreso hospitalario anterior, 59 (18.7%) fueron referidos por instituciones médicas no psiquiátricas y 12 (3.8%) fueron trasladados al hospital directamente de la Procuraduría o de alguna Delegación (Gráficas 27 y 28).

La gran mayoría de los pacientes (195) que en términos porcentuales representa el 61.9%, proviene de alguna institución psiquiátrica. Importante es señalar aquí que de estos 195, 65 fueron pacientes del Antiguo Manicomio "La Castañeda", y 130 estuvieron hospitalizados en otros nosocomios caracterizados por dar atención a enfermos mentales agudos.

La distribución de las frecuencias de la procedencia hospitalaria por grupos de edad (Cuadro 34) arroja la siguiente información:

- De los pacientes que fueron computados sin ingreso hospitalario anterior (49): el 51% se encuentra entre los 5 y los 24 años de edad; el 30.6% entre los 25 y 44 años; y el 18.3% restante se reparte en los demás grupos de edad.
- La mayor frecuencia de pacientes derivados de la Procuraduría o de alguna Delegación está en los grupos que oscilan entre los 5 y 24 años fundamentalmente, es decir, el 75% (9 pacientes).
- En cuanto a aquellos con ingreso anterior en hospital psiquiátrico (195): el 53.8% está concentrado entre los 15 y 34 años de edad; el 23% entre los 35 y 54 años; el 17.4% se encuentra en los grupos de 55 a 64 y de más de 65 años. Sólo el 6.1% son menores de edad (de 5 a 14 años).
- De los pacientes derivados de otras instituciones médicas (DIF Hospital Infantil, etc.) que suman 59 en total, su distribución por grupos de edad revela que el 47% (28) oscila entre

los 15 y 24 años; el 20% está entre los 5 y los 14 años y el 16.9% con una edad entre los 25 y 34 años.

Situación Socioeconómica.

En lo referente al nivel de escolaridad (Cuadro 3), es predominante el número de pacientes sin escolaridad, tanto en el sexo femenino (129) como en el masculino (87), haciendo un total de 216, es decir, el 68.6%. El 23.2% de la población (73) cursó primaria incompleta y sólo el 3.8% (12) la terminó (Gráficas 4 y 5).

La frecuencia correspondiente a la preparación técnica y profesional es mínima, ambas representan el 1.6% del total.

Lo significativo en la caracterización ocupacional de nuestro universo (Cuadro 4) es que los que carecen de ocupación concentran en ambos sexos la más alta frecuencia: 89 para los hombres, es decir, el 84%, y 82 para las mujeres, que en términos de porcentaje representa el 39.2%.

La diferencia de representatividad porcentual de los desocupados en cada sexo debe ser referida a la distribución de la población por grupos de edad, en donde como quedó señalado anteriormente, mientras que el 21.6% de los pacientes del sexo masculino fluctúa entre los 5 y 14 años, en el caso de las pacientes sólo el 3.3% de ellas se encuentra en este rango de edad.

De hecho la población masculina tiene un promedio de edad (22.8) menor que la femenina (38.7).

Siendo el 84% de la población masculina, desocupada, cabe agregar que el 16% restante está compuesto por : 10 empleados, 4 obreros y 3 campesinos.

Para las pacientes mujeres resulta importante el hecho de que en

su distribución por ocupación, las empleadas domésticas representan el 26.3% y las mujeres dedicadas a tareas del hogar, el 18.2% siendo sólo el 6.2% de ocupación campesina y el 7.3% empleadas (Gráfica 6).

Considerando el total de los expedientes revisados (315), la distribución por ocupación sería de mayor a menor representatividad, la que sigue:

- El 54.3% (171 pacientes) sin ocupación;
- El 17.5% (55 pacientes) con ocupación de empleada doméstica;
- El 12.1% (38 pacientes) dedicado a tareas en el hogar;
- El 7.9% (25 pacientes) con ocupación de empleados;
- El 5.1% (16), campesinos;
- El 1.3% (4), obreros. (Gráfica 7).

Como complemento de lo antes expuesto, en el Cuadro 5, y en base a la clasificación adoptada por el VIII Censo General de Población, se tiene que la distribución de la población por rama de actividad se presenta igual que en el Cuadro 4 para el caso de los desocupados (171), es decir, el 54.3% del total. Pero, agrupando a los que antes de ser internados desarrollaban algún trabajo, tenemos que: el 30.7% (97) estaban en la rama de actividades no especificadas; el 5.7% (18) en la agricultura; el 3.8% (12) en servicios; el 2.5% (8) en el comercio y sólo el 1% (3) en la industria, ignorándose la rama de actividad del 2% de los casos (Gráfica 8).

En cuanto a la posición en la ocupación de los que trabajaban antes de ser internados (144) se observa que: 67 (46.5%) eran empleados; 29 (20.1%) ayudaban a sus familiares sin retribución; 16 (5%) trabajaban por su cuenta; 3 (2.1%) eran obreros y se ignora la posición de 7 (4.8%) de los casos. El resto faltante, es decir, 22 pacientes, no fué clasificado por ocupación dado que tiene una edad mayor de 65 años, misma que para el Censo tomado como referencia, está fuera del rango de edad productiva (de los 12 a los 64 años).

Vinculando escolaridad con tipo de ocupación (Cuadro 35) en el rubro de 'sin escolaridad', las frecuencias se distribuyen de la siguiente manera: el 69% (149) son desocupados; el 14% (30) son empleadas domésticas; el 7% (15) se dedica al hogar; el 5% (10) es de ocupación campesina; el 1% (3) son obreros y el 1% (5) empleados.

De los 73 pacientes que tienen primaria incompleta: el 29% (21) son empleadas domésticas; el 27.3% (20) se dedica a tareas del hogar; el 23.2% (17) está desocupado; el 12.3% (9) son empleados y el 8.2% (6) de ocupación campesina.

Por ocupación, sólo en el caso de los empleados la mayoría tiene un nivel de escolaridad más alto: para éste, si bien el 46.1% (12) como máximo llega a cursar algún grado de educación primaria, el 53.8% se distribuye desde el nivel de educación elemental hasta profesional.

La distribución del universo en función al lugar de origen de los pacientes, muestra que éstos provienen en su mayoría de los estados circunvecinos a Hidalgo: el 44.1% (139) del Distrito Federal; el 10.4% (33) de Hidalgo; el 7.3% (23) del Estado de México; el 3.7% (10) de Michoacán; el 2.5% (8) de Veracruz, el 2.2% (7) de Puebla; y el 2% (6) de Guanajuato (Cuadro 6).

Solo si sumamos las frecuencias del resto de los Estados de la República Mexicana se obtiene un total de 71 pacientes, es decir, el 22.5%, ignorándose el lugar de nacimiento del 12.4% (39) de los casos (Gráfica 9).

Como complemento importante para caracterizar la situación socio-económica de los internos del hospital y dado que para tal efecto sólo estaban consignados en el expediente los datos referidos a la ocupación y escolaridad de los mismos, se utilizaron y computaron aquellos datos que pudieran dar una visión también en este sentido de sus familiares.

Se encontró que del total de pacientes hospitalizados en el periodo en que se realizó la investigación, sólo el 39.7% (125) - contaba con familiares. El 60.3% (190) de los enfermos carecen de responsable (Cuadro 25 y Gráficas 29 y 30).

De estos 125 que cuentan con familiar, 68 (54.4%) reciben visita de los mismos. El 45.6% (57) fueron internados por alguno - de sus parientes en la institución pero sin volver a visitarlos lo cual hace que de acuerdo a los criterios de trabajo social - sean consignados 'abandonados' (Cuadro 29, Gráfica 35).

Los indicadores tomados para conocer el núcleo familiar de los 125 pacientes antes señalados, fueron la ocupación, el ingreso-económico, lugar de origen y número de miembros en la familia - (éstos eran por lo demás, los únicos datos consignados en los expedientes).

De lo anterior, se obtuvo la siguiente información:

- OCUPACION. De los 125 familiares responsables conocidos, el 36% (45) son empleados; el 24% (30) son obreros; el 18.4% (23) son trabajadoras domésticas; el 11.2% (14) se dedica a tareas en el hogar; el 7.2% (9) es de ocupación campesina y el 1.6% (2) está sin ocupación (Cuadro 26 y Gráficas 31 y 32).
- INGRESO ECONOMICO FAMILIAR. Como se observa en el Cuadro 27, el 37.6% (47) de los responsables familiares perciben un ingreso entre los 1000 y 3000 pesos mensuales; el 24.8% (31) reporta un ingreso que fluctúa entre los 4000 y 6000 pesos y el 23.2% (29) tiene un ingreso de 7 000 a 9 000 pesos . Sólo el 11.3% (14) gana más de 10 000 pesos (Gráfica 33).
- LUGAR DE RESIDENCIA. La mayoría de los familiares radican en el Distrito Federal, sumando un total de 69 (55.2%), el 11.2% (14) en el Estado de México; y el 8.8% (11) en Hidalgo. En el resto de los estados radica el 21.6% (27). (Cuadro 28 y Gráfica 34).

- NUMERO DE MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR. La mayoría de los hogares de los pacientes que cuentan por lo menos con un familiar, están constituidos por un número que varía entre 1 y 3 miembros (35.6%). Le siguen en frecuencia 41 familias con 4, 5 y 6 miembros (32.8%); y en tercer lugar 23, con un número de familiares entre 7 y 9 (18.4%). (Cuadro 30 y Gráficas 36 y 37).

Diagnóstico y Tratamiento.

De acuerdo a los datos proporcionados por el Cuadro 8, para el sexo masculino, el tiempo promedio de permanencia hospitalaria, es de 5.3 años y para las mujeres de 7.1 años con límite mínimo y máximo para ambos de 1 mes y de 13 años respectivamente.

Tomando la población total, el tiempo promedio de internamiento asciende a 6.7 años.

La distribución de las frecuencias por años de internamiento muestra que: el 34.6% (73 pacientes) lleva hospitalizado hasta 3 años; el 29.8% (94) registra un tiempo de permanencia hospitalaria que oscila entre los 4 y 7 años; y el 35.2% (111), registra un periodo de hospitalización entre los 8 y 13 años (Gráfica 12).

Lo importante a señalar aquí es que, tomando los intervalos por separado, las más altas frecuencias se registran primero entre 0 y 1 año con un total de 73 (23.2%) y en segundo lugar entre los 12 y 13 años con 71, es decir, el 22.5%.

La distribución de frecuencias del tiempo de permanencia de acuerdo a la de los grupos de edad (Cuadro 36), muestra dos fenómenos importantes a señalar:

- a) La mayoría de los pacientes que llevan de 0 a 11 años hospitalizados, se ubican entre los 10 y 39 años de edad. Así del total de pacientes de hasta un año de permanencia hospita-

laria, el 85% tiene una edad que oscila entre los 10 y 39 años; de los casos con 2 y 3 años de hospitalización, el 80.5% se encuentra en el grupo de edad mencionado. Del mismo modo, para los grupos de 4 y 5 años, 6 y 7, 8 y 9 y de 10 a 11 años, los porcentajes fueron de 90.9%, 76.9%, 80.6% y 90% respectivamente.

En otras palabras, podemos decir que la mayoría de los pacientes, el 65%, llevan hasta 11 años internados, teniendo además la característica de ser una población joven y en plena etapa productiva tanto biológica, social como económicamente pues su edad no siendo inferior de 10 años tampoco rebasa los 39.

- b) Para los pacientes con 12 y 13 años de permanencia en la institución, sólo el 42.2% tiene una edad entre los 20 y 39 años. El 57.8% oscila entre los 40 y 89 años. La Gráfica 41, en la dispersión de frecuencias ejemplifica la particularidad de los 71 pacientes que llevan hasta 13 años hospitalizados. Lógicamente este grupo registra mayor edad, sin embargo, si consideramos que el 91.5% (65) proviene del Antiguo Manicomio de la Castañeda (Ver Cuadro 54), aún en este grupo se ratifica la afirmación hecha en el punto anterior en el sentido que, la internación absorbe a pacientes en sus etapas de plena formación y desarrollo.

De acuerdo a la división por grupos de edad hecha en el Cuadro 36, tan sólo anotar que calculando la edad promedio de la población total ésta resultó ser de 32.9 años.

En la revisión efectuada de los 315 expedientes, al registrarse los diagnósticos, se encontró como puede verse en el Cuadro 9, que en 213 (67.6%) sólo estaba consignado un diagnóstico pero en 92 (29.2%) éste era doble, en 8 (2.5%) triple, y en 2 (.6%) cuádruple, (Gráfica 13).

En el caso de los pacientes con un sólo diagnóstico de ingreso-

(213) la distribución es la siguiente: 95 (44.6%) con oligofrenia; 65 (30.5%) con psicosis; 26 (12.2%) con enfermedades del sistema nervioso central (2 parálisis cerebrales infantiles y 24 epilepsias); 22(10.3%) con daño cerebral orgánico; 2 (1%) - con neurosis y trastornos no psicóticos; y 2 (1%) con trastornos transitorios de inadaptación y trastornos de conducta en la infancia. Por último se tiene el caso de un paciente con diagnóstico de neurolúes congénita (Cuadro 10 y Gráfica 14).

Los 102 casos en donde aparecen varios diagnósticos, se encuentran asociados como se expone:

- a) OLIGOFRENIA. Con este diagnóstico fueron registrados 73 pacientes de los cuáles el 61.6% (45) pertenecen al sexo masculino y 38.3% (28) al femenino.

Para el sexo masculino (Cuadro 11), la asociación de las oligofrenias fué: 25 con epilepsia; 15 con daño cerebral orgánico; 6 con psicosis; 3 con parálisis cerebral infantil; 1 con alcoholismo y 1 con síndrome de Down (Gráfica 15).

Los 28 diagnósticos de oligofrenia para el sexo femenino se registraron asociados: 13 con epilepsia; 9 con daño cerebral orgánico; 4 con psicosis; 1 con trastornos de conducta; 1 con síndrome de Rabin; 1 con enfermedad de Wilson y 1 con coreoatetosis (Cuadro 12, Gráfica 16).

- b) EPILEPSIA. Como puede apreciarse en los Cuadros 13 y 14, aparecieron 55 epilepsias asociadas por sexo como sigue:

En el caso de los hombres, habiendo un total de 30 epilepsias 26 están asociadas con oligofrenia; 3 con daño cerebral orgánico; y 1 con psicosis (Gráfica 17).

Para el sexo femenino, con un total de 25 epilepsias: 13 están asociadas con oligofrenia; 11 con daño cerebral orgánico

y 1 con psicosis (Gráfica 18).

- c) SINDROME ORGANICO CEREBRAL. Los 33 diagnósticos de daño cerebral orgánico (de los cuales 18 pertenecen al sexo masculino y 25 al femenino), se encuentran asociados como sigue:

Para los pacientes hombres: 6 están asociados con oligofrenia; 12 con epilepsia; 1 con farmacodependencia; 1 con trastornos de conducta; y 1 con heretismo (Cuadro 15, Gráfica 19).

En las mujeres, de los 25 diagnósticos de síndrome orgánico cerebral: 9 están asociados con oligofrenia; 11 con epilepsia; 4 con psicosis; y 1 con farmacodependencia (Cuadro 16, Gráfica 20).

- d) PSICOSIS. De acuerdo al vaciado de los datos (Cuadros 17 y 18), 22 pacientes aparecen con psicosis, de los cuales 7 (31.8%) son del sexo masculino y 15 (68.2%) del femenino.

Para los hombres las psicosis aparecen asociadas: 6 con oligofrenia y 1 con epilepsia (Gráfica 21). En las mujeres aparecen: 4 con oligofrenia; 2 con epilepsia; 4 con síndrome orgánico cerebral; 1 con farmacodependencia; 3 con demencia senil; y 1 con acromegalia (Gráfica 22).

Pasando ahora a la caracterización del tipo de tratamiento que el hospital ofrece a la población, cabe mencionar que éste tiene en lo fundamental 3 variantes: los psicofármacos o quimioterapia; la terapia ocupacional; y la incorporación de aquellos pacientes más integrados a la institución en actividades de aseo y mantenimiento de las áreas físicas.

Sin embargo, prevalece la utilización de psicofármacos en el tipo de respuesta que da la institución a la enfermedad mental, siendo para ambos sexos el tratamiento fundamental: al 94.3% de los hombres y al 86.1% de las mujeres les son administrados dia-

riamente medicamentos para enfrentar sus padecimientos. Es decir, que el 89% de la población total está sometida a este tipo de tratamiento (Cuadro 20).

Resulta insignificante la proporción de aquellos pacientes incorporados a Terapia Ocupacional quienes en total representan el 16.8%, mismos que realizan las actividades de aseo y mantenimiento en el hospital (Gráfica 24).

Sólo señalar aquí que en relación con lo anterior, al comparar los diagnósticos de ingreso con aquéllos consignados en la última nota médica, se encontró que en el 71.4% de los casos el diagnóstico permaneció invariable y del 28.6% donde se registró variación fué para sumar otros padecimientos a los ya existentes (Cuadro 19 y Gráfica 23).

Concentrando el diagnóstico, años de hospitalización y tipo de tratamiento recibido (Cuadro 37), para finalizar esta parte, puede generalizarse la situación de la población hospitalizada señalando que:

- a) En cuanto al diagnóstico, la oligofrenia representa el 39% de los casos; la psicosis, el 26.3%; el daño cerebral orgánico el 15.8%; y la epilepsia, el 15.5%. El resto de los padecimientos representa tan sólo el 3.4% del total.
- b) Tratamiento según diagnóstico. En todos los tipos de trastornos mentales es clara la prevalencia significativa de la utilización de psicofármacos.

La situación se presenta diferente al relacionar la terapia ocupacional con los diagnósticos más representativos ya que por ejemplo: el 40.8% de los epilépticos están integrados a este tratamiento rehabilitatorio así como el 32.5% de los psicóticos y el 21.1% de los oligofrénicos.

- c) La permanencia hospitalaria no presenta alteración alguna

en las características mencionadas.

- d) En la revisión de expedientes aparecieron 22 pacientes sin ningún tipo de tratamiento, que según diagnóstico se distribuyen como sigue: el 40.9% (9) con oligofrenia; el 45.5% (10) con psicosis; y el 13.6% con daño cerebral orgánico (Cuadro 38).

Condición de Salud Física

Un fenómeno presente en la población estudiada fué el de la incapacidad física total o parcial.

De acuerdo a los datos reportados por el Departamento de Rehabilitación Física del Hospital: el 8.2% (26) de los pacientes sufre de incapacidad total y el 47.6% (150) de incapacidad física parcial (Cuadro 21, Gráfica 25).

Siendo 176 los casos con algún grado de incapacidad física, sólo el 48.3% recibe tratamiento especializado, 91 pacientes, es decir, el 51.7% están sin tratamiento (Cuadro 22, 23 y Gráfica 26).

En cuanto al estado nutricional, las notas médicas de los expedientes revisados arrojaron los siguientes datos: del total de la población, el 49% fué reportado con diverso grado de desnutrición quedando exento el 51% (Cuadro 31, Gráfica 38).

Por otro lado, los informes de los expedientes respectivos al Programa de Auto-cuidado que se estaba tratando de implementar en los diferentes pabellones del hospital permitieron saber que: el 40% de los pacientes no tienen control de esfínteres y que el 12% es incapaz de ser autosuficiente para el aliño personal (Cuadro 32, Gráficas 39 y 40).

Al relacionar el control de esfínteres, la autosuficiencia para el autocuidado y la desnutrición con el grado de incapacidad fí

sica, se tiene que:

- a) Del total de pacientes que no controlan esfínteres (126) : el 29.6% reporta incapacidad parcial; y el 18.2% de los casos es incapacitado total.
- b) De los 37 casos calificados como incapacitados para el autocuidado: el 70% padece de incapacidad total y el 30% de incapacidad parcial.
- c) De aquellos pacientes reportados con desnutrición (155): el 45.2% está incapacitado parcialmente; y el 9.1% de forma total (Cuadro 39).

4. Análisis.

La información obtenida a partir del censo efectuado en el Hospital Campestre "Dr. Fernando Ocaranza", permite hacer varias aseveraciones respecto a la situación de la población hospitalizada en esta Unidad.

En cuanto a las características demográficas de los pacientes, se encontró que siendo la mayoría del sexo femenino (el 66.4%), es una población predominantemente joven cuya edad promedio -- (media aritmética) resultó ser de 32.9 con límites mínimo y máximo de 12 y 89 años y con una desviación standar de 18.35. La mayor frecuencia de edad, se encuentra entre los 10 y los 39 años, lo que permite corroborar que es un universo donde -- una proporción importante (el 67.6%) se encuentra en la etapa productiva de la vida.

Es significativo observar que en la población masculina, el 21.7% tiene hasta 14 años de edad, lo que en términos de comparación implica que 1 de cada 5 hombres está entre los 5 y --

los 14 años.

Comparando la distribución de grupos de edad en ambos sexos la variabilidad en las mujeres (23.6) es del doble de la de los hombres (12.6).

El grado de "desarraigo social" -de desocialización- en que se encuentran los pacientes analizados, resulta más significativo, si se toma en cuenta que el 84.7% es soltero, y si consideramos que el 61.9% de los pacientes proviene de alguna institución psiquiátrica, y de este grupo sólo el 33.3% estuvo internado en el Antiguo Manicomio de la "Castañeda". El 66.6% estuvo hospitalizado en instituciones psiquiátricas especializadas en la atención de enfermos mentales agudos.

De este sector cuyo expediente reporta ingreso interior en algún hospital psiquiátrico, el 53% tiene una edad comprendida entre los 15 y 34 años, lo que permite afirmar que es una población que la mayor parte de su vida ha estado internada.

Importante de señalar aquí es que se computaron 12 pacientes -que fueron enviados al hospital directamente de la Procuraduría o de alguna Delegación sin previo juicio de interdicción.- Este fenómeno es poco comprensible dado que legalmente, este acto es considerado como 'rapto' o 'privación de la libertad', aún cuando el médico legista haya detectado enfermedad mental -puesto que este proceder no fue confirmado por el juzgado correspondiente (208).

Revisando las notas de los expedientes durante el período destinado a la investigación (del 8 al 20 de octubre de 1981), se encontró que muchos de los enfermos antes de haber ingresado a una institución para 'alienados' habían sido recogidos por la policía en la vía pública, 'desorientados', 'convulsionados' -o simplemente 'deambulando' y al desconocerse su paradero eran

enviados a una institución de asistencia social y de ahí a un hospital psiquiátrico.

De acuerdo a los propios datos obtenidos en los expedientes se determinó la ubicación socio-económica en base a : la ocupación e ingreso económico de los familiares y el número de integrantes del núcleo familiar.

Con respecto a éllo: el 54.3% es desocupado; el 68.6% carece de escolaridad; el 44.1% procede del Distrito Federal; y en el -- 50.3% de los casos se desconoce el paradero y domicilio de los familiares por lo que en cuanto a los criterios aplicados por el Departamento de Trabajo Social de la Unidad, son considerados 'abandonados'.

La menor proporción de pacientes se ubican en la producción - primaria o secundaria (agricultura e industria). En la rama - industrial fué registrado el 1% (5) y para la agrícola, el - 5.7% (18). La ocupación de empleada doméstica, representa el 17.5% para la población total y el 26.3% para el grupo de pa - cientes del sexo femenino (Graficas 6 y 7).

La ratificación de la ubicación socio-económica de la pobla - ción hospitalizada como baja, encuentra otra base más en los - datos que pudieron obtenerse en cuanto a los familiares conoci - dos de 125 de los pacientes. De estos 125 responsables fami - liares, pudo saberse que si bien la mayoría tiene ocupación - (sólo el 1.6% está desocupado), el nivel de ingreso es inferior a la cantidad de 6000 pesos mensuales para el 62.4% de los mig - mos, y que el 51.2% de estos hogares cuenta con más de 4 miem - bros por familia, entre los que hay que repartir dicho ingreso.

De acuerdo a los informes proporcionados por la Comisión Nacio - nal de Salarios Mínimos, para 1981, en la zona 74 (que compren - de Distrito Federal, área metropolitana y regiones circunveci-

nas) el salario mínimo fué en promedio de \$ 210.00 diarios, o sea \$ 6 300.00 mensuales (209). Por ende la mayoría de los familiares de la población estudiada, percibía en esa fecha un ingreso inferior al salario mínimo.

En cuanto a la morbilidad, la oligofrenia representa el 39% de los casos, la psicosis el 26.3% y el daño orgánico cerebral el 15.4%.

La población tiene en promedio, un tiempo de internamiento de 6.7 años (media aritmética) con un límite mínimo y máximo de meses y de 13 años respectivamente con una desviación standard de 4.48.

En cuanto a la variabilidad de la permanencia entre mujeres y hombres ésta es menor que para la edad, siendo para las mujeres de 4.6 y para los hombres de 3.8. En otros términos, un hombre de cada 7 mujeres tiene menor estancia.

Lo innegable para este rubro es la presencia de un 'hospitalismo prolongado'. Ya fué mencionado que el 65% de los pacientes lleva hasta 11 años de internamiento.

En cuanto al tipo de tratamiento que la institución ofrece, se centra predominantemente en farmacoterapia: al 89% del total de pacientes le son administrados psicofármacos para enfrentar sus padecimientos. A pesar de que existen programas rehabilitatorios de diversa índole (autocuidado, terapia ocupacional etc.), se recurre a ellos en proporción muy poco significativa. Como pudo apreciarse en la descripción de la información sólo el 16.8% está integrado a este tipo de actividades, apreciando en el cómputo 22 pacientes sin tratamiento de ningún tipo farmacológico ni psicosocial.

La revisión de las notas médicas mostró que el estado general-

desde el punto de vista físico de los pacientes es deficitario: el 55.8% de la población sufre algún grado de invalidez física que en mayor o menor grado le impide integrarse a las actividades del hospital. Esta situación de deterioro, se torna más aguda al percatarse de que el 49% de la población censada padece de cierto grado de desnutrición, y el 40% no controla esfínteres.

Este hospital, en cuanto a capacidad cama instalada, representa el 16.6% del total de los 9 hospitales campestres dependientes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia(3606camas).

Una muestra del 16.6% puede reflejar la situación asistencial del sistema psiquiátrico hospitalario destinado a enfermos mentales crónicos, con un grado aceptable de veracidad. Se revisó, sin embargo, bibliografía nacional referida al tema y se encontraron 3 investigaciones realizadas también en este tipo de instituciones (210,211, 212), que reportan datos similares.

Dos de las investigaciones a que hemos hecho referencia proporcionan datos sobre dos hospitales en particular: uno ubicado en las cercanías del Distrito Federal y el otro, en Oaxaca, Oaxaca. En ambas resalta que la población estudiada, es predominantemente joven con la característica de presentar gran variabilidad en su distribución etaria (de 10 a 79 años de edad).

En cuanto a los diagnósticos aparece cierta diferencia pues en estas dos investigaciones, la esquizofrenia resulta ser la enfermedad más frecuente (33% y 35.6%), siguiéndole en segundo lugar la debilidad mental y el síndrome orgánico cerebral, mientras que en el universo objeto de nuestro estudio, la oligofrenia aparece como el diagnóstico más frecuente, siguiéndole las psicosis en todas sus variantes. Esta inversión en la prevalencia pudiera referirse al hecho de que a diferencia del hospital en que realizamos la investigación -donde están ubica

dos enfermos mentales crónicos irrecuperables, los otros dos a que se hace referencia atienden a crónicos pero recuperables. Incluso es sabido que el Hospital Psiquiátrico de Oaxaca, dada la escasez de servicios en esa región, llega a atender a enfermos mentales 'agudos'.

Sólo uno de los estudios revisados(211), hace referencia al tipo de tratamiento recibido y en él se observa que sólo el 4% - está sin tratamiento psicofarmacológico, y el 6.8% integrado a actividades cuyo carácter está enfocado más a la rehabilitación social y ocupacional de los pacientes.

Las investigaciones citadas parten del estudio de diferentes - variables en una muestra de la población internada, mientras - que en nuestro caso, los datos corresponden a un estudio transversal de todo el universo. Esta diferencia no permite establecer comparaciones entre los resultados por la misma metodología utilizada y por desconocerse el tratamiento estadístico de los datos obtenidos en tales estudios ya que no se mencionan.

No obstante lo anterior, resulta interesante plantear otro factor que tienen en común los hospitales campestres: es el hecho de que además de largos períodos de hospitalización y el carácter de 'abandonados' de la mayoría de los internos, en el caso de aquellos que cuentan con familiares es aún más reducida la proporción de los que reciben visita de sus parientes y más - aún de los que salen fines de semana con permiso de la institución.

En 1978, fué realizado un censo a 2141 pacientes crónicos hospitalizados (213) - es decir al 86% de la población registrada originariamente en hospitales campestres- mismo que verifica - los resultados del presente estudio.

Del censo se obtuvieron los siguientes resultados:

El 51% perteneció al sexo femenino y el 49% al masculino; el 58% proviene de un nivel socioeconómico bajo; el 46% es analfabeta; el 74% es soltero; el 46% está desocupado permanentemente.

En cuanto a las características físicas de la población censada en esta investigación se menciona que:

"...el estado general de nutrición es bueno en el 34% de la población, regular en el 40% y malo en el 14%. El 19% sufre de algún grado de invalidez física que en mayor o menor grado le impide participar en las actividades del hospital"(214).

Para nuestro caso, la mitad de la población aproximadamente sufre algún grado de invalidez física y de desnutrición. Se pudo observar que es tal el grado de deterioro de los pacientes de la institución que, independientemente de que su internación haya sido debida a su estado de efectiva enfermedad, en la actualidad no pueden delimitarse con claridad aquellos síntomas originarios de los que son producto del internamiento, (aislamiento, conductas regresivas, pérdida de individualidad, posibilidad de relación).

No ahondaremos en la consideración de los efectos de una permanencia hospitalaria prolongada en el desarrollo psíquico de un individuo, que por lo demás han sido expuestos de manera exhaustiva por varios autores (215-218).

Aquí nos referiremos más bien a las causas de mortalidad en el hospital, objeto de nuestro estudio, en base a información proporcionada por el Departamento de Bioestadística de la Dirección General de Salud Mental en el período 1976-1980.

Las 10 principales causas de mortalidad para este quinquenio -

en el hospital campestre "Dr. Fernando Ocaranza" se muestran - en los Cuadros 40-49 y en las Gráficas 42-51.

En el Cuadro 50, se agruparon distintos diagnósticos que corresponden a etiologías semejantes, tomándose en cuenta que de estas causas, la bronconeumonía y la infección gastrointestinal-- con las técnicas y recursos terapéuticos actuales, son totalmente curables.

La desnutrición como otra de las causas de mortalidad en este período, es prácticamente incomprensible en un medio hospitalario y ésto independientemente de la edad y del tipo de padecimiento.

Finalmente cabría agregar tal como se ve en los cuadros de Mortalidad, otra de nuestras fallas endémicas o sea, la relativa - al registro y certificación de la causa de muerte, lo que sí - puede ser hasta entendible en casos de población abierta, másno en un medio hospitalario donde quien certifica la muerte es un médico.

Es un hecho reconocido y comprobado por innumerables investigaciones, que aproximadamente dos tercios de la población total de los hospitales mentales de la asistencia pública, está compuesta por lo que se ha denominado enfermo mental crónico(219).

Si aunamos a lo anterior el problema de la prolongada hospitalización en este tipo de pacientes y las pocas posibilidades de integración social que se observa para este grupo de internos, se llega no sólo a la conclusión de que los hospitales -- que les sirven de recintos se convierten en asilos (bajos índices de egresos y frecuentes rehospitalizaciones), sino que -- son pocas también las posibilidades de rehabilitación que se les ofrecen.

Existe el consenso generalizado entre los diversos especialistas dedicados al campo del tratamiento y rehabilitación del enfermo mental crónico, en considerar los diversos trastornos observados en este tipo de pacientes (n. e. trastornos físicos, biológicos, psicológicos, sociales), como problemas sumamente complejos de tratar y de solucionar (220-221).

Así por ejemplo, al respecto se ha llegado a comentar que:

"...Un hospital mental es la prueba de fuego para cualquier teoría de la conducta humana. En él se pueden ver a menudo las formas más extremas de casi cualquier problema conductual concebible: de síndromes neurológicos, problemas de adolescencia y de empleo, dificultades sexuales, adicción, alcoholismo, desculturización general, retardo intelectual y neuroticismo, convergen e interactúan en esta comunidad. En este mismo sentido, Lamb ha señalado que el 50% de la población de pacientes mentales crónicos tiene una probabilidad de cero de ser dado de alta" (222).

Hacia 1970, en Estados Unidos se llevó a cabo un programa en el que a nivel nacional se planteó la salida masiva del internado de pacientes psiquiátricos. No obstante, las consecuencias fueron negativas dado que faltaban instalaciones extrahospitalarias suficientes, los pacientes no estaban preparados para este externamiento ni la comunidad para recibirlos en su seno.

Algunos autores son de la opinión de que no podría abolirse la acumulación de pacientes y sobre todo de aquellos con menores posibilidades de autosuficiencia y de autonomía.

A pesar de las investigaciones realizadas, no se han podido aclarar las causas o factores que contribuyen a la larga hospitalización.

Si bien es cierto que el término "crónico" tiene la connotación

de cronicidad psicopatológica, son pocas las opiniones autorizadas que mantienen la hipótesis según la cual las enfermedades de curso crónico como la esquizofrenia expliquen la larga hospitalización de los pacientes.

Un hecho corroborado en los países desarrollados es la acumulación en los hospitales psiquiátricos de ancianos que en general suelen presentar algún tipo de daño orgánico cerebral.

"La edad mayor de 65 años es considerada en algunos estudios como un factor predictivo suficiente por sí mismo para justificar una larga hospitalización, lo que implica que la acumulación de pacientes psiquiátricos se debe en gran parte a los síndromes demenciales"(223).

Igualmente se ha tratado de encontrar factores 'no clínicos' que expliquen los internamientos prolongados:

"Babiker, señala que a partir de 6 meses de hospitalización disminuyen bruscamente las probabilidades de salida del paciente. La mayoría de los autores considera un lapso de 1 a 5 años como inicio del paso a la hospitalización prolongada. Otros factores señalados fueron que el paciente perteneciera al sexo femenino, la falta de preparación profesional, el empobrecimiento, la ausencia de ligas familiares por viudez, separación o divorcio. Además son descritos como candidatos a una larga hospitalización aquellos que no reciben visitas de sus allegados o los que no salen de permiso" (224).

Otra de las causas sería la falta de servicios extrahospitalarios adecuados y de manera fundamental la influencia del rechazo de la comunidad hacia el enfermo mental.

En México como lo ejemplifica el hospital estudiado, el sistema psiquiátrico asistencial no sólo está dirigido en su mayoría el enfermo mental crónico (recuérdese que son 2 hospitales para agudos y 9 para crónicos recuperables e irrecuperables), sino que además el modelo que prevalece es tradicional.

Con marcado énfasis individual y biólogo al igual que el modelo médico en general dominante en nuestro país, se centra fundamentalmente en el tratamiento en base a la utilización de psicofármacos. Los resultados y condiciones existentes ejemplifican que es un modelo médico asistencial en el que la custodia es inclusive inadecuada, por lo que podría ser caracterizado -- apropiadamente como de 'custodia-depósito'. El hecho de encontrarse en servicios de custodia, trae consigo que los hospitales -granja contribuyan al incremento en el número de camas hospital y con ello a un mayor costo social financiero.

Si bien es una realidad que existe el enfermo mental que no puede y tal vez nunca pueda ser recuperado totalmente (no recuperable no es sinónimo de exclusión social), aún con nuevos descubrimientos que mejoren las técnicas terapéuticas, es un hecho innegable que se abusa en términos clínicos del pronóstico "crónico irrecuperable", usándose el diagnóstico como etiqueta que de una u otra forma como ya fue mencionado marca el futuro del paciente.

Esto conlleva a una actitud de despreocupación o por lo menos de una falta de motivación científico técnica por parte del trabajador de la salud frente a quien sabe, cree o supone desahuciado.

Podríamos decir que lo señalaba Víctor Hugo en cuanto al robo de un pedazo de pan por Jean Valjean creaba el estigma de su condición de presidiario que jamás lo abandonaría por el resto de su vida.

Desde la psiquiatría, esto es desde el mismo momento del diagnóstico.

VI. CONCLUSIONES.

Cada sociedad concibe la enfermedad mental de manera diferente - de acuerdo al momento histórico en que se encuentra y a la ideología dominante. Del mismo modo la psiquiatría como práctica médica responde a la demanda de atender al loco, conforme a los parámetros que la clase dominante le impone, a través de la formación académica y del status social que se le adjudica al psiquiatra.

La locura ha sido siempre relacionada a una gran variedad de aspectos que se encuentran en el campo de las relaciones humanas. Todo va a depender del grado de "adaptación" del individuo y de la tolerancia de la comunidad hacia las conductas extravagantes o extrañas.

La historia de la locura da muestras de la estructuración cada vez más definida del destino alienado del demente.

Poco fue el tiempo que la locura convivió en el espacio de la razón y la cordura.

Con el desarrollo capitalista el ocio y la mendicidad son combatidos ya que todo hombre debe trabajar y ser productivo para bien de la sociedad. El enfermo mental como inválido es improductivo y por lo tanto socialmente inútil y hay que apartarlo. Hay que crear un espacio para la locura dictado por necesidades económicas y políticas.

Se crea así el asilo y se institucionaliza la segregación y la represión del alienado y se le "encarga" al médico "su cuidado". Hasta etimológicamente el manicomio se encarga de definir el cuidado de la locura (del griego 'mania', locura y 'Komein' cuidar).

Así, enfermedad mental-conocimiento y práctica psiquiátrica, se encuentran íntimamente relacionados y determinados por el modo de producción dominante en cada sociedad.

En el presente trabajo hemos partido del presupuesto de la existencia de una relación entre proceso social y proceso salud-enfermedad mental a sabiendas de que ésta aún no está totalmente definida.

Concebimos pues el trastorno mental vinculado al acontecer físico y social, cuya frecuencia y gravedad tienen su explicación en las condiciones materiales de trabajo y de vida de los distintos grupos sociales y no en las ideas o creencias sobre la enfermedad.

La misma conceptualización del proceso salud-enfermedad que la ciencia médica elabora y que orienta las políticas de salud y la práctica médica depende de la realidad material, de las relaciones sociales imperantes que son, en la sociedad capitalista, relaciones de explotación. Si bien en el campo de la salud mental de manera especial influyen los valores y creencias en la conceptualización del fenómeno, éstos están condicionados por los aspectos materiales de la sociedad.

Es difícil analizar la etiología de un fenómeno tan complejo como el de la enfermedad mental en el que en apariencia, lo social, lo biológico y lo psíquico están tan mezclados que es imposible tratarla de analizar sólo desde un modelo único.

Pero consideramos que un importante factor que conduce al trastorno mental es el fallo de la sociedad en la provisión adecuada de condiciones esenciales para la salud mental de sus miembros.

Más que contraponer los modelos explicativos de la génesis de la enfermedad mental (biogenético, social o psicológico) resulta de mayor utilidad ver por qué hoy, en estas condiciones histórico-sociales, las predisposiciones se convierten con más facilidad en enfermedades y los enfermos son segregados y agravados con frecuencia.

La enfermedad mental quiéralo o no el psiquiatra, remite a crite

rios de adaptación social: curarse significa entrar de nuevo -- en la fila de los bienpensantes.

Siendo que la sociedad exige que no sea perturbado el orden, el acto psiquiátrico lo tiene en cuenta cuando considera al trastornado mental "como peligroso para si mismo y los demás", lo cual justificará su apartamiento de la sociedad.

Aún considerando los aspectos positivos que en su crítica y en la misma práctica han aportado las corrientes antipsiquiátricas, somos de la opinión de que la locura existe, aunque se refiera al campo de las relaciones humanas, y aún así, sabemos que si hay (y por cierto en grandes proporciones) enfermedades mentales relacionadas con aspectos somáticos y lesiones orgánicas. Podríamos decir que la locura es ante todo sufrimiento, pero es un sufrimiento que necesita ayuda y debe ser ayuda técnica. Toda práctica social y en este caso la médica-psiquiátrica tiene como función fundamental ser el instrumento, utilizado por la clase dominante para el control y dominio efectivos de la so ciedad.

Ya lo italianos hablan de una orientación nueva de la psiquiatría que debe evitar aumentar el poder de control de esta práctica sobre la ciudadanía (peligro real en las políticas de extensión de cobertura).

Aunque resulte atendible y certera la opinión de algunos antipsiquiatras, de rechazar en primer lugar la objetividad técnica detrás de la cual se esconden las dinámicas de poder, no puede afirmarse que la psiquiatría por no servir a la clase dominante deba llegar hasta negarse a si misma y "convertirse en acción política".

La práctica psiquiátrica puede enriquecer la acción política, cuando se acompaña su crítica al intento de una reconstrucción alternativa de la práctica científica. Negar la posibilidad de

una nueva psiquiatría, basada en la práctica social y cimentada en nuevos pilares científicos, presenta en esencia nuevas limitaciones como serían: cerrarse a nuevas posibilidades de investigación científica y concretas sobre la sociedad y sus factores patógenos. Otra limitación de esta postura sería el dejar libre el terreno a las ilusiones científicas y panterapéuticas en la creencia de que nuevos descubrimientos pueden por si mismos ser eficaces para vencer las enfermedades mentales, pasando por alto la participación de los trabajadores en las decisiones que se tomen.

Para el caso concreto de nuestro país, hemos caracterizado la psiquiatría dominante como una que, estando en concordancia con la práctica médica en general, en tanto biologicista, individualista, ahistórica y con una atención discriminada dependiendo de la ubicación socioeconómica de los grupos sociales a los que va dirigida, responde a la necesidad clasista del Estado que -- dentro del modelo organicista, llega a atribuir en su discurso, importancia a los factores sociales de la enfermedad mental, pero no estudia la génesis del fenómeno en la estructura social.

La enfermedad mental existe, estamos de acuerdo que no es una invención de los psiquiatras ni de la psiquiatría como pretenden algunos críticos dentro del llamado movimiento antipsiquiátrico. También consideramos que se manifiesta de muy diversas maneras (desde simples síntomas de conducta desviada hasta conductas francamente patológicas). No obstante, estamos en desacuerdo con el discurso oficial emitido en nuestro país por algunas autoridades en salud mental, quienes partiendo de lo anterior pretenden no menospreciar los factores sociales pero se -- cuidan de no sobrevalorar los factores sociales convirtiéndolos en explicación etiológica por sí mismos. Nosotros partimos aquí de la determinación que ejercen las relaciones sociales de producción dominantes en una sociedad en el origen de la enfermedad mental, en sus manifestaciones, así como en la actitud social de la comunidad hacia los considerados 'enfermos mentales'.

Decimos que la práctica médica, el acto médico, responde a la estructura de clases puesto que al que tiene más -en nuestro medio- se le da más y con mejores recursos. Lo mismo que en la concepción clasista de quien es enfermo mental: "El hijo del pobre loco, el hijo del rico, está fatigado".

Más que claro es el hecho de que la Secretaría de Salubridad y Asistencia brinde su atención y recursos a aquellos sectores más desprotegidos social, económica y educacionalmente de la sociedad. A los sectores productivos se les presta servicios diferentes que al resto de la población (tanto IMSS como ISSSTE subrogan pisos en hospitales de la S.S.A.).

Existe pues en nuestro país, una psiquiatría que en la práctica da una atención diferente de acuerdo a la clase social. Y si no queda muy clara la génesis de la enfermedad mental (hay psicóticos entre ricos y entre pobres), lo que si resulta evidente es el destino del enfermo mental cuando pertenece a una clase o a otra.

De la psiquiatría privada sabemos poco, pero tiene a su disposición los mejores recursos técnicos y el 50% de los psiquiatras existentes a nivel nacional, para la atención de sus "clientes" tanto a nivel de consulta privada como de hospitalización.

La seguridad social, claro intento del estado capitalista mexicano de minimizar la contradicción capital-trabajo, va a amortiguar los efectos de tal contradicción, manifiestos tanto en la pauperización creciente de amplios sectores del proletariado, como en la extenuación física y mental de los miembros de la clase trabajadora. También en el terreno de la enfermedad mental, el proletariado requiere atención adecuada que garantice a la clase capitalista la obtención de plusvalía, y que a él le permita continuar trabajando para obtener su salario. Para este fin, como ya se dijo, el IMSS, no contando con camas propias para hospitalización psiquiátrica subroga todos los servicios de sus pacien-

tes a otras instituciones, entre ellas la S.S.A.

El hospital, objeto de nuestra investigación representa uno de los 11 Hospitales Psiquiátricos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y las peculiaridades de su población, lleva a ratificar nuestro planteamiento inicial en el sentido de que, siendo la práctica psiquiátrica en nuestro país fundamentalmente curativa, ésta recibe una demanda social a la que no da una respuesta que realmente se traduzca en una mejoría del nivel de salud mental de la población ni en una reintegración y/o rehabilitación social del enfermo mental al que se brinda atención.

En primer lugar el nivel de salud mental de la población no va a depender del acceso a servicios de atención médica adecuada, como ya ha sido demostrado, sino de otra serie de condicionantes, entre las cuales, la principal es el de las condiciones en la calidad de vida de la población.

Ahora bien, en un país como el nuestro, dependiente y subdesarrollado en el que, al igual que en el resto de América Latina, aproximadamente el 10% de la población está en riesgo de ser enfermo mental en un momento de su vida y el 1% lo está y requiere de - - atención, y en el que además prevalecen condiciones de vida precarias para la mayoría de la población donde la desocupación, el - analfabetismo, la escasez de vivienda, y sobre todo la pérdida - creciente del poder adquisitivo del salario, son tan solo algunos de los problemas que le afectan, resulta un tanto utópico - - pensar en la buena atención del enfermo mental. Las economías - capitalistas subdesarrolladas no saben qué hacer con los enfermos recuperados y con los rezagados de la producción. En este - sentido la rehabilitación del enfermo mental donde no está resuelto el empleo es una utopía.

El Hospital estudiado da cuenta con otros 'asilos' de su función segregadora y de exclusión social. Aquí la psiquiatría se presenta como la justificación 'científica' de dicha exclusión y co

mo el intento de hacer menos manifiesta y más obligatoria la segregación.

La psiquiatría ha demostrado estar al servicio de la margina--ción. El medio hospitalario crea, la enfermedad institucional- que se agrega a la enfermedad inicial deformándola o fijándola- definitivamente. La enfermedad tiene aquí el carácter de una - condena y una serie de mecanismos operan para que ésta tenga la perduración de la cronicidad.

Lo anterior se constata en el hospital que estudiamos. El cró- nico, está condenado a serlo por el resto de sus días. Una in- clusión importante al respecto es que además de recibir aten--- ción de acuerdo a la clase social (atención de segunda a "gen- tes" de segunda), el enfermo mental después de ser diagnosticado, inicia su carrera como 'desviado social', sin posible retor- no a la "normalidad". Además de sufrir un deterioro creciente- de sus facultades mentales se le agregan otras enfermedades en- tre las que la desnutrición está presente en más del 50% de la- población hospitalizada.

Esta población conoce ya la dinámica del hospital psiquiátrico- su "carrera" se inició para la mayoría hace más de 10 años, in- cluso desde su estancia en el Manicomio General, y de ahí con - reingresos periódicos, han terminado por estabilizarse en este- Hospital Granja, olvidados y abandonados por sus familiares. El Hospital Psiquiátrico en un país como el nuestro, fabrica enfer- mos.

A nadie le cabe la menor duda, en la actualidad de que aquellos a los que se ha venido denominando psicóticos crónicos y que pue- blan millares de asilos, es el asilo mismo quien los ha creado, - y la sociedad de la que ha sido el instrumento. El asilo, se au- toabastece, se nutre de su propio producto: sin enfermos que - - constituyen su carne pletórica no habría asilos y sin asilos nun- ca hubiera habido suficientes enfermos como para hacer prolife-- rar esta ignomia llamada asilo.

En este sentido, resulta más importante que la enfermedad, la situación de desprotección en la que se encuentra el enfermo mental frente al mundo que lo rodea. El grado de su "locura" resulta secundario: enfermos muy graves no son internados. Aquí lo que cuenta es el contexto y más que 'la suerte', como algunos creen, nosotros diríamos que la clase social a la que pertenece el paciente.

VII. APENDICE ESTADISTICO

CUADRO 1

PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO
OCARANZA" SEGUN SEXO

SAN MIGUEL EYECALCO HIDALGO

MEXICO 1981

SEXO	NUMERO
MASCULINO	106
FEMENINO	209
TOTAL	315

Fuente: Investigación efectuada del 8 al 20 de Octubre de
1981

CUADRO 3
 PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA"
 SEGUN ESCOLARIDAD Y SEXO
 SAN MIGUEL EYECALCO, HDGO.
 MEXICO 1981

ESCOLARIDAD	S E X O		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
SIN ESCOLARIDAD	87	129	216
PRIMARIA INCOMPLETA	12	61	73
PRIMARIA COMPLETA	1	11	12
SECUNDARIA INCOMPLETA	1	3	4
SECUNDARIA COMPLETA	1	1	2
PREPARATORIA INCOMPLETA	0	0	0
PREPARATORIA COMPLETA	2	1	3
TECNICO	0	3	3
PROFESIONAL	2	0	2
TOTAL	106	209	315

Fuente: Investigación efectuada del 8 al 20 de Octubre de 1981

CUADRO 2

PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR FERNANDO
OCARANZA" SEGUN EDAD Y SEXO
SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
MEXICO 1981

EDAD	S E X O		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
5 - 14	23	7	31
15 - 24	57	41	98
25 - 34	14	72	86
35 - 44	5	36	41
45 - 54	2	17	19
55 - 64	2	9	11
65 y +	3	27	30
TOTAL	106	209	315

Fuente: Investigación efectuada del 8 al 20 de Octubre de 1981

CUADRO 3
 PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA"
 SEGUN ESCOLARIDAD Y SEXO
 SAN MIGUEL EYECALCO, HDGO.
 MEXICO 1981

ESCOLARIDAD	S E X O		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
SIN ESCOLARIDAD	87	129	216
PRIMARIA INCOMPLETA	12	61	73
PRIMARIA COMPLETA	1	11	12
SECUNDARIA INCOMPLETA	1	3	4
SECUNDARIA COMPLETA	1	1	2
PREPARATORIA INCOMPLETA	0	0	0
PREPARATORIA COMPLETA	2	1	3
TECNICO	0	3	3
PROFESIONAL	2	0	2
TOTAL	106	209	315

Fuente: Investigación efectuada del 8 al 20 de Octubre de 1981

CUADRO 4

PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE DR FERNANDO OCARANZA SEGUN
OCUPACION Y SEXO

SAN MIGUEL EYECALCO HIDALGO

MEXICO D.F.

OCUPACION	S E X O		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
SIN OCUPACION	89	82	171
TAREAS EN EL HOGAR	0	38	38
EMPLEADA DOMESTICA	0	55	55
CAMPESINO	3	13	16
OBRERO	4	0	4
EMPLEADOS	10	15	25
SE IGNORA	0	6	6
TOTAL	106	209	315

Fuente: Investigación realizada del 8 al 20 de Octubre de 1981

CUADRO 5
 PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR FERNANDO OCARANZA" SEGUN
 POSICION, RAMA DE ACTIVIDAD, GRUPOS DE EDAD Y SEXO

SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO

MEXICO 1981

POSICION EN LA OCUPACION Y GRUPO DE EDAD	SE IGNORA		S/OCU- PACION		AGRI- CULTURA		I N D U S T R I A								COMER- CIO		SER- VICIOS		NO ESPE- CIFICADOS		TOTAL		
	M	H	M	H	M	H	EXTRACT.		TRANSF.		CONSTR.		ENERGET.		M	H	M	H	M	H			
DE 8 A 11 AÑOS	0	0	4	4																			8
DE 12 A 34 AÑOS OBREROS EMPLEADOS EMPLEADORES TRAB. X SU CUENTA AYUDAN FAMILIA S/ret. SIN OCUPACION SE IGNORA						1											5	5			27		1 37 6 17 142 3
3			59	83																			
DE 35 A 64 AÑOS OBREROS EMPLEADOS EMPLEADORES TRAB. X SU CUENTA AYUDAN FAM. S/ret. SIN OCUPACION SE IGNORA								1						1			1		4	2	23		2 30 10 12 13 4
2	0		13	1	1																12	1	
DE 65 en adelante	1	0	6	1	1									1		1	1	1	-	17	-	30	
TOTAL	6	0	82	89	14	4	0	1	0	0	0	2		2	6	10	2	96	1			315	

Fuente: Investigación realizada del 8 al 20 de Octubre

* Clasificación adoptada por el VIII Censo General de Población 1960
 Resumen General México D.F. 1962

CUADRO 6
 PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR FERNANDO
 OCARANZA" SEGUN LUGAR DE ORIGEN Y SEXO

SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO

MEXICO 1981

LUGAR DE ORIGEN	S E X O		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
AGUASCALIENTES	-	1	1
BAJA CALIFORNIA T/N	1	3	4
BAJA CALIFORNIA T/S	-	-	-
CAMPECHE	-	-	-
COAHUILA	2	2	4
COLIMA	1	1	2
CHIAPAS	-	5	5
CHIHUAHUA	1	3	4
DISTRITO FEDERAL	55	84	139
DURANGO	1	-	1
GUANAJUATO	-	6	6
GUERRERO	-	4	4
HIDALGO	13	20	33
JALISCO	0	6	6
MEXICO	7	13	20
MICHOACAN	2	8	10
MORELOS	-	2	2
NAYARIT	-	2	2
NUEVO LEON	2	-	2
OAXACA	3	2	5
PUEBLA	4	3	7
QUERETARO	-	1	1
QUINTANA ROO	-	-	-
SAN LUIS POTOSI	-	3	3
SINALOA	-	1	1
SONORA	-	-	-
TABASCO	1	-	1
TAMAULIPAS	1	-	1
TLAXCALA	-	1	1
VERACRUZ	2	6	8
YUCATAN	1	-	1
ZACATECAS	1	-	1
FRANCIA	-	1	1
SE IGNORA	8	31	39
T O T A L	106	209	315

Fuente: Investigación efectuada de 8 al 20 de Octubre de 1981

CUADRO 7
 PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR FERNANDO OCARANZA" SEGUN
 ESTADO CIVIL Y SEXO

SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
 MEXICO 1981

ESTADO CIVIL	S E X O		T O T A L
	MASCULINO	FEMENINO	
SOLTERO	103	164	267
UNION LIBRE	0	25	25
CASADO	1	9	10
DIVORCIADO	1	3	4
VIUDO	1	8	9
T O T A L	106	209	315

Fuente: Investigación efectuada del 8 al 20 de Octubre de 1981

CUADRO 8

PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR FERNANDO OCARANZA" SEGUN
TIEMPO DE PERMANENCIA HOSPITALARIA Y SEXO.

SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
MEXICO 1981

TIEMPO DE PERMANENCIA HOSPITALARIA	S E X O		T O T A L
	MASCULINO	FEMENINO	
0 - 1	27	46	73
2 - 3	19	17	36
4 - 5	24	31	55
6 - 7	12	27	39
8 - 9	8	23	31
10 - 11	5	5	10
12 - 13	11	60	71
TOTAL	106	209	315

Fuente: Investigación efectuada del 8 al 20 de Octubre de 1981

CUADRO 9
 PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR FERNANDO OCARANZA" SEGUN
 SEXO Y NUMERO DE ASOCIACION DE DIAGNOSTICOS DE INGRESO

SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO

MEXICO 1981

S E X O	D I A G N O S T I C O S				T O T A L
	U N I C O	D O B L E	T R I P L E	C U A D R U P L E	
M A S C U L I N O	54	44	7	1	106
F E M E N I N O	159	48	1	1	209
T O T A L	213	92	8	2	315

Fuente Investigación efectuada del 8 al 20 de Octubre de 1981

CUADRO 10
 PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE DR FERNANDO OCARANZA SEGUN DIAGNOSTICO UNICO
 DE INGRESO Y SEXO

SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
 MEXICO 1981

RUBRO	DIAGNOSTICO DE INGRESO	SEXO		TOTAL
		MASCULINO	FEMENINO	
		10	55	65
290	Psicosis (290-299)			
	Demencia senil y presenil			
0	Demencia senil		4	
293	Psicosis con afección cerebral			
9	Con afecciones cerebrales		1	
294	Psicosis con afección Somática			
3	Con intoxicación de drogas		1	
4	Con el parto			
295	Esquizofrenia			
0	Tipo simple		5	
1	Tipo Hebefrenico	1	7	
2	Tipo Catatonico	1	2	
3	Tipo Paranoide	4	15	
6	Esquizofrenia Residual		2	
7	Tipo Esquizoaectivo		1	
8	Otros	2	6	
9	Tipo no especificado	1	1	
296	Psicosis Afectivas			
3	Psicosis Maniaco Depresiva Circular		2	
8	Otros		1	
298	Otras Psicosis			
9	Psicosis Reactiva sin otra especificación	1	6	
	Neurosis y Trastornos no Psicoticos (300-303)	0	2	2
	Neurosis de Ansiedad		1	
301	Trastornos de la Personalidad			
9	Tipo no especificado		1	
307	Trastornos Transitorios de Inadaptación a situaciones especiales	1		1
308	Trastornos de conducta en la infancia		1	1
309	Trastornos mentales no especificados como psicoticos asociados con afecciones Somaticas (SOC)			
		7	15	22
	Oligofrenia (310-315)	29	66	95
310	Oligofrenia Liminal	2	3	
311	Oligofrenia Discreta	2	6	
312	Oligofrenia Moderada	2	5	
313	Oligofrenia Severa	3	27	
314	Oligofrenia Grave	20	25	
	Otras enfermedades del Sistema Nervioso Central (340-359)	7	19	26
343	Paralisis Cerebral Espasmodico Infantil	1	1	
345	Epilepsia			
0	No Convulsiva Generalizada	2	5	
1	Convulsiva Generalizada		3	
2	Estado Epileptico	4	9	
3	Parcial		1	
	NEUROLUES CONGENITA		1	1
	T O T A L	54	159	213

Fuente: Investigación efectuada del 8 al 20 de Octubre de 1981

CUADRO 11
 PACIENTES HOMBRES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA"
 SEGUN DIAGNOSTICO DE OLIGOFRENIA ASOCIADO CON OTROS PADECIMIENTOS

SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
 MEXICO 1981

OLIGOFRENIA	TOTAL	DIAGNOSTICOS ASOCIADOS					
		EPILEPSIA	S. O. C.	PSICOSIS	PARALISIS CEREBRAL	ALCOHOLISMO	SINDROME DE DOWN
SUPERFICIAL	—	—					
MEDIA	4	2		1		1	
SEVERA *	17	8	5	2	2		1
PROFUNDA	16	10	4	1	1		
NO ESPECIFICA**	8	5	6	2			
TOTAL	45	25	15	6	3	1	1

Nota aclaratoria : * El total no corresponde a la suma de los diagnosticos asociados por registrarse un diagnostico cuádruple.

** El total no corresponde a la suma de los diagnosticos asociados por registrarse 5 diagnosticos triples

Fuente: Investigación efectuada del 8 al 20 de Octubre de 1981

CUADRO 12
 PACIENTES MUJERES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR FERNANDO OCARANZA"
 CON DIAGNOSTICO DE OLIGOFRENIA ASOCIADO CON OTROS PADECIMIENTOS
 SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
 MEXICO 1981

OLIGOFRENIA	TOTAL	DIAGNOSTICOS ASOCIADOS						
		EPILEPSIA	S. O. C.	PSICOSIS	TRASTORNOS CONDUCTA	SINDROME RABIN	ENF. WILSON	COREATETOSIS
SUPERFICIAL								
MEDIA	6	4	.	2				
SEVERA *	9	3	5				1	1
PROFUNDA	6	2	2	1	1			
NO ESPECIFICA**	7	4	2	1		1		
TOTAL	28	13	9	4	1	1	1	1

Nota aclaratoria: * La suma de los dignosticos asociados no corresponde al total pues está registrado un diagnóstico triple
 ** La suma de los diagnosticos asociados no corresponde al total pues está registrado un diagnostico triple

Fuente: Investigación efectuada del 8 al 20 de Octubre de 1981

CUADRO 13

PACIENTES DEL SEXO MASCULINO DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA" SEGUN DIAGNOSTICO DE EPILEPSIA ASOCIADO CON OTROS PADECIMIENTOS.

SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
MEXICO 1981

EPILEPSIA	TOTAL	DIAGNOSTICOS ASOCIADOS		
		OLIGOFRENIA	S. O. C.	PSICOSIS
CONVULSIVA	11	11		-
NO ESPECIFICADA	19	15	3	1
TOTAL	30	26	3	1

Fuente: Investigación efectuada del 8 al 20 de Octubre de 1981

CUADRO 14

PACIENTES DEL SEXO FEMENINO DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR FERNANDO OCARANZA" SEGUN DIAGNOSTICO DE EPILEPSIA ASOCIADO CON OTROS PADECIMIENTOS.

SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO

MEXICO 1981

EPILEPSIA	TOTAL	DIAGNOSTICOS ASOCIADOS		
		OLIGOFRENIA	S. O. C.	PSICOSIS
CONVULSIVA	4	3	-	1
NO ESPESIFICADA	21	10	11	-
T O T A L	25	13	11	1

Fuente: Investigación efectuada del 8 al 20 de Octubre de 1981

CUADRO 15

PACIENTES HOMBRES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR FERNANDO OCARANZA"
SEGUN DIAGNOSTICO DE SINDROME ORGANICO CEREBRAL ASOCIADO CON
OTROS PADECIMIENTOS

SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
MEXICO 1981

	TOTAL	DIAGNOSTICOS ASOCIADOS				
		OLIGOFRENIA	EPILEPSIA	FARMACODEPENDENCIA	TRASTORNOS DE CONDUCTA	HERETISMO
S.O.C.*	18	6	12	1	1	1

Nota aclaratoria: * La suma de los diagnósticos asociados no responde al total, por estar registrado un diagnostico cuádruple

Fuente: : Investigación realizada del 8 al 20 de Octubre de 1981

CUADRO 16

PACIENTES MUJERES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA"
SEGUN DIAGNOSTICO DE SINDROME ORGANICO CEREBRAL ASOCIADO CON
OTROS PADECIMIENTOS

SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO

MEXICO 1981

	TOTAL	DIAGNOSTICO ASOCIADO			
		OLIGOFRENIA	EPILEPSIA	PSICOSIS	FARMACODEPENDENCIA
S O C.	25	9	11	4	1

Fuente: Investigación efectuada del 8 al 20 de Octubre de 1981

CUADRO 17

PACIENTES HOMBRES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA"
SEGUN DIAGNOSTICO DE PSICOSIS ASOCIADO CON OTROS PADECIMIENTOS

SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO

MEXICO 1981

	DIAGNOSTICOS ASOCIADOS		
	TOTAL	OLIGOFRENIA	EPILEPSIA
PSICOSIS	7	6	1

Fuente: Investigación realizada del 8 al 20 de Octubre de 1981

CUADRO 18

PACIENTES MUJERES DEL HOSPITAL CAMPESTRE DR FERNANDO OCARANZA
SEGUN DIAGNOSTICO DE PSICOSIS ASOCIADO CON OTROS PADECIMIENTOS

SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO

MEXICO 1981

	TOTAL	DIAGNOSTICOS ASOCIADOS					
		OLIGOFRENIA	EPILEPSIA	S. O. C.	FARMACO - DEPENDENCIA	D. SENIL	ACIOMEGALIA
PSICOSIS	15	4	2	4	1	3	1

Fuente: Investigación efectuada del 8 al 20 de Octubre de 1981

CUADRO 19

PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR FERNANDO OCARANZA" SEGUN SEXO Y VARIACION DEL DIAGNOSTICO DURANTE ESTANCIA HOSPITALARIA

SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO

MEXICO 1981

SEXO	VARIACION DIAGNOSTICO DURANTE ESTANCIA HOSPITALARIA		TOTAL
	SI *	NO	
MUJERES	62	147	209
HOMBRES	28	78	106
TOTAL	90	225	315

Fuente: Investigación efectuada del 8 al 20 de Octubre de 1981

* Nota: La variación en el 100 % de los casos fué dada por la suma de nuevos diagnósticos al ya existente

CUADRO 20

PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR FERNANDO OCARANZA" SEGUN TIPO DE TRATAMIENTO RECIBIDO Y SEXO

SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO

MEXICO D.F.

TIPO DE TRATAMIENTO RECIBIDO	S E X O				T O T A L	
	MASCULINO		FEMENINO		SI	NO
	SI	NO	SI	NO		
PSICOFARMACOS	100	6	182	27	282	33
TERAPIA OCUPACIONAL	9	97	44	165	53	262
ACTIVIDADES EN EL HOSPITAL *	19	87	31	178	50	265

Fuente: Investigación realizada del 8 al 20 de Octubre de 1981

* Nota aclaratoria: En este rubro se consignaron a los pacientes que ayudan al personal en tareas de cocina, limpieza de pabellón, oficinas y jardinería.

CUADRO 21

PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR FERNANDO OCARANZA" SEGUN SEXO E INCAPACIDAD FISICA

SAN MIGUEL EYECALCO. HIDALGO

MEXICO 1981

SEXO	INCAPACIDAD FISICA			TOTAL
	COMPLETA	PARCIAL	NULA	
MASCULINO	6	49	51	106
FEMENINO	20	101	88	209
TOTAL	26	150	139	315

Fuente: Investigación efectuada del 8 al 20 de Octubre de 1981

CUADRO 22

INCAPACITADOS PARCIALES SEGUN TRATAMIENTO REHABILITARIO Y SEXO.
DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR FERNANDO OCARANZA"

SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
MEXICO 1981

INCAPACITADOS PARCIALES	TRATAMIENTO REHABILITARIO		TOTAL
	SI	NO	
MASCULINO	13	36	49
FEMENINO	51	50	101
TOTAL	64	86	150

Fuente: Investigación efectuada del 8 al 20 de Octubre de 1981

CUADRO 23

INCAPACITADOS TOTALES SEGUN TRATAMIENTO REHABILITATORIO Y SEXO
DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA"

SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO

MEXICO 1981

INCAPACITADOS TOTALES	TRATAMIENTO REHABILITATORIO		T O T A L
	SI	NO	
MASCULINO	4	2	6
FEMENINO	17	3	20
T O T A L	21	5	26

Fuente: Investigación efectuada del 8 al 20 de Octubre de 1981

CUADRO 24

PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR FERNANDO OCARANZA" SEGUN SEXO Y HOSPITAL DE PROCEDENCIA

SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
MEXICO 1981

SEXO	PROCEDENCIA HOSPITALARIA						TOTAL
	SIN INGRESO HOSP ANTE- RIOR	PROCURADURIA Y DELEGA- CION	HOSPITAL PSIQUIATRICO			OTRAS INSTITUCIONES MEDICAS	
			CASTAÑEDA	OTROS	SUBTOTAL		
MASCULINO	18	8	11	41	52	28	106
FEMENINO	31	4	54	89	143	31	209
TOTAL	49	12	65	130	195	59	315

Fuente: Investigación efectuada del 8 al 20 de Octubre de 1981

CUADRO 25

PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA" SEGUN SEXO Y EXISTENCIA DE FAMILIARES

SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO

MEXICO 1981

SEXO	EXISTENCIA DE FAMILIARES		TOTAL
	SI	NO	
MASCULINO	37	69	106
FEMENINO	88	121	209
TOTAL	125	190	315

Fuente: Investigación efectuada del 8 al 20 de Octubre de 1981

CUADRO 26

PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA" SEGUN
OCUPACION DE LOS FAMILIARES Y SEXO

SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO

MEXICO 1981

OCUPACION DE LOS FAMILIARES			T O T A L
	MASCULINO	FEMENINO	
SIN OCUPACION	-	2	2
TAREAS EN HOGAR	1	13	14
TRAB. DOMESTICA	8	15	23
CAMPESINO	2	7	9
OBRERO	9	21	30
EMPLEADOS	17	28	45
SE IGNORA	-	2	2
T O T A L	37	88	125

Fuente: Investigación efectuada del 8 al 20 de Octubre de 1981

CUADRO 27

PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA" SEGUN
INGRESO ECONOMICO FAMILIAR Y SEXO

SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO

MEXICO 1981

INGRESO ECONOMICO FAMILIAR	S E X O		T O T A L
	MASCULINO	FEMENINO	
> 1000 *	1	3	4
DE 1000 A 3000	13	34	47
DE 4000 A 6000	9	22	31
DE 7000 A 9000	9	20	29
DE 10000 A 12000	4	7	11
DE 13000 A 15000	1	-	1
DE 16000 A 18000	-	2	2
T O T A L	37	88	125

Fuente: Investigación efectuada del 8 al 20 de Octubre de 1981

* Cantidades estimadas en pesos Mexicanos

CUADRO 28

PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR FERNANDO OCARANZA" SEGUN LUGAR DE RESIDENCIA DE LOS FAMILIARES Y SEXO

SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
MEXICO 1981

LUGAR DE RESIDENCIA DE LOS FAMILIARES	S E X O		T O T A L
	MASCULINO	FEMENINO	
AGUAS CALIENTES	-	-	-
BAJA CALIFORNIA	1	2	3
BAJA CALIFORNIA S.	-	-	-
CAMPECHE	-	-	-
COAHUILA	1	1	2
COLIMA	-	-	-
CHIAPAS	-	-	-
CHIHUAHUA	-	2	2
DISTRITO FEDERAL	20	49	69
DURANGO	-	-	-
GUANAJUATO	-	2	2
GUERRERO	-	2	2
HIDALGO	5	6	11
JALISCO	-	1	1
MEXICO	3	11	14
MICHOACAN	1	2	3
MORELOS	-	1	1
NAYARIT	-	-	-
NUEVO LEON	-	-	-
OAXACA	-	1	1
PUEBA	2	-	2
QUERETARO	-	1	1
QUINTANA ROO	-	-	-
SAN LUIS POTOSI	-	1	1
SINALOA	-	1	1
SONORA	-	-	-
TABASCO	-	-	-
TAMAULIPAS	1	-	1
TLAXCALA	-	-	-
VERACRUZ	1	2	3
YUCATAN	-	-	-
ZACATECAS	1	-	1
SE IGNORA	1	3	4
T O T A L	37	88	125

FUENTE: INVESTIGACION EFECTUADA DEL 8 AL 20 DE OCTUBRE DE 1981

CUADRO 29

PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA" SEGUN SEXO Y VISITA FAMILIAR

SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
MEXICO 1981

SEXO	VISITA FAMILIAR		TOTAL
	SI	NO	
MASCULINO	24	13	37
FEMENINO	44	44	88
TOTAL	68	57	125

Fuente: Investigación efectuada del 8 al 20 de Octubre de 1981

CUADRO 30

PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA" CON POR LO MENOS UN FAMILIAR, SEGUN NUMERO DE OTROS FAMILIARES A SU CARGO Y SEXO

SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
MEXICO 1981

N ^o . DE FAMILIARES	S E X O		T O T A L
	MASCULINO	FEMENINO	
0 MIEMBROS	3	14	17
DE 1 A 3	15	27	42
DE 4 A 6	14	27	41
DE 7 A 9	5	18	23
DE 10 A 12	-	1	1
DE 13 A 15	-	1	1
T O T A L	37	88	125

Fuente: Investigación efectuada del 8 al 20 de Octubre de 1981

CUADRO 31

PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA" SEGUN SEXO Y DESNUTRICION

SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO

MEXICO 1981

SEXO	DESNUTRICION		TOTAL
	SI	NO	
MASCULINO	65	41	106
FEMENINO	90	119	209
TOTAL	155	160	315

Fuente: Investigación efectuada del 8 al 20 de Octubre de 1981

CUADRO 32

PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE DR FERNANDO OCARANZA SEGUN SEXO, CONTROL DE ESFINTERES Y AUTOSUFICIENCIA EN EL ALIÑO PERSONAL

SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
MEXICO 1981

SEXO	CONTROLAN ESFINTERES		AUTOSUFICIENCIA EN EL ALIÑO PERSONAL	
	SI	NO	SI	NO
MASCULINO	56	50	86	20
FEMENINO	133	76	192	17
TOTAL	189	126	278	37

Fuente: Investigación efectuada del 8 al 20 de Octubre de 1981

CUADRO 33
 PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR FERNANDO OCARANZA" SEGUN
 GRUPOS DE EDAD ESTADO CIVIL Y SEXO
 SAN MIGUEL EYECALCO HIDALGO
 MEXICO 1981

GRUPOS DE EDAD	ESTADO CIVIL																TOTAL					
	SOLTERO				UNION LIBRE				CASADO				DIVORCIADO				VIUDO				No	%
	M	F	SUB TOTAL	%	M	F	SUB TOTAL	%	M	F	SUB TOTAL	%	M	F	SUB TOTAL	%	M	F	SUB TOTAL	%		
5 - 14	23	7	30	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	30	100
15 - 24	57	40	97	99	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98	100
25 - 34	14	56	70	81	-	12	12	14	-	4	4	5	-	-	-	-	-	-	-	-	86	100
35 - 44	4	24	28	68	-	8	8	20	-	1	1	2	-	-	-	-	1	3	4	10	41	100
45 - 54	-	13	13	68.5	-	2	2	10.5	1	1	2	10.5	1	1	2	10.5	-	-	-	-	19	100
55 - 64	2	6	8	73	-	-	-	-	-	1	1	9	-	2	2	18	-	-	-	-	11	100
65 Y +	3	18	21	70	-	2	2	7	-	2	2	7	-	-	-	-	-	5	5	16	30	100
TOTAL	103	164	267	85	-	25	25	8	1	9	10	3	1	3	4	1	1	8	9	3	115	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA DEL 8 AL 20 DE OCTUBRE DE 1981

CUADRO 34
 PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR FERNANDO OCARANZA" SEGUN
 GRUPOS DE EDAD, PROCEDENCIA HOSPITALARIA Y SEXO
 SAN MIGUEL EYECALCO. HIDALGO
 MEXICO 1981

GRUPOS DE EDAD	P R O C E D E N C I A																		TOTAL	
	SIN INGRESO HOSP. ANTERIOR				PROCURADURIA Y DELEGACION				HOSPITAL PSIQUIATRICO						OTRAS INSTITUCIONES MEDICAS				No	%
	M	F	SUB T.	%	M	F	SUB T.	%	Castañeda		OTROS		SUB TOTAL	%	M	F	SUB T.	%		
									M	F	M	F								
5 - 14	3	1	4	13	1	1	2	7	-	-	10	2	12	40	9	13	12	40	30	100
15 - 24	12	9	21	215	6	1	7	7.5	3	1	18	20	42	42.5	18	10	28	28.5	98	100
25 - 34	1	10	11	13	1	1	2	2	2	12	9	40	63	73	1	9	10	12	86	100
35 - 44	2	2	4	10	-	-	-	-	-	11	13	19	33	80	-	4	4	10	41	100
45 - 54	-	3	3	16	-	1	1	5	2	5	-	4	11	58	-	4	4	21	79	100
55 - 64	-	1	1	9	-	-	-	-	1	6	1	1	9	82	-	1	1	9	77	100
65 y +	-	5	5	17	-	-	-	-	3	19	-	3	25	83	-	-	-	-	30	100
TOTAL	18	31	49	15	8	4	12	4	11	54	41	89	195	62	28	31	59	19	315	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA DEL 8 AL 20 DE OCTUBRE DE 1981

CUADRO 35
 PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA" SEGUN
 ESCOLARIDAD, OCUPACION Y SEXO
 SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
 MEXICO 1981

ESCOLARIDAD	O C U P A C I O N																												TOTAL	
	SIN OCUPACION				TAREAS EN EL HOGAR				EMPLEADA DOMESTICA				CAMPESINO				OBRERO				EMPLEADOS				SE IGNORA				No	%
	M	F	ST	%	M	F	ST	%	M	F	ST	%	M	F	ST	%	M	F	ST	%	M	F	ST	%	M	F	ST	%		
SIN ESCOLARIDAD	81	68	149	69	-	15	15	7	-	30	30	14	-	10	10	5	3	-	3	1	3	-	3	1	-	6	6	3	216	100
PRIMARIA INCOMPLETA	7	10	17	23.2	-	20	20	27.3	-	21	21	29	3	3	6	8.2	-	-	-	-	2	7	9	12.3	-	-	-	73	100	
PRIMARIA COMPLETA	-	3	3	25	-	3	3	25	-	2	2	16.6	-	-	-	-	1	-	1	8.4	-	3	3	25	-	-	-	-	12	100
SECUNDARIA INCOMPLETA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	3	7.5	-	-	-	4	100
SECUNDARIA COMPLETA	-	1	1	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	50	-	-	-	2	100
PREPARATORIA INCOMPLETA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PREPARATORIA COMPLETA	1	-	1	33.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2	66.7	-	-	-	3	100
TECNICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	3	100	-	-	-	-	3	100
PROFECIONAL	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2	100	-	-	-	2	100
TOTAL	89	82	171	54.3	-	38	38	12.1	-	54	54	17	3	13	16	5.1	4	-	4	1.3	10	16	26	8.2	-	6	6	2	315	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA DEL 8 AL 20 DE OCTUBRE 1981

CUADRO 36
 PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA"
 SEGUN GRUPOS DE EDAD Y TIEMPO DE PERMANENCIA HOSPITALARIA
 SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
 MEXICO, 1981

GRUPOS DE EDAD	TIEMPO DE PERMANENCIA HOSPITALARIA								TOTAL	TOTAL ACUMULADO
	0 - 1	2 - 3	4 - 5	6 - 7	8 - 9	10 - 11	12 - 13			
0 - 9	4	-	-	-	-	-	-	4	4	
10 - 19	34	14	22	9	3	-	-	82	86	
20 - 29	15	9	17	13	10	6	14	84	170	
30 - 39	13	6	11	8	12	3	16	69	239	
40 - 49	2	4	3	4	2	1	8	24	263	
50 - 59	2	-	-	3	1	-	11	17	280	
60 - 69	1	-	1	1	1	-	6	10	290	
70 - 79	2	3	1	1	1	-	12	20	310	
80 - 89	-	-	-	-	1	-	4	5	315	
TOTAL	73	36	55	39	31	10	71	315	315	

EN AÑOS CUMPLIDOS DE PERMANENCIA
 FUENTE: INVESTIGACION EFECTUADA DEL 8 AL 20 DE OCTUBRE DE 1981

CUADRO 37

PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA"
SEGUN TIEMPO DE PERMANENCIA HOSPITALARIA, DIAGNOSTICO Y
TRATAMIENTO
SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
MEXICO 1981

TIEMPO DE PERMANENCIA HOSPITALARIA	DIAGNOSTICO *																				TOTAL					
	OLIGOFRENIA (123)								PSICOSIS (83)				PARALISIS CEREBRAL INF. (5)		EPILEPSIA (49)		S.O.C. (50)		NEUROSIS (2)		TRASTORNOS CONDUCTA (2)		NEUROLUES CONGENITA (1)		TOTAL	
	MEDIA (21)		SEVERA (49)		PROFUNDA (15)		NO ESPECIFICADA (76)																PSICO-FARMACOS		T.O.**	
	PSICO-FARMA	TO	PSICO-FARMA	TO	PSICO-FARMA	TO	PSICO-FARMA	TO	PSICO-FARMA	TO	PSICO-FARMA	TO	PSICO-FARMA	TO	PSICO-FARMA	TO	PSICO-FARMA	TO	PSICO-FARMA	TO	PSICO-FARMA	TO	No.	%	No.	%
0-1	5	1	10	-	4	-	2	-	13	2	2	-	7	-	24	2	-	-	1	-	-	-	68	24.3	5	6.1
2-3	3	-	5	-	6	2	-	-	6	1	-	-	6	2	5	-	1	-	-	1	-	-	32	11.4	7	8.5
4-5	3	1	9	3	14	-	1	1	8	5	1	-	9	3	7	-	-	-	-	-	-	-	52	18.6	13	15.8
6-7	2	1	4	1	5	1	-	-	10	7	-	-	10	6	3	2	-	-	-	-	-	-	34	12.1	18	21.9
8-9	-	-	4	1	5	-	1	1	9	5	1	-	7	3	2	-	-	-	-	-	1	-	30	10.7	10	12.2
10-11	1	-	-	-	2	-	-	-	2	1	-	-	2	1	3	2	-	-	-	-	-	-	10	3.6	4	4.9
12-13	3	2	12	7	5	3	1	1	21	6	1	-	7	5	3	1	1	-	-	-	-	-	54	19.3	25	30.6
TOTAL	17	5	44	12	41	6	5	3	69	27	5	-	48	20	47	7	2	-	1	1	1	-	280	100	82	100

FUENTE: INVESTIGACION REALIZADA DEL 8 AL 20 DE OCTUBRE DE 1981

* EN DIAGNOSTICO SE COMPUTARON LOS DIAGNOSTICOS ASOCIADOS TOMANDO EL PRIMER DIAGNOSTICO

** SE INCLUYEN LOS PACIENTES QUE REALIZAN ACTIVIDADES EN EL HOSPITAL

CUADRO 38

PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA" SIN TRATAMIENTO DE PSICO FARMACOS Y TERAPIA OCUPACIONAL SEGUN TIEMPO DE PERMANENCIA HOSPITALARIA Y DIAGNOSTICO

SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
MEXICO 1981

TIEMPO PERMANEN- CIA HOSPITALARIA	D I A G N O S T I C O			T O T A L
	OLIGOFRENIA	PSICOSIS	S.O.C.	
DE 0 A 1 AÑO	2	—	2	4
DE 2 A 3 AÑOS	1	1	1	3
DE 4 A 5 AÑOS	1	—	—	1
DE 6 A 7 AÑOS	2	—	—	2
DE 8 A 9 AÑOS	—	1	—	1
DE 10 A 11 AÑOS	—	—	—	—
DE 12 A 13 AÑOS	3	8	—	11
T O T A L	9	10	3	22

FUENTE: INVESTIGACION EFECTUADA DEL 8 AL 20 DE OCTUBRE DE 1981

CUADRO 39

PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA"
 SEGUN GRADO DE INCAPACIDAD FISICA, TRATAMIENTO RECIBIDO
 CONTROL DE ESFINTERES, AUTOSUFICIENCIA EN ALIÑO PERSONAL
 Y DESNUTRICION

GRADO DE INCAPACIDAD FISICA	TRATAMIENTO REHABILITAT		CONTROL DE ESFINTERES		AUTOSUFICIENCIA ALIÑO		DESNUTRICION	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
COMPLETA	21	5	3	23	-	26	14	12
PARCIAL	64	86	100	50	139	11	70	80
NULA	-	-	86	53	139	-	71	68
TOTAL	85	91	189	126	278	37	155	160

FUENTE: INVESTIGACION EFECTUADA DEL 8 AL 20 DE OCTUBRE DE 1981

CUADRO 40
 PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA"
 SEGUN DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
 SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
 MEXICO, 1976

ORDEN	CAUSA	CLAVE O.M.S. (CIE8)	DEFUNCIONES		INDICE DE MORTALIDAD *
			TOTAL	%	
1	GASTROENTERITIS Y COLITIS INFECCIOSA	009.0	18	20.0	6.8
2	DESNUTRICION PROTEICOALORI- CA GRAVE	262.x	14	15.6	5.3
3	ABSCESO AMIBIANO	006.3	12	13.3	4.5
4	DIARREA DE ORIGEN INFECCIOSO	009.3	9	10.0	3.4
5	BRONCONEUMONIA	485.x	8	8.9	3.0
6	CONGESTION HIPOSTATICA PUL- MONAR	514.x	4	4.5	1.5
7	PARASITOSIS INTESTINAL SIN OTRA ESPECIFICACION (J ^o Grado)	129.x	3	3.3	1.1
8	DESNUTRICION DE GRADO MODERADO (20)	263.0	2	2.2	0.80
9	ENFERMEDAD CEREBRO VASCU- LAR AGUDA MAL DEFINIDA	436.x	2	2.2	0.80
10	ENTERITIS BACTERIANA SIN OTRA ESPECIFICACION	008.5	1	1.1	0.40
	RESTO DE CAUSAS	000-999.9	17	18.9	6.4
T O T A L			90	100	34.0

FUENTE: DEPARTAMENTO DE BIOESTADISTICA DE LA DIRECCION GENERAL DE SALUD MENTAL SSA. (1981)
 NOTA: * SE CALCULO EN BASE A LOS 264 EGRESOS DE 1976

CUADRO 41
 PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA" SEGUN
 MORTALIDAD EN LOS PRIMEROS GRUPOS DE EDAD
 SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
 MEXICO 1976

ORDEN	GRUPOS DE EDAD	DEFUNCIONES		INDICE DE MORTALIDAD *
		TOTAL	%	
1	10 - 14	11	12.2	4.1
2	20 - 24	10	11.1	3.8
3	65 - 69	10	11.1	3.8
4	70 - 74	8	8.9	3.0
5	60 - 64	7	7.8	2.6
6	15 - 19	6	6.7	2.3
7	25 - 29	6	6.7	2.3
8	30 - 34	5	5.5	1.9
9	35 - 39	5	5.5	1.9
10	50 - 54	5	5.5	1.9
	RESTO DE GRUPOS	17	19.0	6.4
	T O T A L	90	100	34.0

FUENTE: DEPARTAMENTO DE BIOESTADISTICA DE LA DIRECCION GENERAL DE SALUD MENTAL S.S.A.

NOTA: * SE CALCULO EN BASE A LOS 264 EGRESOS DE 1976

CUADRO 42
 PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE DR. FERNANDO OCARANZA SEGUN
 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
 SAN MIGUEL EYECALCO HIDALGO
 MEXICO 1977

ORDEN	CAUSA	CLAVE O. M. S.	DEFUNCIONES		INDICE DE MORTALIDAD *
			TOTAL	%	
1	BRONCONEUMONIA	485. x	9	19.1	5.0
2	DIARREA DE ORIGEN INFECCIOSO	009.3	8	17.0	4.4
3	ABSCESO AMIBIANO HEPATICO	006.3	5	10.7	2.7
4	GASTROENTERITIS Y COLITIS INFECCIOSA	009.0	3	6.4	1.7
5	DESNUTRICION PROTEINOCALORICA GRAVE	262. x	3	6.4	1.7
6	ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL	436. x	3	6.4	1.7
7	CAUSAS MAL DEFINIDAS Y DESCONOCIDAS	799.8	3	6.4	1.7
8	ULCERA AL DESCUBIERTO	707.0	2	4.3	1.1
9	SEPTICEMIA NO ESPECIFICADO	038.9	1	2.1	0.5
10	PARASITOSIS INTESTINAL	129. +	1	2.1	0.5
	RESTO DE CAUSAS	000 - 999	9	19.1	5.0
	T O T A L		47	100	26.0

FUENTE: DEPARTAMENTO DE BIOESTADISTICA DIRECCION GENERAL DE SALUD MENTAL SSA

NOTA: * SE CALCULO EN BASE AL NUMERO TOTAL DE EGRESOS PARA ESE AÑO, QUE FUE DE 181

CUADRO 43
 PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR FERNANDO OCARANZA" SEGUN
 MORTALIDAD EN LOS DIEZ PRINCIPALES GRUPOS DE EDAD
 SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
 MEXICO 1977

ORDEN	GRUPO DE EDAD	DEFUNCIONES		INDICE DE MORTALIDAD*
		TOTAL	%	
1	15 - 19	9	19.1	5.0
2	25 - 29	6	12.7	3.3
3	20 - 24	5	10.6	3.0
4	10 - 14	4	8.5	2.2
5	45 - 49	3	6.4	1.6
6	60 - 64	3	6.4	1.6
7	70 - 74	3	6.4	1.6
8	5 - 9	2	4.3	1.1
9	40 - 44	2	4.3	1.1
10	65 - 69	2	4.3	1.1
	RESTO DE GRUPOS	8	17.0	4.4
		47	100.0	26.0

FUENTE: DEPARTAMENTO DE BIOESTADISTICA DIRECCION GENERAL DE SALUD MENTAL

NOTA: * SE CALCULO EN BASE AL TOTAL DE EGRESOS (181) PARA ESE AÑO

CUADRO 43
 PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR FERNANDO OCARANZA" SEGUN
 MORTALIDAD EN LOS DIEZ PRINCIPALES GRUPOS DE EDAD
 SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
 MEXICO 1977

ORDEN	GRUPO DE EDAD	DEFUNCIONES		INDICE DE MORTALIDAD*
		TOTAL	%	
1	15 - 19	9	19.1	5.0
2	25 - 29	6	12.7	3.3
3	20 - 24	5	10.6	3.0
4	10 - 14	4	8.5	2.2
5	45 - 49	3	6.4	1.6
6	60 - 64	3	6.4	1.6
7	70 - 74	3	6.4	1.6
8	5 - 9	2	4.3	1.1
9	40 - 44	2	4.3	1.1
10	65 - 69	2	4.3	1.1
	RESTO DE GRUPOS	8	17.0	4.4
		47	100.0	26.0

FUENTE: DEPARTAMENTO DE BIOESTADISTICA DIRECCION GENERAL DE SALUD MENTAL

NOTA: * SE CALCULO EN BASE AL TOTAL DE EGRESOS (181) PARA ESE AÑO

CUADRO 45
 PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE DR FERNANDO OCARANZA
 SEGUN MORTALIDAD DE LOS DIEZ PRINCIPALES GRUPOS DE EDAD
 SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
 MEXICO 1978

ORDEN	GRUPOS DE EDAD	DEFUNCIONES		INDICE DE MORTALIDAD *
		TOTAL	%	
1	20 - 24	8	22.2	2.6
2	15 - 19	5	13.9	1.7
3	25 - 29	5	13.9	1.7
4	30 - 39	3	8.3	1.0
5	5 - 9	2	5.6	0.6
6	10 - 14	2	5.6	0.6
7	40 - 44	2	5.6	0.6
8	65 - 69	2	5.6	0.6
9	35 - 39	1	2.7	0.3
10	45 - 49	1	2.7	0.3
	RESTO DE GRUPOS	5	13.9	1.7
	TOTAL	36	100.0	11.7

FUENTE: DEPARTAMENTO DE BIOESTADISTICA DIRECCION GENERAL DE SALUD MENTAL S.S.A
 NOTA: * SE CALCULO EN BASE AL TOTAL DE EGRESOS (JOB) PARA ESE AÑO

CUADRO 46
 PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA" SEGUN
 DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD.

SAN MIGUEL EYECALCO HIDALGO
 MEXICO 1979

ORDEN	CAUSA S	CLAVE DE O. M. S.	DEFUNCIONES		INDICE DE MORTALIDAD *
			TOTAL	%	
1	DESNUTRICION PROTEINOCALORI- FICA GRAVE	252 . *	1	11 . 1	0 . 28
2	COR PULMONAR AGUDO	415 . 0	1	11 . 1	0 . 28
3	BRONCONEUMONIA	485 . *	1	11 . 1	0 . 28
4	BRONQUITIS NO ESPECIFICADA AGUDA NI CRONICA	490 . *	1	11 . 1	0 . 28
5	CONGESTION E HIPOSTASIS PULMONARES	514 . *	1	11 . 1	0 . 28
6	EDEMA AGUDO PULMONAR SIN ESPECIFICACION	518 . 4	1	11 . 1	0 . 28
7	PIELONEFLITIS NO CALIFICADA COMO AGUDA NI CRONICA	590 . 8	1	11 . 1	0 . 28
8	OTRA CAIDA Y LA NO ESPECIFICADA	E888	1	11 . 1	0 . 28
9	OTRAS COMPLICACIONES PRE- COCES DE TRAUMATISMOS	958 . 8	1	11 . 1	0 . 28
10		-	-	-	-
	RESTO DE CAUSAS		-	-	-
	T O T A L		9	100	2 . 5

FUENTE: DEPARTAMENTO DE BIOESTADISTICA DIRECCION GENERAL DE SALUD MENTAL S.S.A.

NOTA: * SE CALCULO EN BASE A LOS 358 EGRESOS DE ESE AÑO

CUADRO 47

PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA" SEGUN
MORTALIDAD EN LOS DIEZ PRINCIPALES GRUPOS DE EDAD
SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
MEXICO 1979

ORDEN	GRUPOS DE EDAD	DEFUNCIONES		INDICE DE MORTALIDAD
		TOTAL	%	
1	15 - 19	2	22.2	0.55
2	20 - 24	2	22.2	0.55
3	40 - 44	1	11.1	0.28
4	55 - 59	1	11.1	0.28
5	60 - 64	1	11.1	0.28
6	70 - 74	1	11.1	0.28
7	80 - 84	1	11.1	0.28
8	—	—	—	—
9	—	—	—	—
10	—	—	—	—
	RESTO DE CAUSAS	—	—	—
	T O T A L	9	100	2.5

FUENTE: DEPARTAMENTO DE BIOESTADISTICA, DIRECCION GENERAL DE SALUD MENTAL S.S.A.

NOTA: * SE CALCULO EN BASE A LOS 358 EGRESOS PARA ESE AÑO

CUADRO 48
 PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA"
 SEGUN DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD
 SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
 MEXICO, 1980

ORDEN	CAUSAS	CLAVE O. M. S.	DEFUNCIONES		INDICE DE MORTALIDAD *
			TOTAL	%	
1	SEPTICEMIA NO ESPECIFICADA	038.9	2	12.6	1.7
2	PARASITOSIS INTESTINAL SIN OTRA ESPECIFICACION	192. *	2	12.6	1.7
3	BRONCONEUMONIA	485. +	2	12.6	1.7
4	GASTROENTERITIS Y COLITIS INFECCIOSA	009.0	1	6.2	0.83
5	TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO NO ESPECIFICADO	180.9	1	6.2	0.83
6	DIABETES MELLITUS DEL ADULTO	250.0	1	6.2	0.83
7	OTRAS FORMAS DESNUTRICION PROTEINOCALORICA NO ESPECIFIC.	263.9	1	6.2	0.83
8	DESHIDRATACION	276.5	1	6.2	0.83
9	BRONQUITIS AGUDA	466.0	1	6.2	0.83
10	ULCERA DUODENAL AGUDA CON HEMORRAGIA	532.0	1	6.2	0.83
	RESTO DE CAUSAS		3	18.8	2.5
	T O T A L		16	100	13.3

FUENTE: DEPARTAMENTO DE BIOESTADISTICA DIRECCION GENERAL DE SALUD MENTAL S.S.A.
 NOTA: * SE CALCULO EN BASE A LOS 120 EGRESOS DE ESE AÑO

CUADRO 49

PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE DR. FERNANDO OCARANZA SEGUN
MORTALIDAD EN LOS DIEZ PRIMEROS GRUPOS DE EDAD
SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
MEXICO 1980

ORDEN	GRUPOS DE EDAD	DEFUNCIONES		INDICE DE MORTALIDAD *
		TOTAL	%	
1	15 - 19	3	18.7	2.5
2	20 - 24	3	18.7	2.5
3	25 - 29	2	12.5	1.6
4	30 - 34	2	12.5	1.6
5	10 - 14	1	6.25	0.83
6	45 - 49	1	6.25	0.83
7	55 - 59	1	6.25	0.83
8	60 - 64	1	6.25	0.83
9	75 - 79	1	6.25	0.83
10	80 - 84	1	6.25	0.83
	RESTO DE GRUPOS	-	-	-
T O T A L		16	100	13.3

FUENTE: DEPARTAMENTO DE BIOESTADISTICA DIRECCION GENERAL DE SALUD MENTAL S.S.A.

NOTA: * SE CALCULO EN BASE A 120 EGRESOS DE ESE AÑO

CUADRO 50

PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD HOSPITALARIA EN EL PERIODO 76-80 EN EL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA" SEGUN NUMERO DE DEFUNCIONES, INDICE DE MORTALIDAD HOSPITALARIA Y RELACION DE PROPORCION CON RESPECTO A LOS EGRESOS

MEXICO 1982

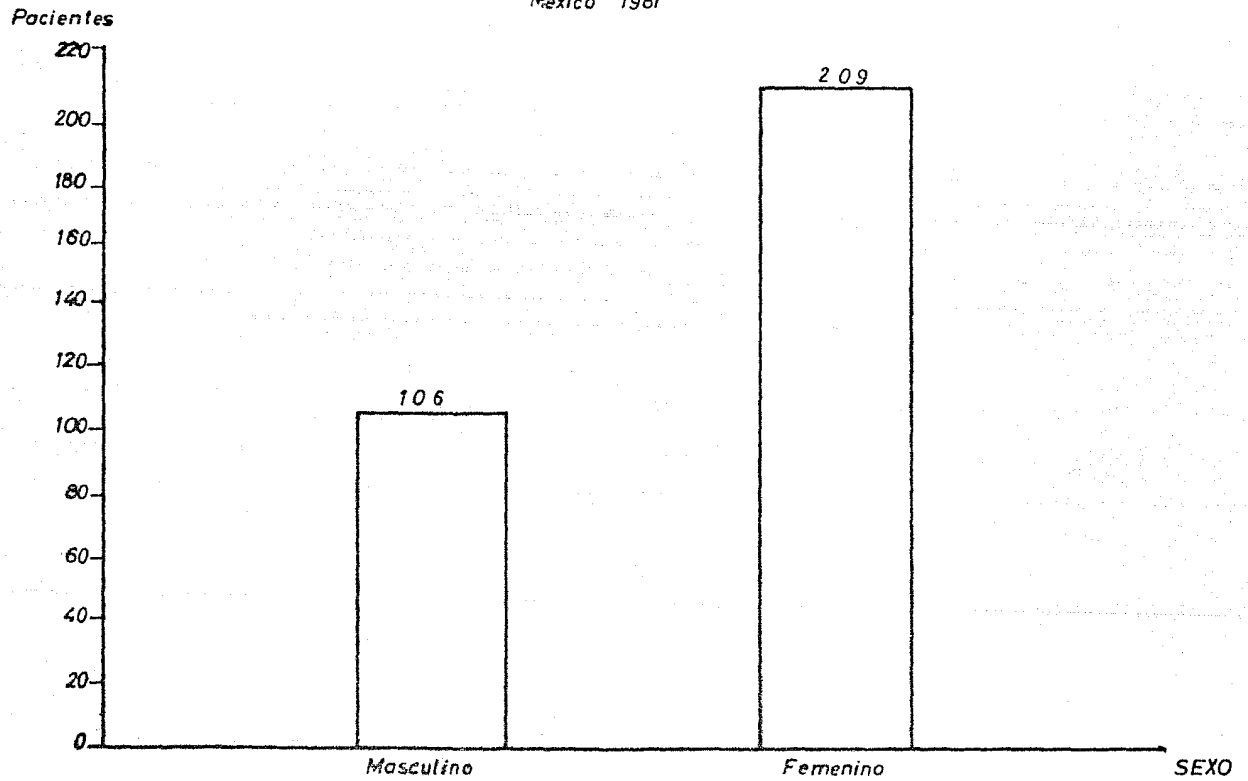
CAUSAS DE MORTALIDAD	AÑOS														
	1976			1977			1978			1979			1980		
	No. DE DEFUNCIÓN	TASA DE MORTALIDAD	RELACION DE PROPORCIÓN *	No. DE DEFUNCIÓN	TASA DE MORTALIDAD	RELACION DE PROPORCIÓN *	No. DE DEFUNCIÓN	TASA DE MORTALIDAD	RELACION DE PROPORCIÓN *	No. DE DEFUNCIÓN	TASA DE MORTALIDAD	RELACION DE PROPORCIÓN *	No. DE DEFUNCIÓN	TASA DE MORTALIDAD	RELACION DE PROPORCIÓN *
INFECCION GASTROINTESTINAL	31	11.7	8.5	1.2	6.6	15.15	7	2.3	43.5	0	0	0	3	2.53	39.5
BRONCONEUMONIA	8	3.0	33.3	9	5	20	10	3.2	31.25	1	0.28	357	3	0.53	39.5
DESNUTRICION	16	6.1	16.4	3	1.7	58.8	5	1.6	62.5	1	0.28	357	1	0.83	120.4
OTRAS CAUSAS	35	13.2	7.5	23	12.7	7.9	14	4.6	26.3	7	1.96	51	9	7.52	13.3
TOTALES	90	34	294	47	26	3.84	36	11.7	8.5	9	2.5	40	16	13.67	7.45

NOTA ACLARATORIA

* LA RELACION DE PROPORCIÓN SE CALCULÓ EN RELACION A LOS EGRESOS DE CADA AÑO

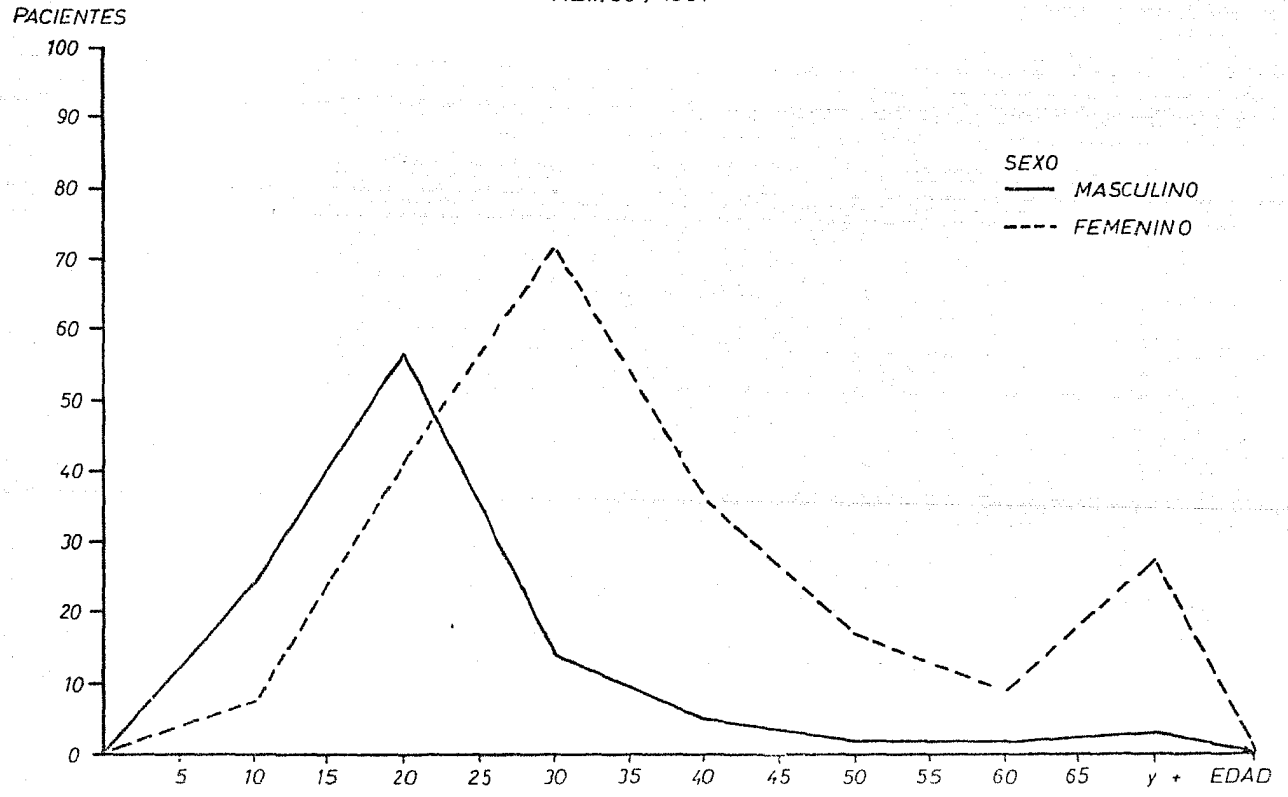
FUENTE: CUADROS 40 - 49

GRAFICA 1
Pacientes del Hospital Campestre "Dr. Fernando Ocaranza" segun sexo
San Miguel Eyecalco Hidalgo
Mexico 1981



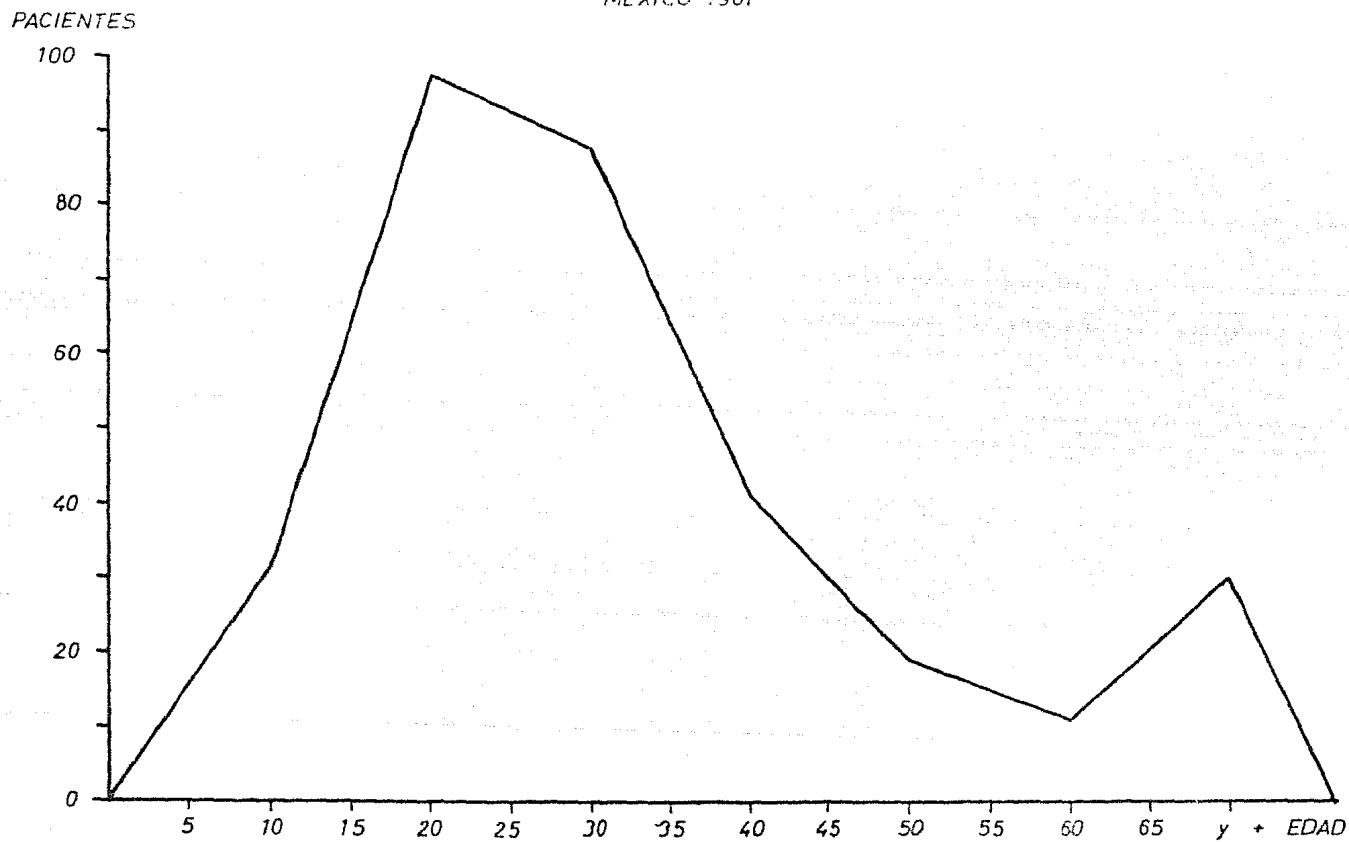
Fuente Cuadro No 1

GRAFICA 2
PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE 'DR. FERNANDO OCARANZA' SEGUN EDAD Y SEXO
SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
MEXICO, 1981



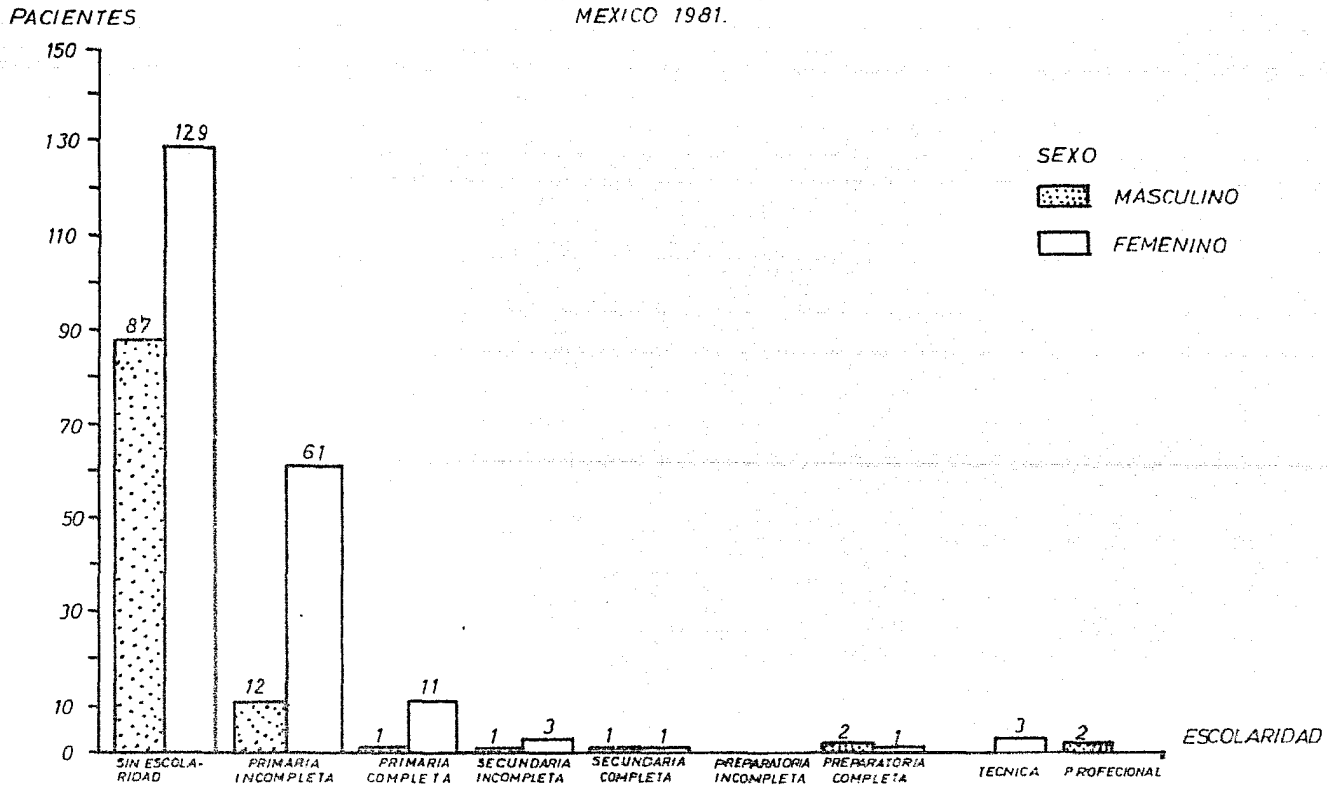
FUENTE: CUADRO 2

GRAFICA 3
PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA" SEGUN EDAD
SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
MEXICO 1981



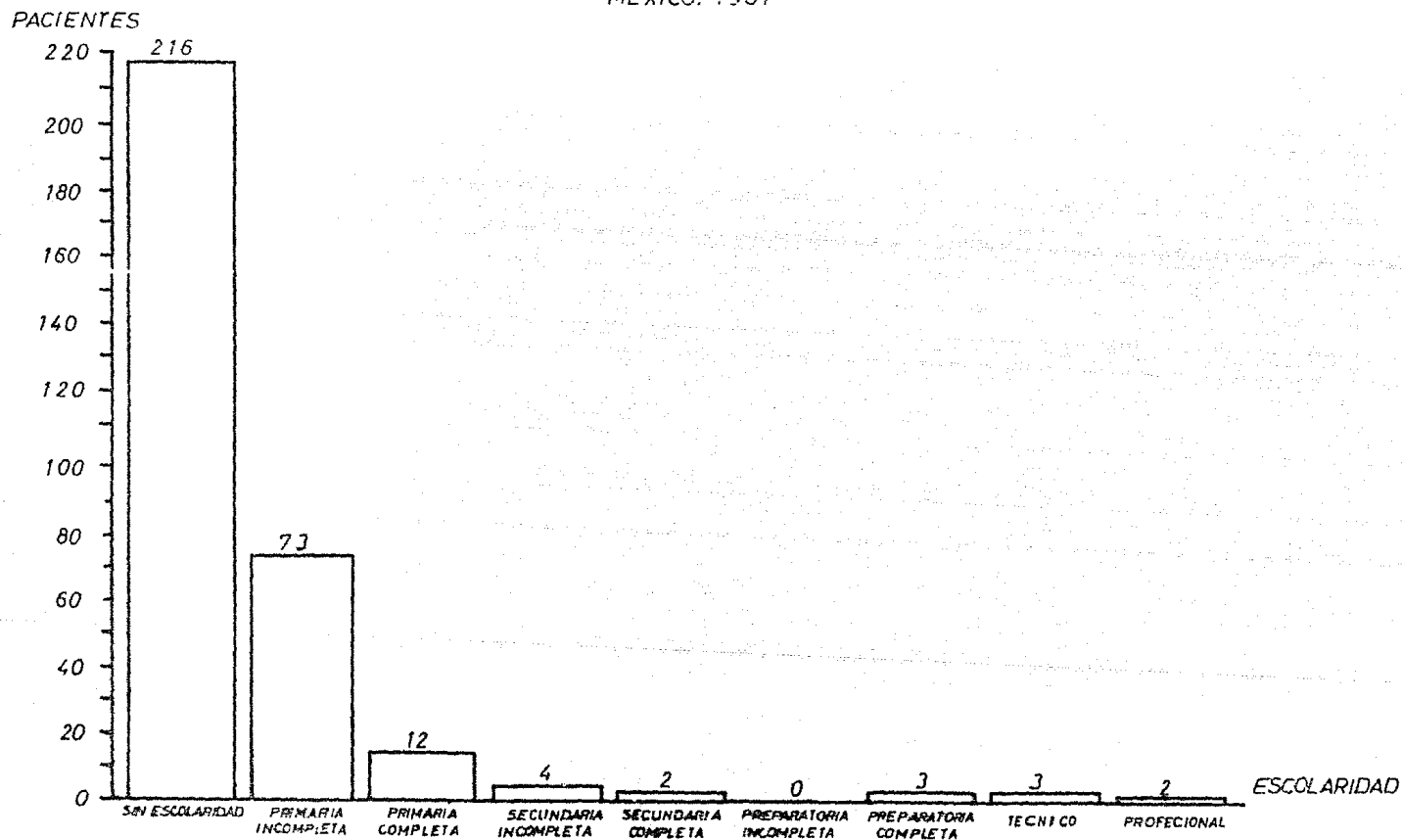
FUNTE: CUADRO 2

GRAFICA 4
 PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR FERNANDO OCARANZA" SEGUN
 SEXO Y ESCOLARIDAD
 SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
 MEXICO 1981.



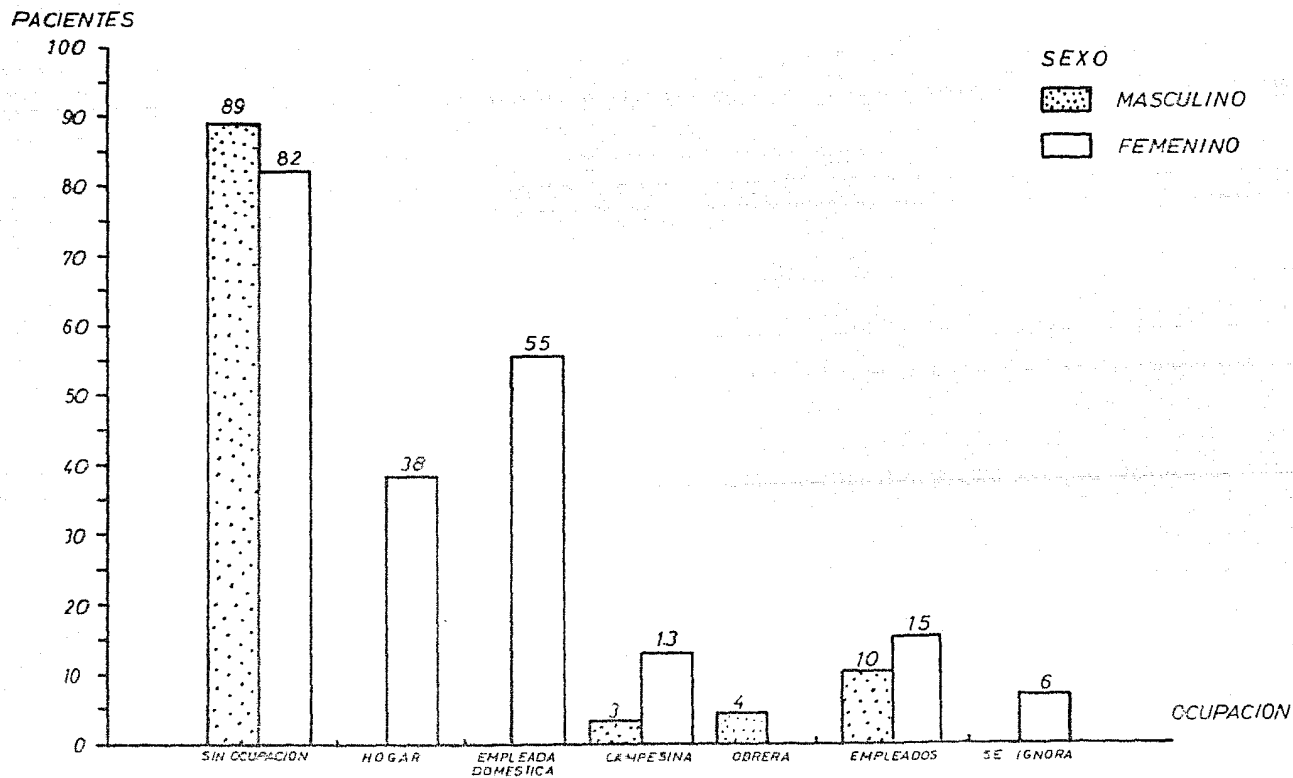
FUENTE: CUADRO 3

GRAFICA 5
PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA" SEGUN ESCOLARIDAD
SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
MEXICO, 1981



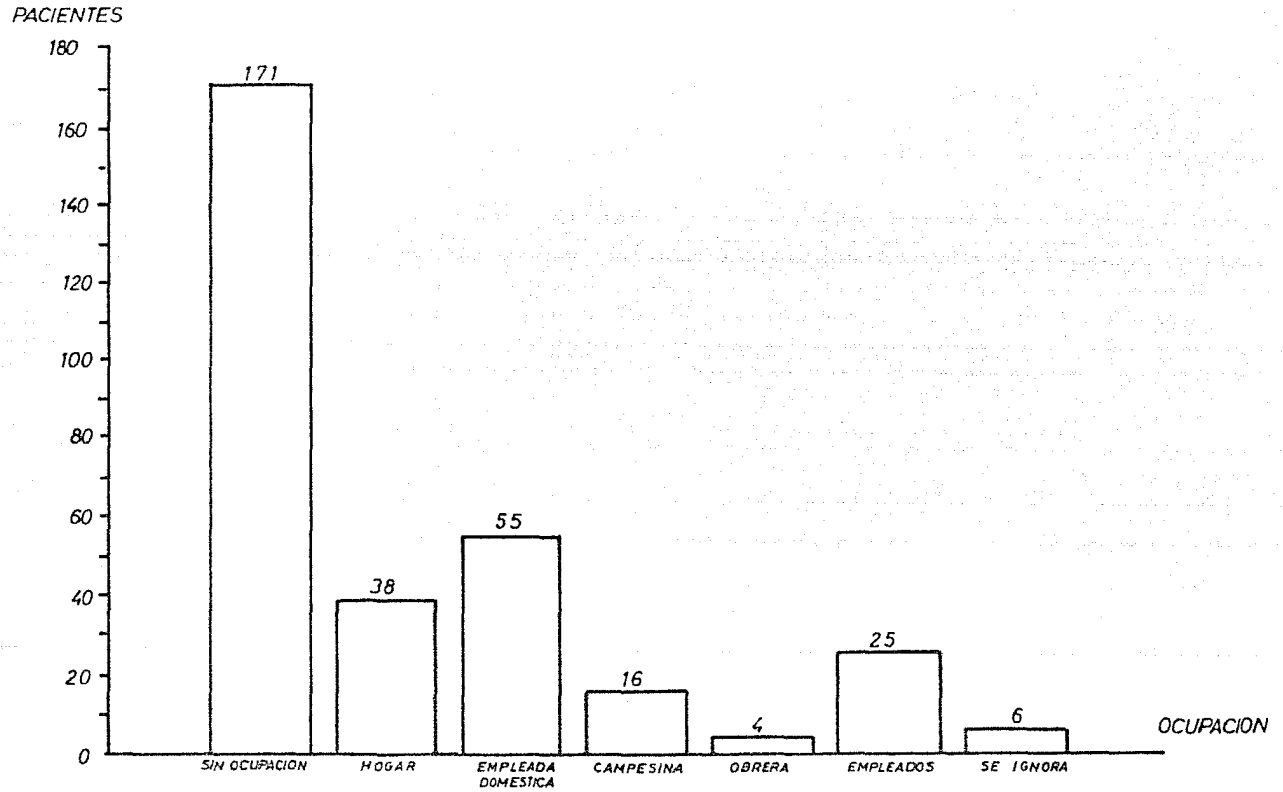
FUENTE: CUADRO 3

GRAFICA 6
 PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA" SEGUN OCUPACION Y SEXO
 SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
 MEXICO, 1981



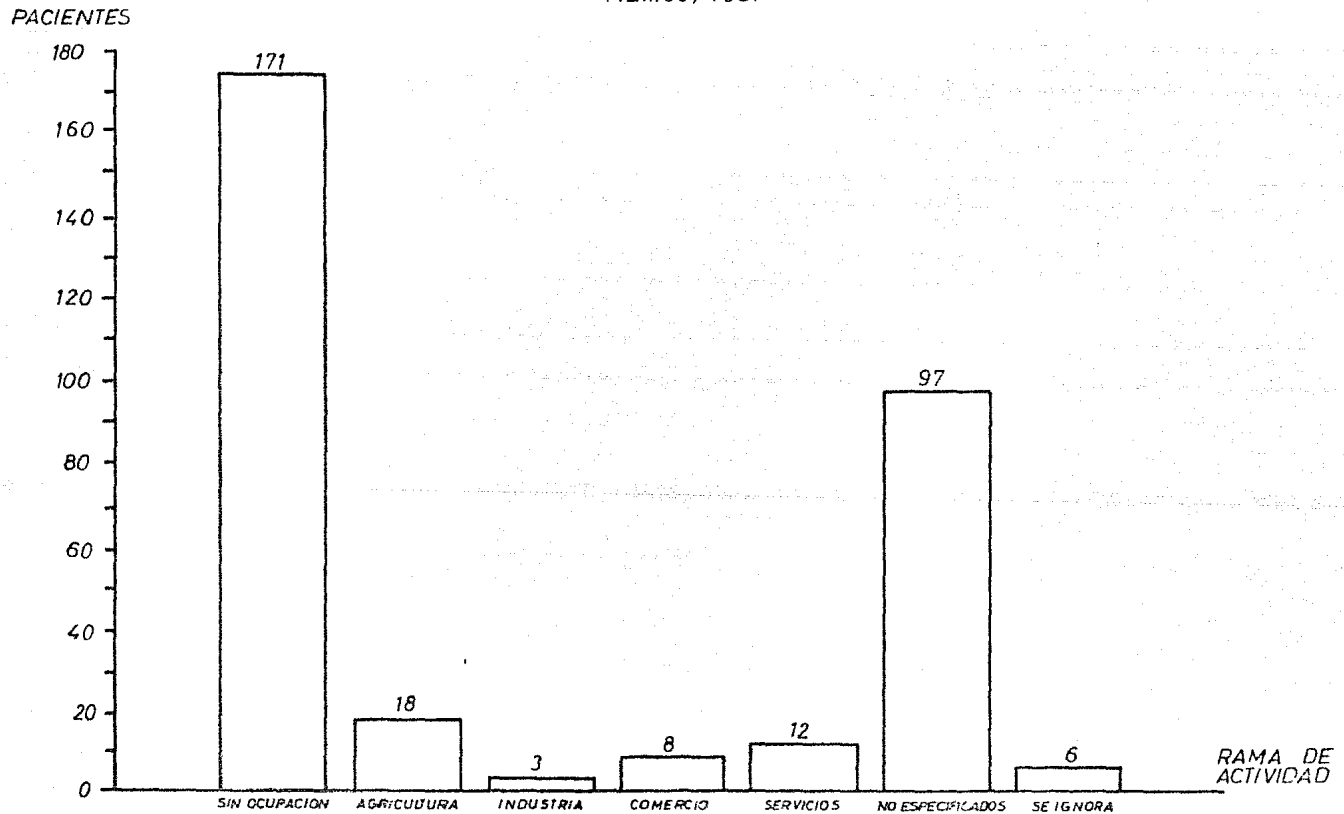
FUENTE: CUADRO 4

GRAFICA 7
PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA" SEGUN OCUPACION
SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
MEXICO 1981



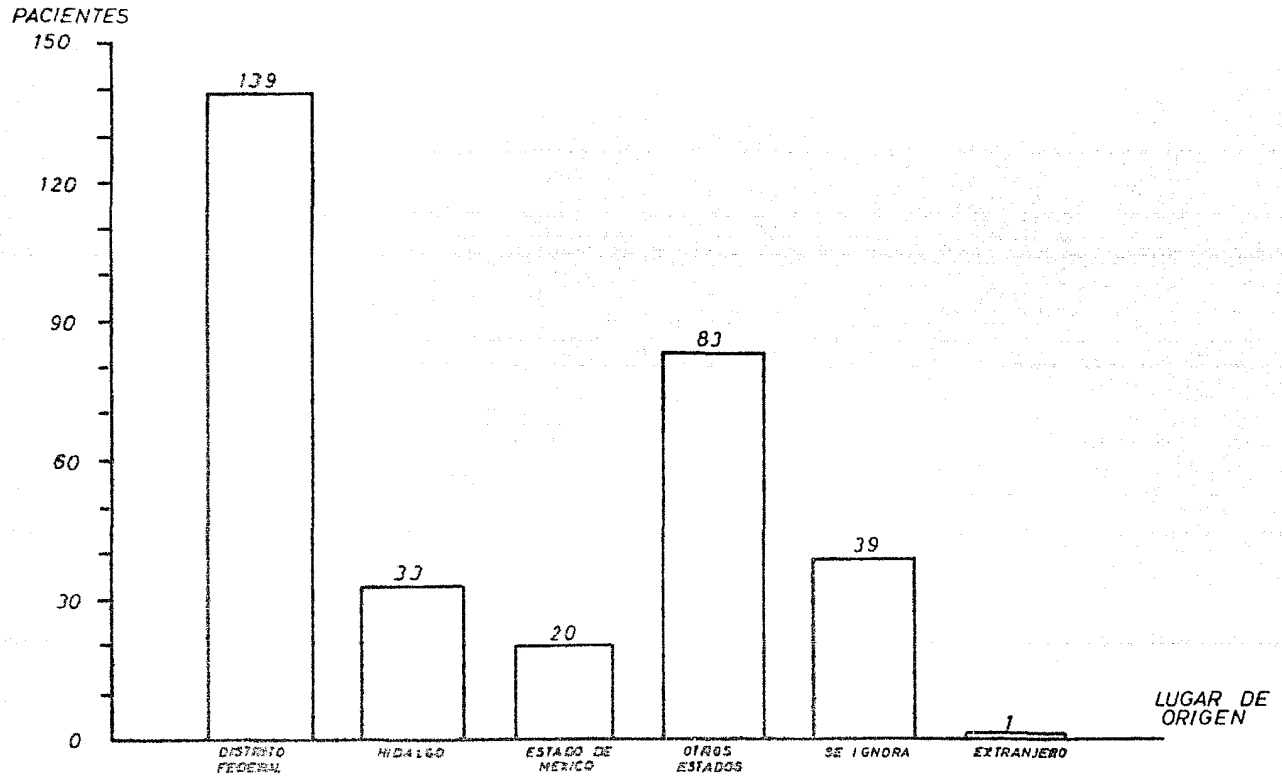
FUENTE: CUADRO 4

GRAFICA 8
PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA" SEGUN RAMA DE ACTIVIDAD
SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
MEXICO, 1981



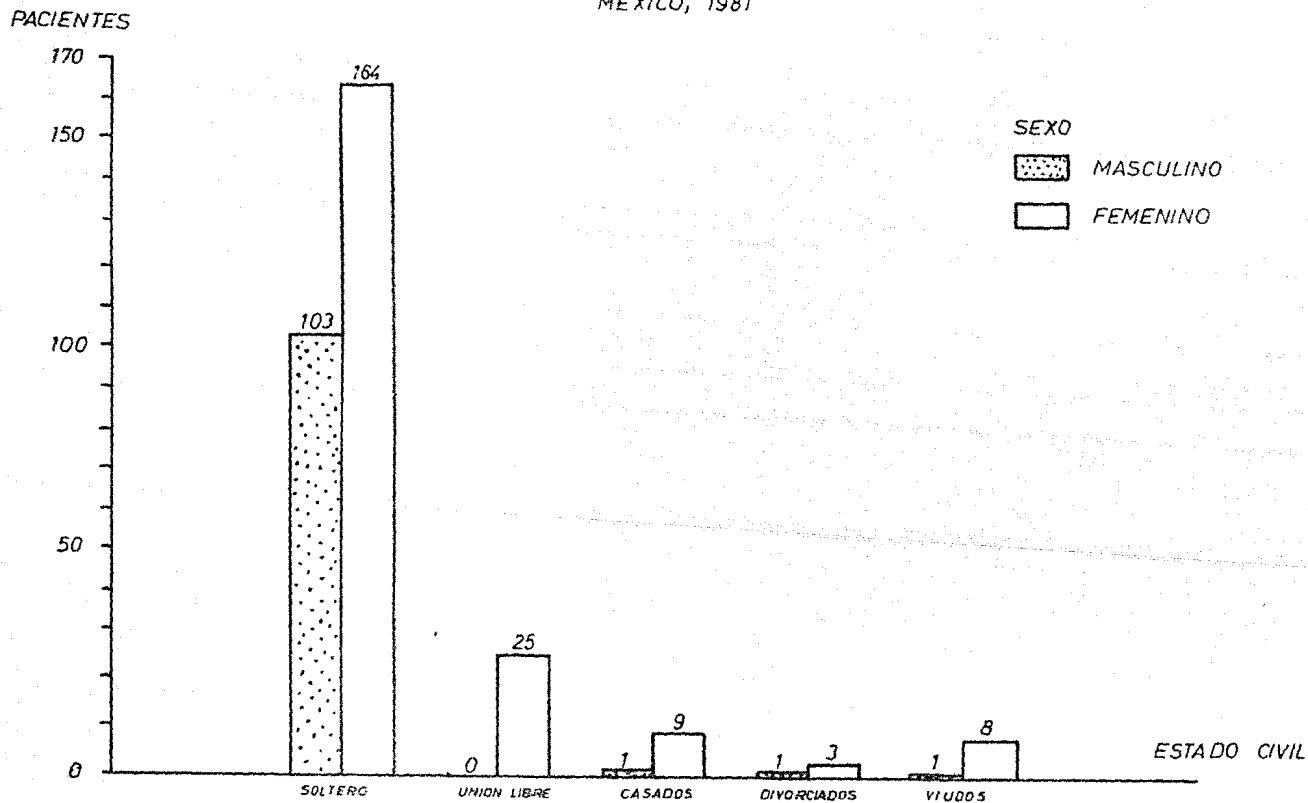
FUENTE CUADRO 5

GRAFICA 9
PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE DR. FERNANDO OCARANZA SEGUN LUGAR DE ORIGEN
SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
MEXICO 1981



FUENTE CUADRO 6

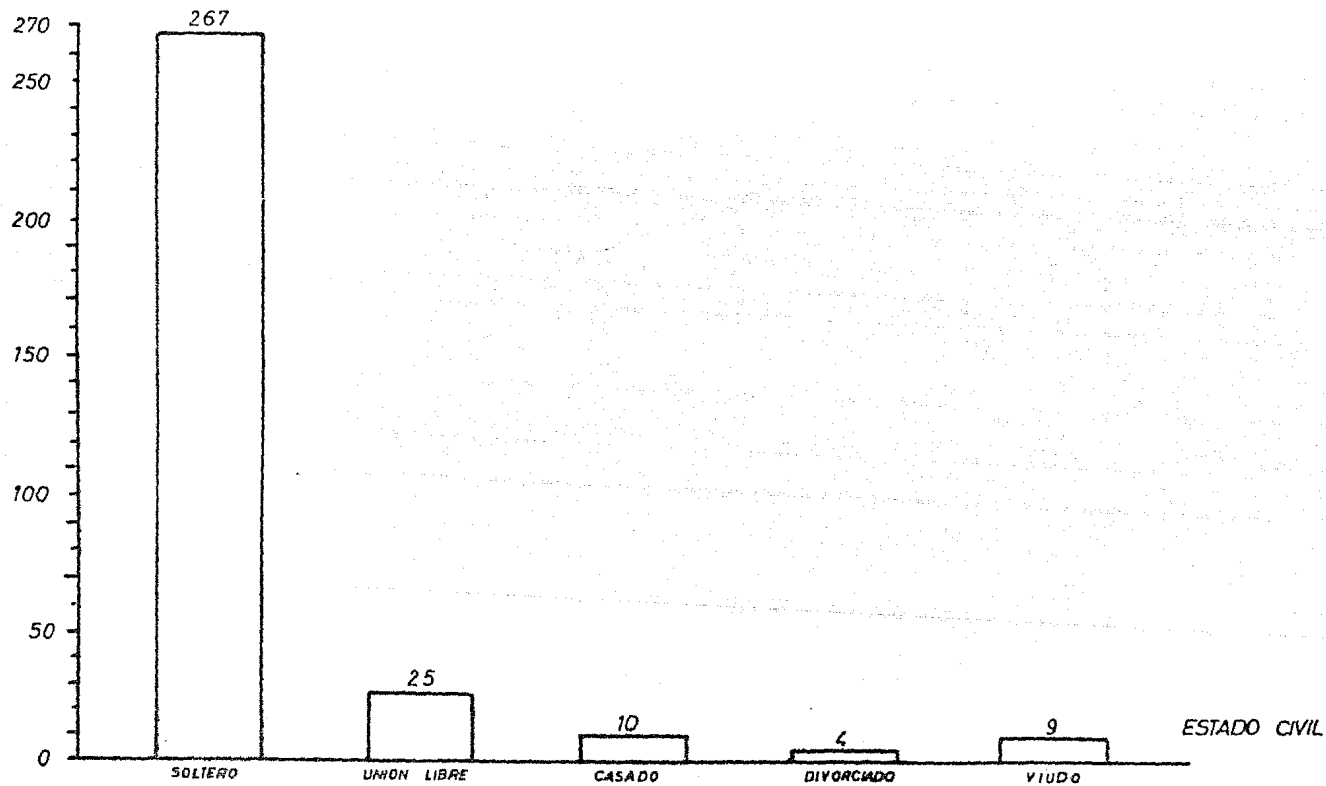
GRAFICA 10
 PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA" SEGUN ESTADO CIVIL Y SEXO
 SAN MIGUEL EYECALCO. HIDALGO
 MEXICO, 1981



FUENTE. CUADRO 7

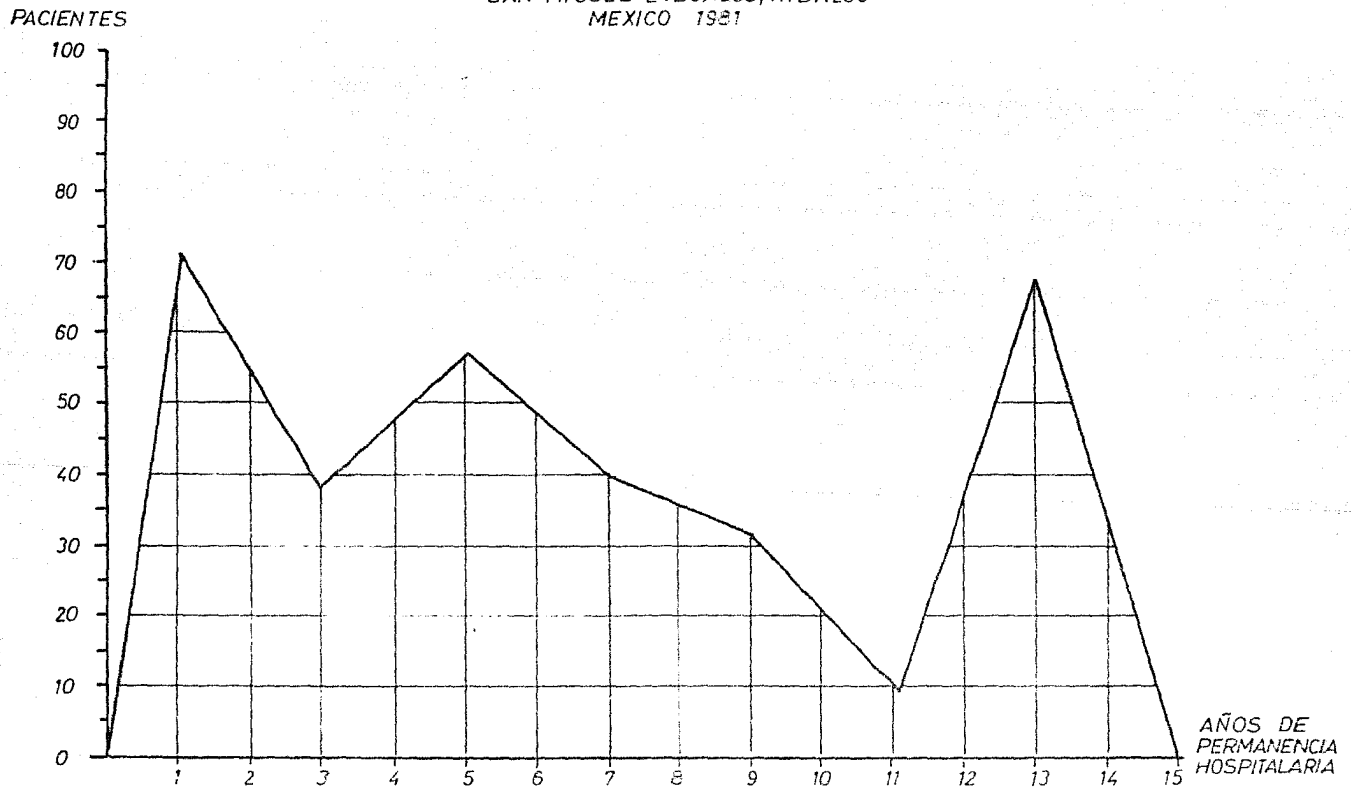
GRAFICA 11
PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR.FERNANDO OCARANZA" SEGUN ESTADO CIVIL
SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
MEXICO 1981

PACIENTES



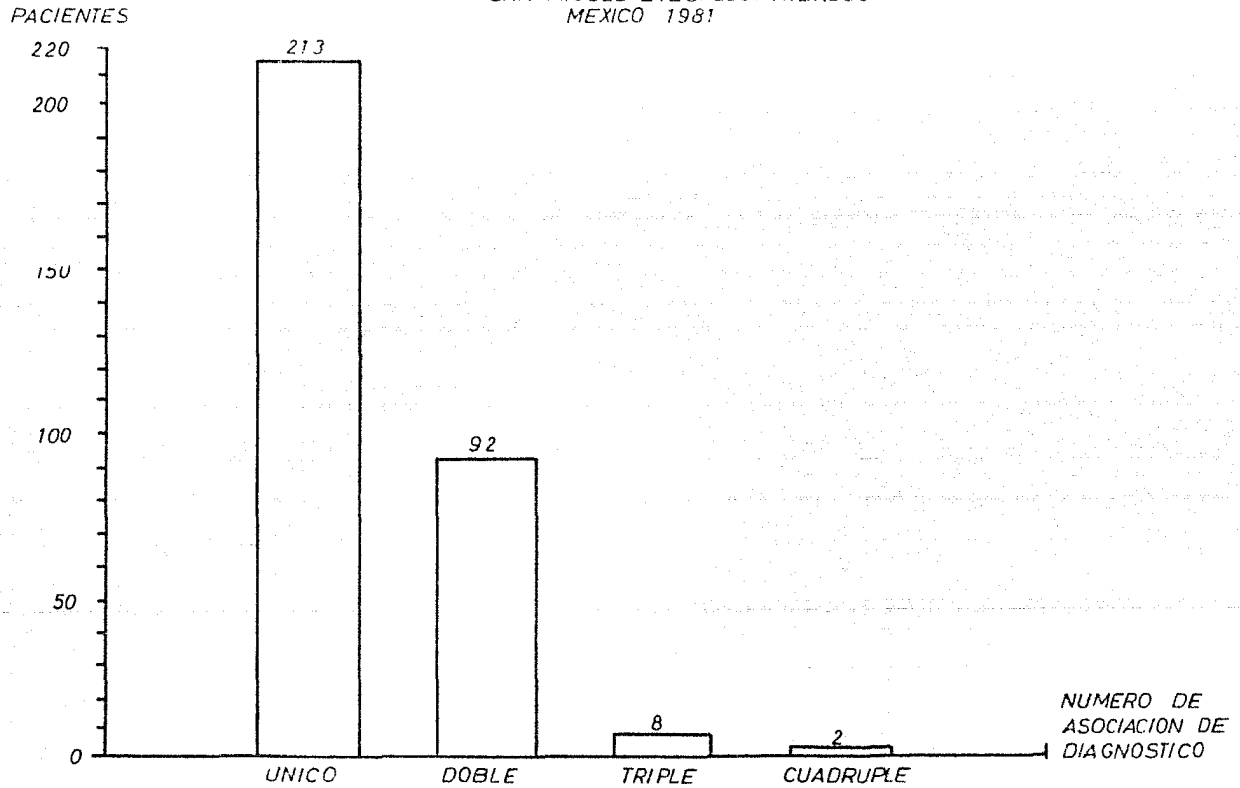
FUENTE: CUADRO 7

GRAFICA 12
 PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA" SEGUN TIEMPO DE PERMANENCIA
 HOSPITALARIA
 SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
 MEXICO 1981



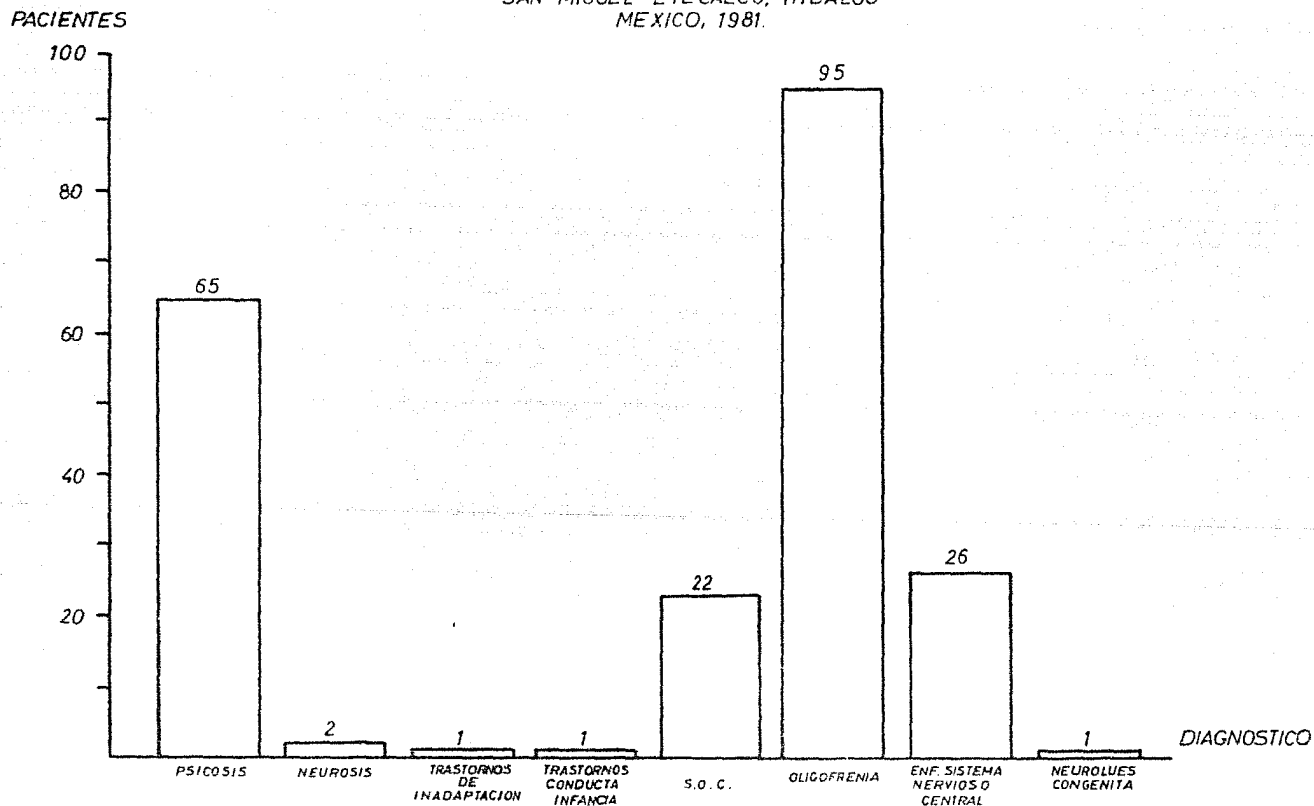
FUENTE: CUADRO 8

GRAFICA 13
PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA" SEGUN NUMERO DE ASOCIACION
DE DIAGNOSTICO DE INGRESO
SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
MEXICO 1981



FUENTE: CUADRO 9

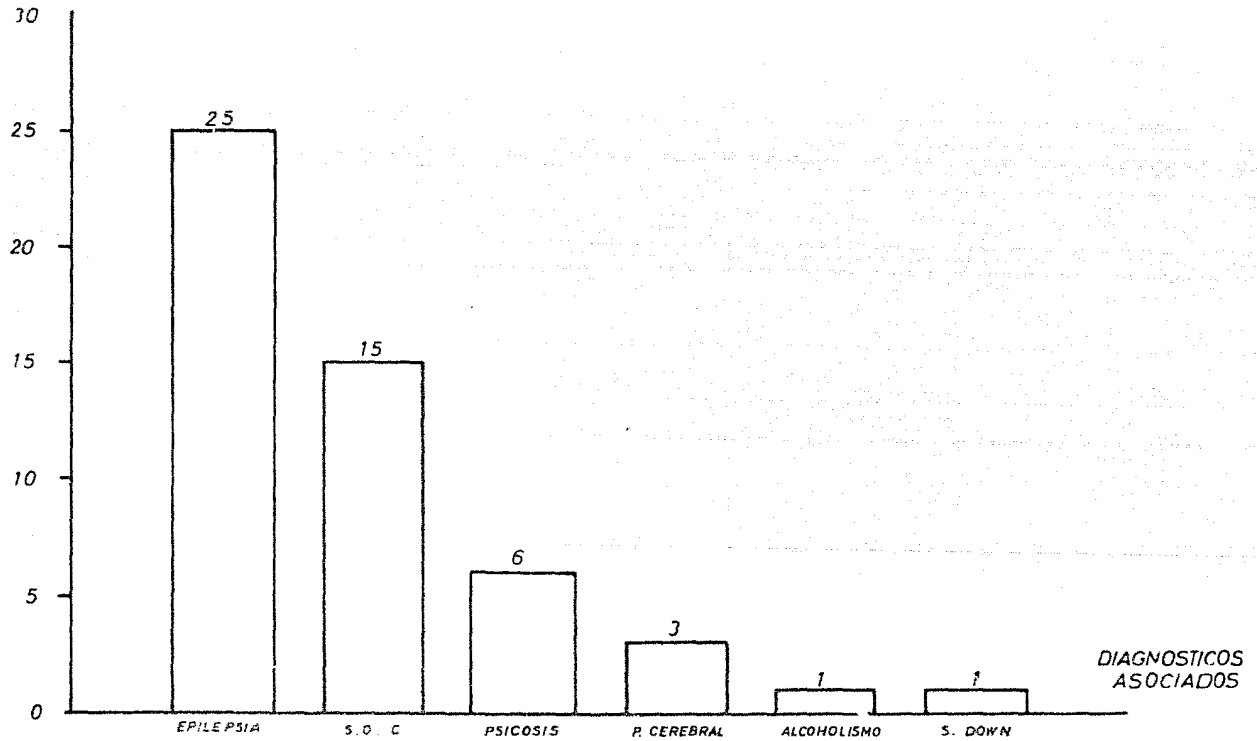
GRAFICA 14
 PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA" SEGUN DIAGNOSTICO UNICO DE
 INGRESO
 SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
 MEXICO, 1981.



FUENTE: CUADRO 10

GRAFICA 15
PACIENTES HOMBRES DEL HOSPITAL CAMPESTRE *DR. FERNANDO OCARANZA* SEGUN DIAGNOSTICO
DE OLIGOFRENIA ASOCIADO CON OTROS PADECIMIENTOS
SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
MEXICO 1981

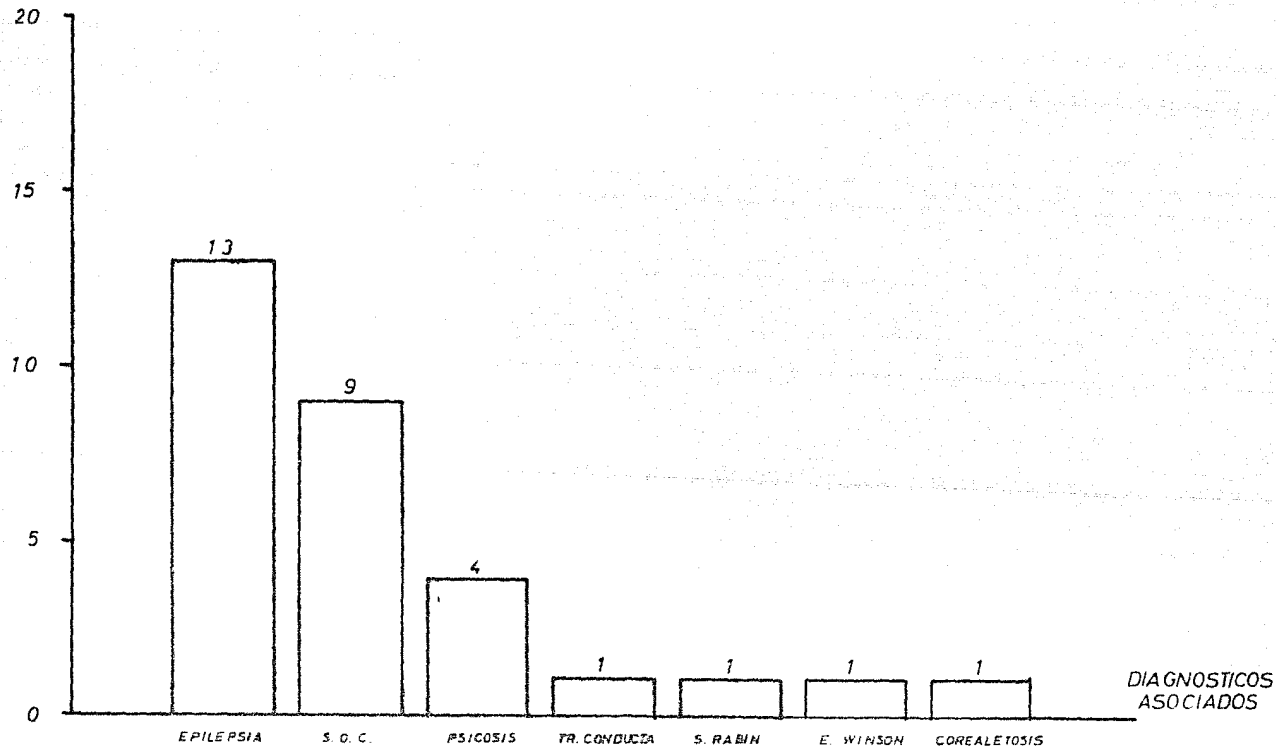
No. Pacientes con
Oligofrenia



FUENTE CUADRO 11

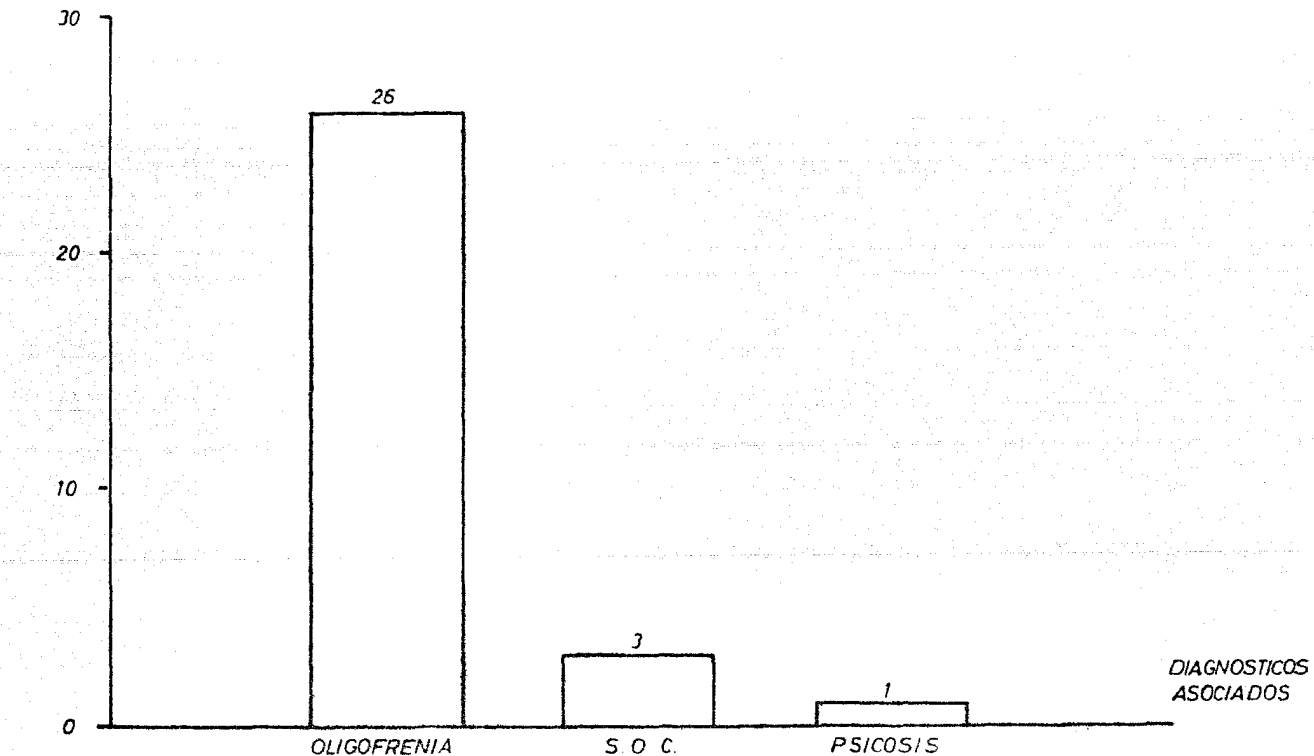
GRAFICA 16
 PACIENTES MUJERES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA" DIAGNOSTICO
 DE OLIGOFRENIA ASOCIADO CON OTROS PADECIMIENTOS
 SAN MIGUEL EYECALCO HIDALGO
 MEXICO 1981

Pacientes con
 Oligofrenia



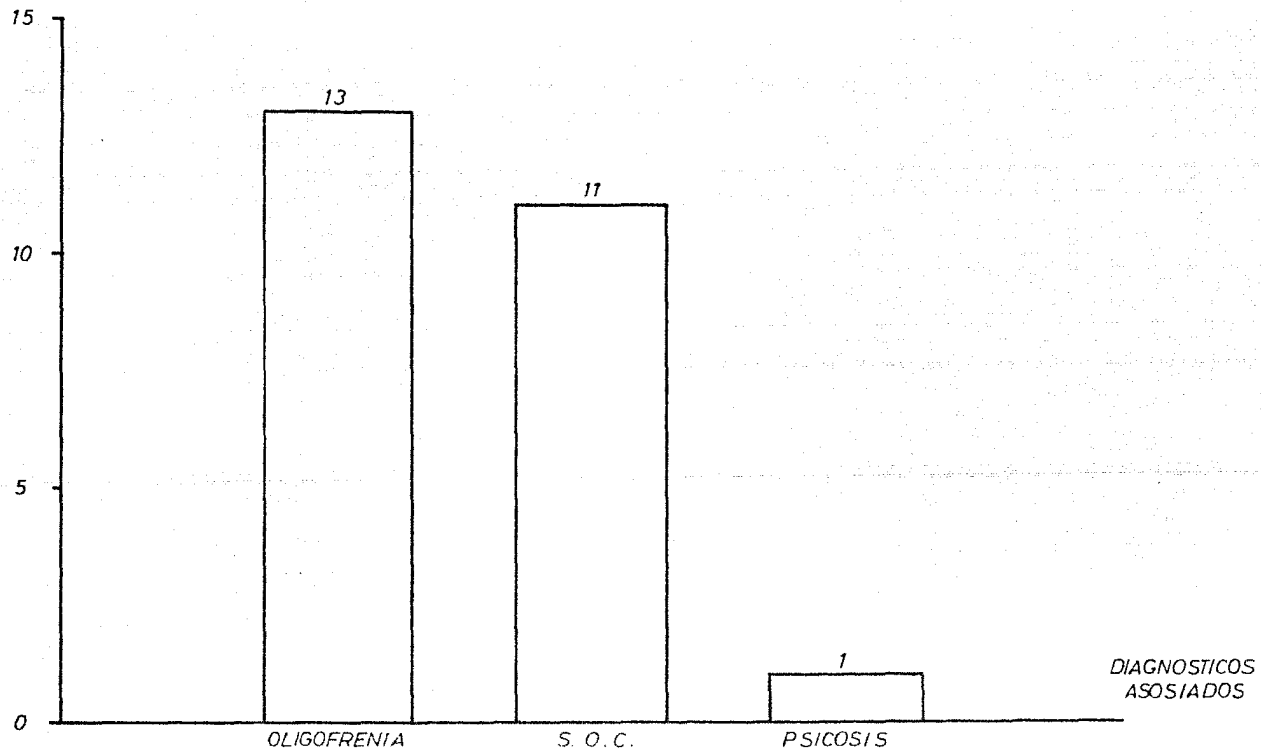
FUENTE: CUADRO 12

GRAFICA 17
PACIENTES DEL SEXO MASCULINO DEL HOSPITAL CAMPESTRE DR. FERNANDO OCARANZA SEGUN
DIAGNOSTICO DE EPILEPSIA ASOCIADO CON OTROS PADECIMIENTOS
SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
MEXICO 1981



FUENTE CUADRO 13

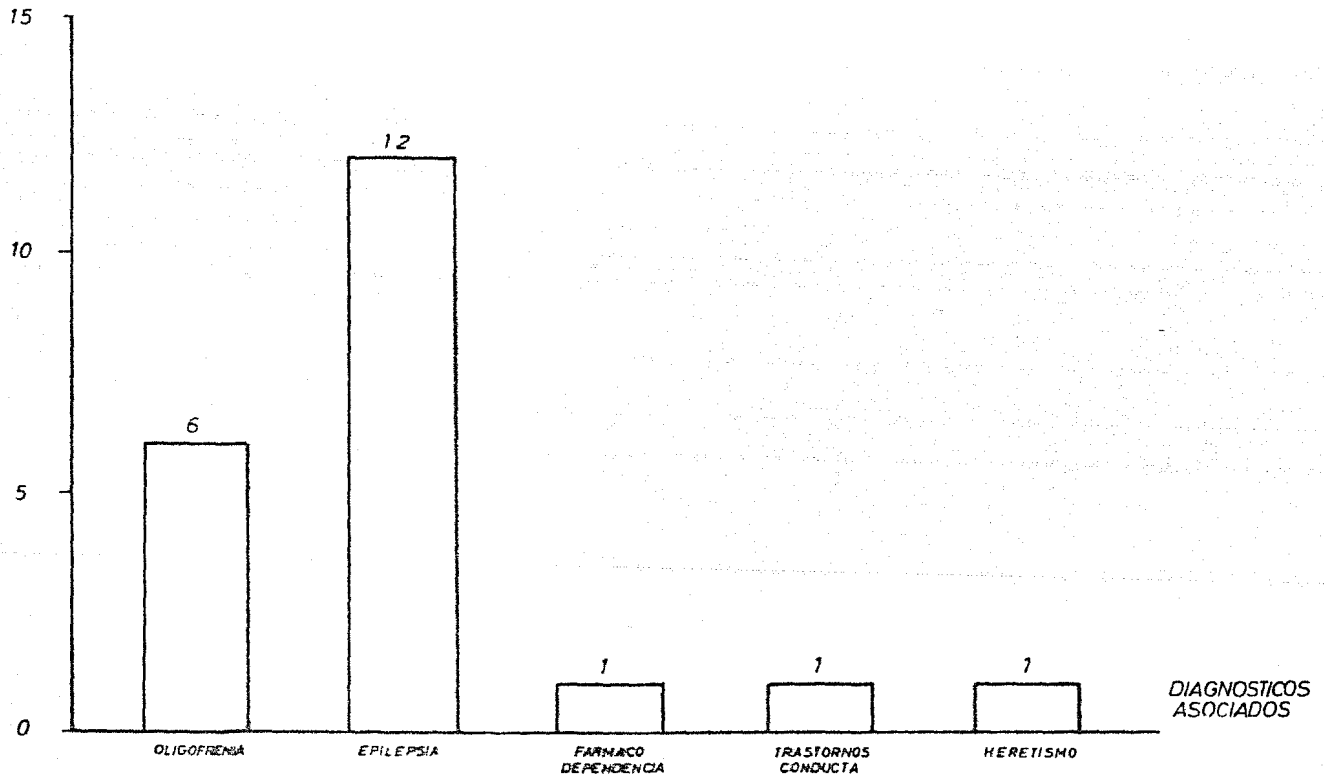
Pacientes con Epilepsia
GRAFICA 18
PACIENTES DEL SEXO FEMENINO DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR FERNANDO OCARANZA" SEGUN
DIAGNOSTICO DE EPILEPSIA ASOCIADO CON OTROS PADECIMIENTOS
SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
MEXICO 1981



FUENTE. CUADRO . 14

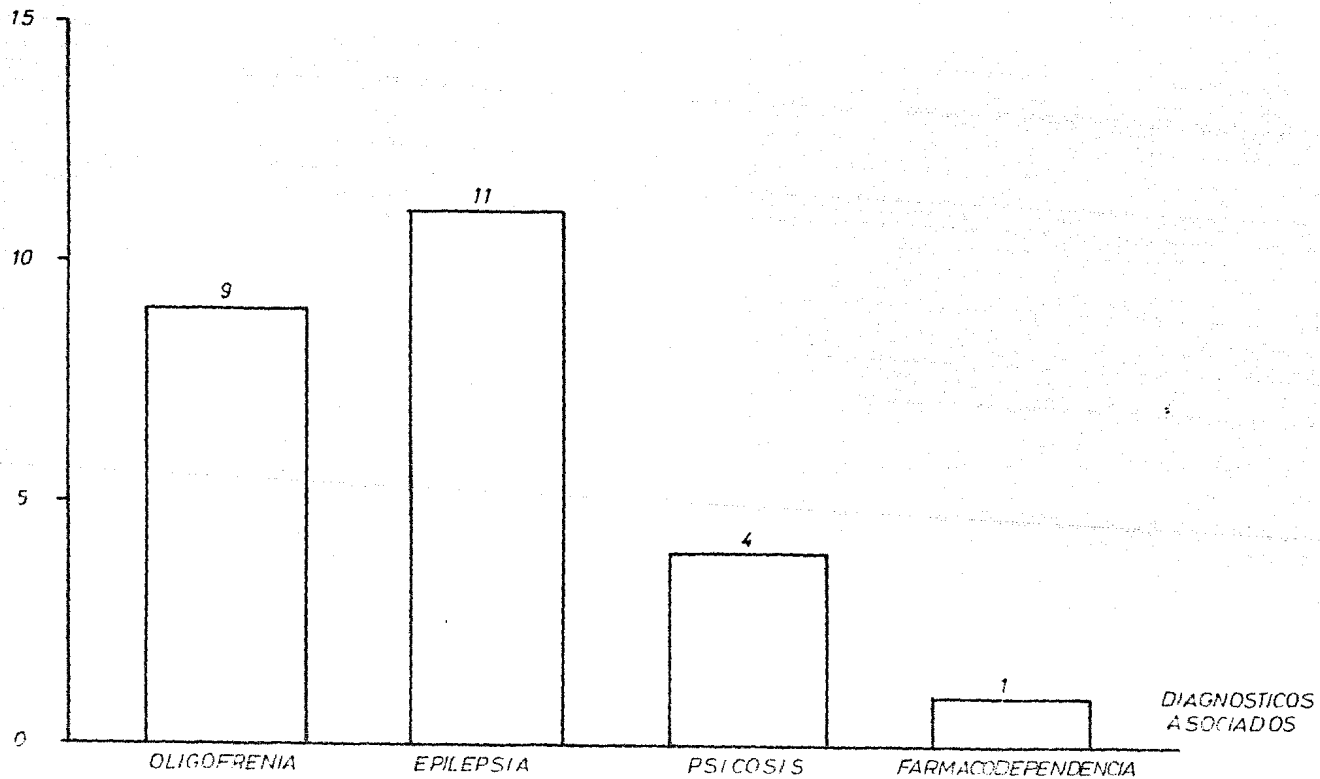
GRAFICA 19
PACIENTES DEL SEXO MASCULINO DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR FERNANDO OCARANZA" SEGUN
DIAGNOSTICO DE SINDROME ORGANICO CEREBRAL ASOCIADO CON OTROS PADECIMIENTOS
SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
MEXICO 1981

Pacientes con
S.O.C



FUENTE: CUADRO 15

GRAFICA 20
PACIENTES DEL SEXO FEMENINO DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR FERNANDO OCARANZA" SEGUN
DIAGNOSTICO DE SINDROME ORGANICO CEREBRAL ASOCIADO CON OTROS PADECIMIENTOS
SAN MIGUEL EYECALCO HIDALGO
MEXICO 1981



FUENTE: CUADRO 16

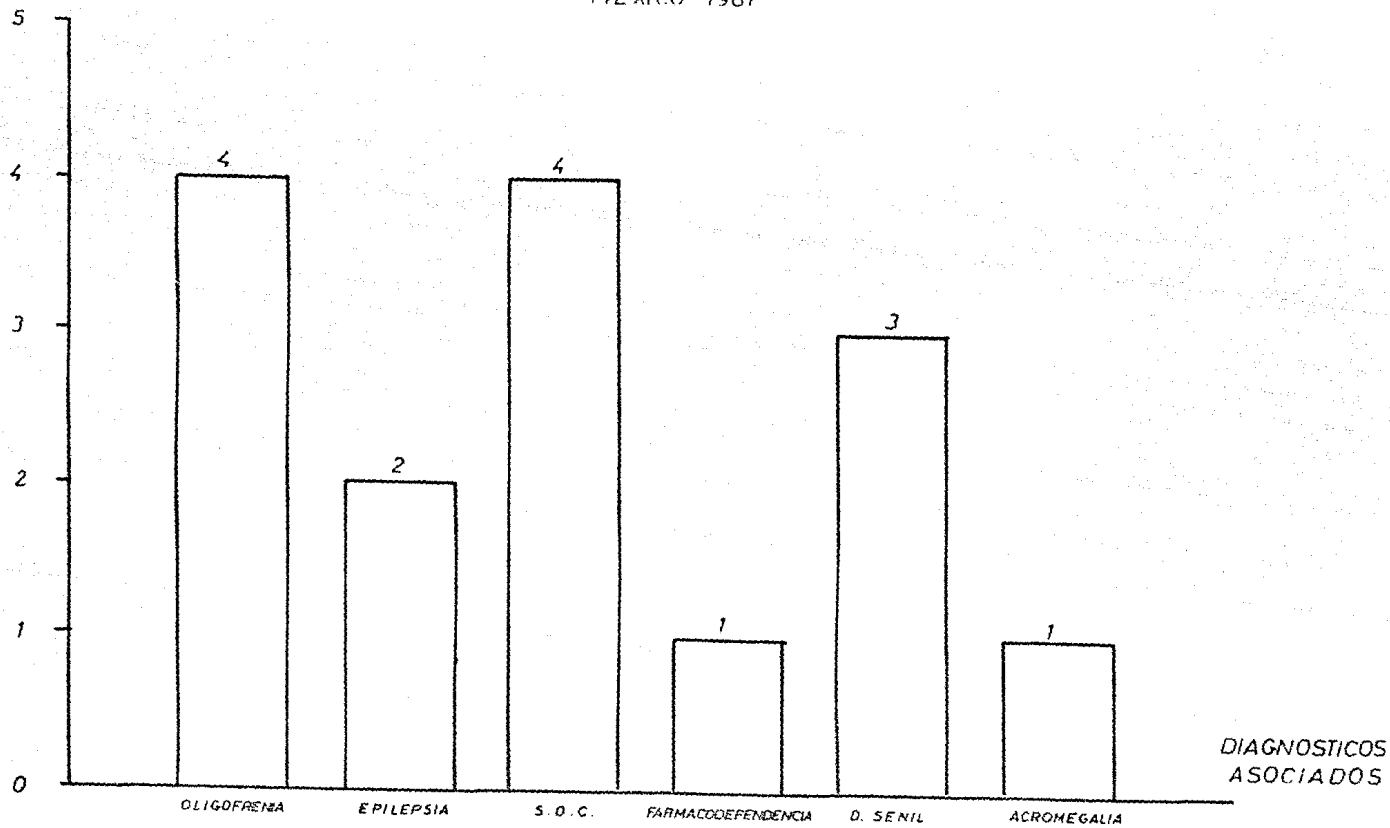
PACIENTES DEL SEXO MASCULINO DEL HOSPITAL CAMPESTRE DR FERNANDO OCARANZA SEGUN
DIAGNOSTICO DE PSICOSIS ASOCIADO CON OTROS PADECIMIENTOS
SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
MEXICO 1981



FUENTE: CUADRO 17

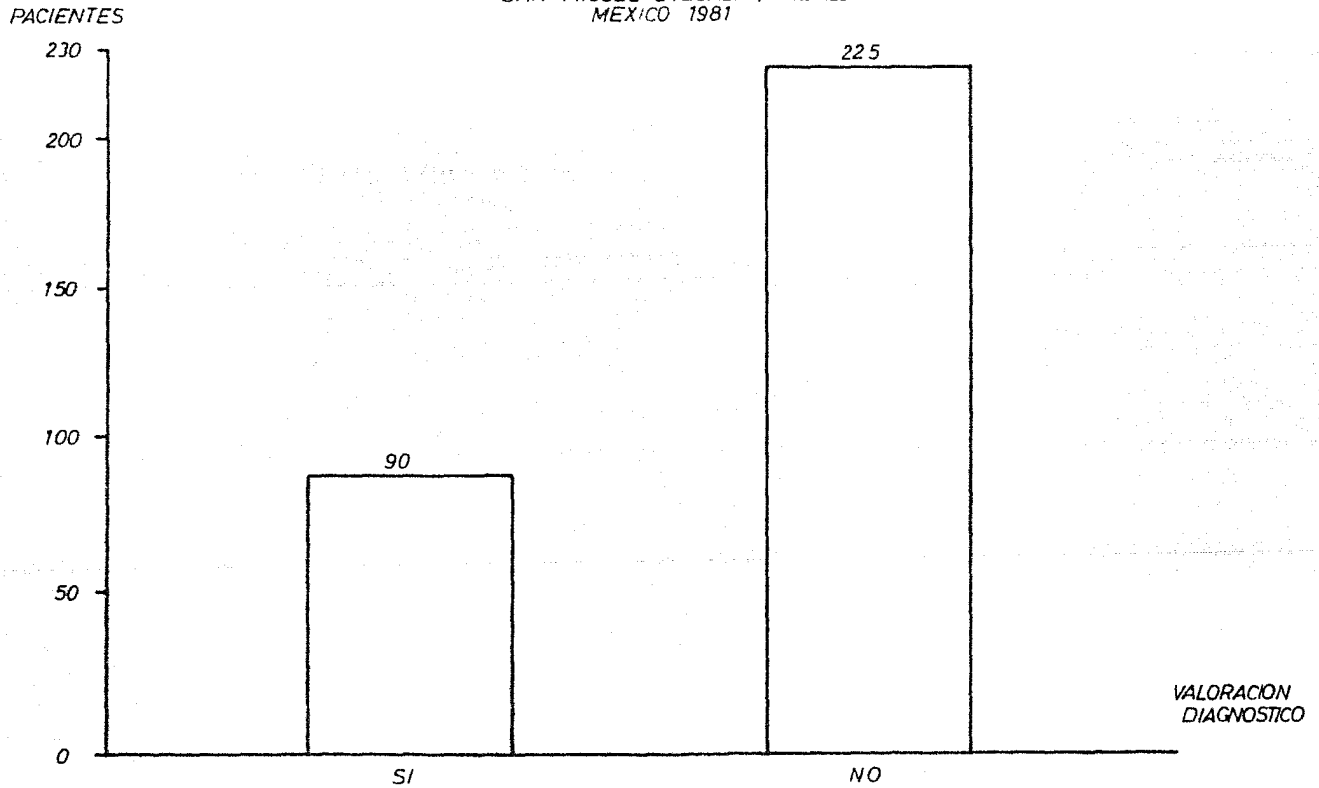
GRAFICA 22
 PACIENTES DEL SEXO FEMENINO DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR FERNANDO OCARANZA" SEGUN
 DIAGNOSTICO DE PSICOSIS ASOCIADO CON OTROS PADECIMIENTOS
 SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
 MEXICO 1981

Pacientes con
 Psicosis



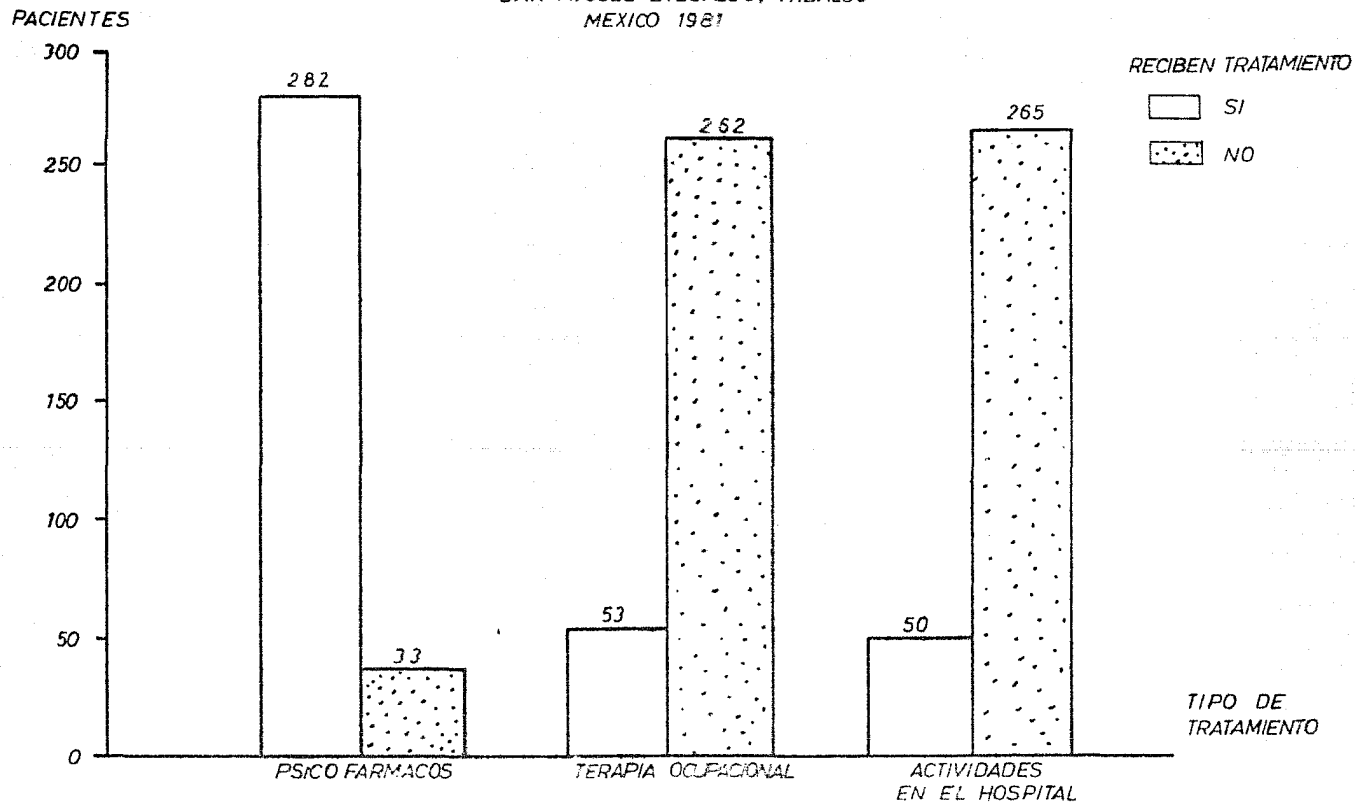
FUENTE: CUADRO 18

GRAFICA 23
PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA" SEGUN VARIACION DE DIAG-
NOSTICO DURANTE ESTANCIA HOSPITALARIA
SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
MEXICO 1981



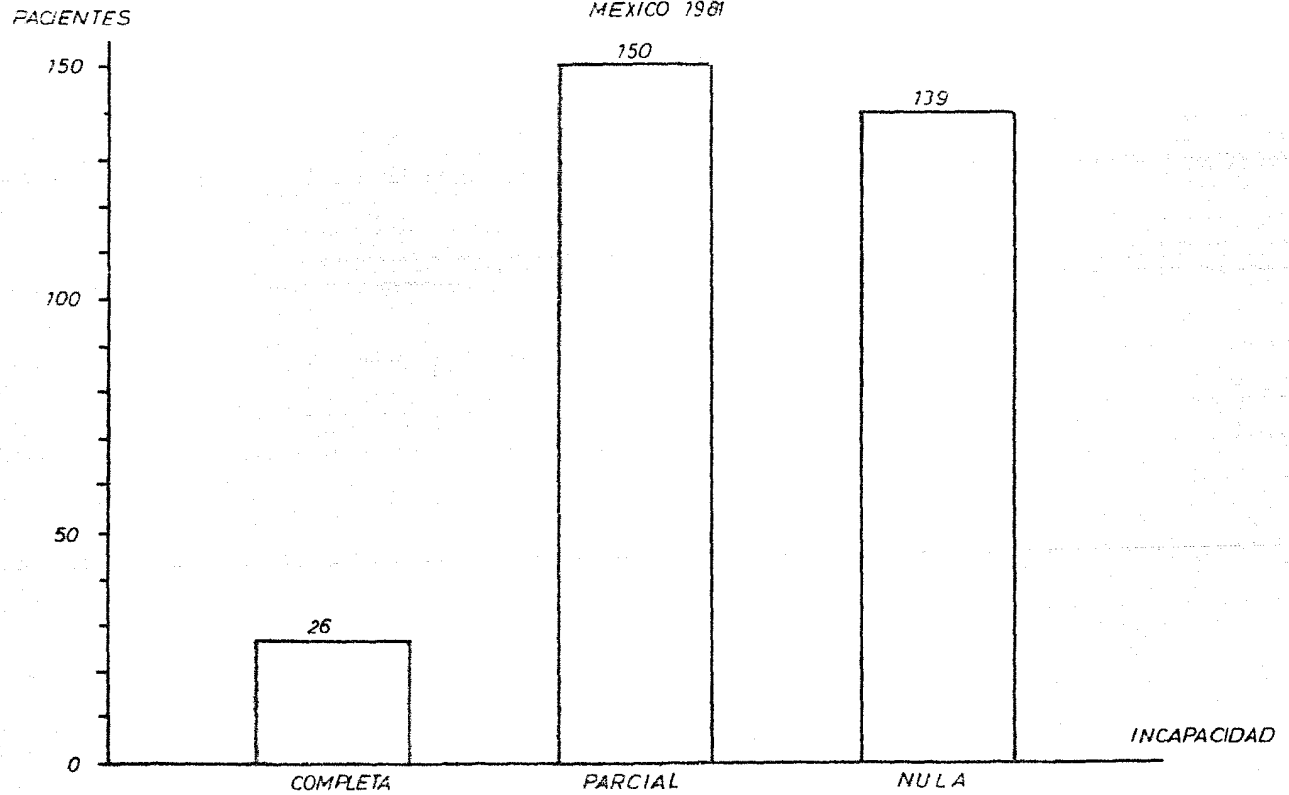
FUENTE: CUADRO 19

GRAFICA 24
 PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA" SEGUN TIPO DE TRATAMIENTO
 RECIBIDO
 SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
 MEXICO 1981



FUENTE: CUADRO 20

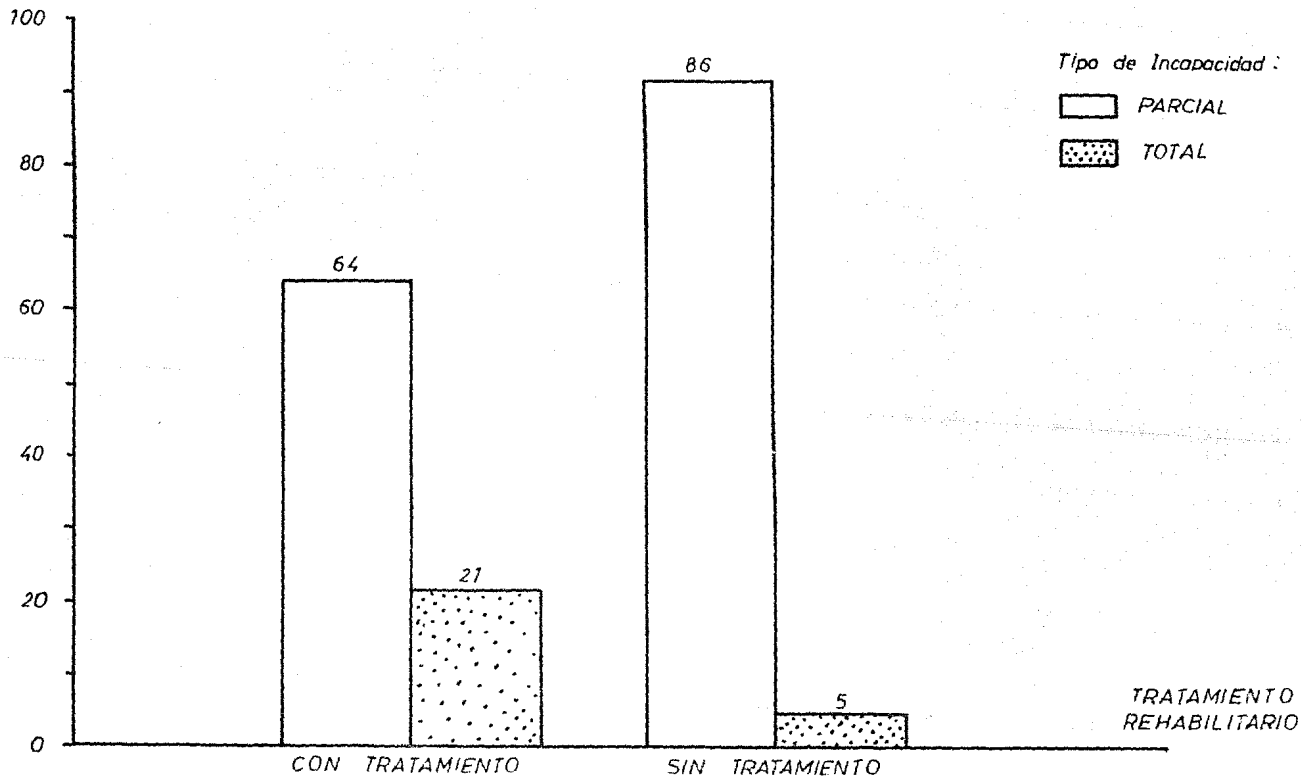
GRAFICA 25
PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR FERNANDO OCARANZA" SEGUN INCAPACIDAD FISICA
SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALCO
MEXICO 1981



FUENTE CUADRO 21 Y 22

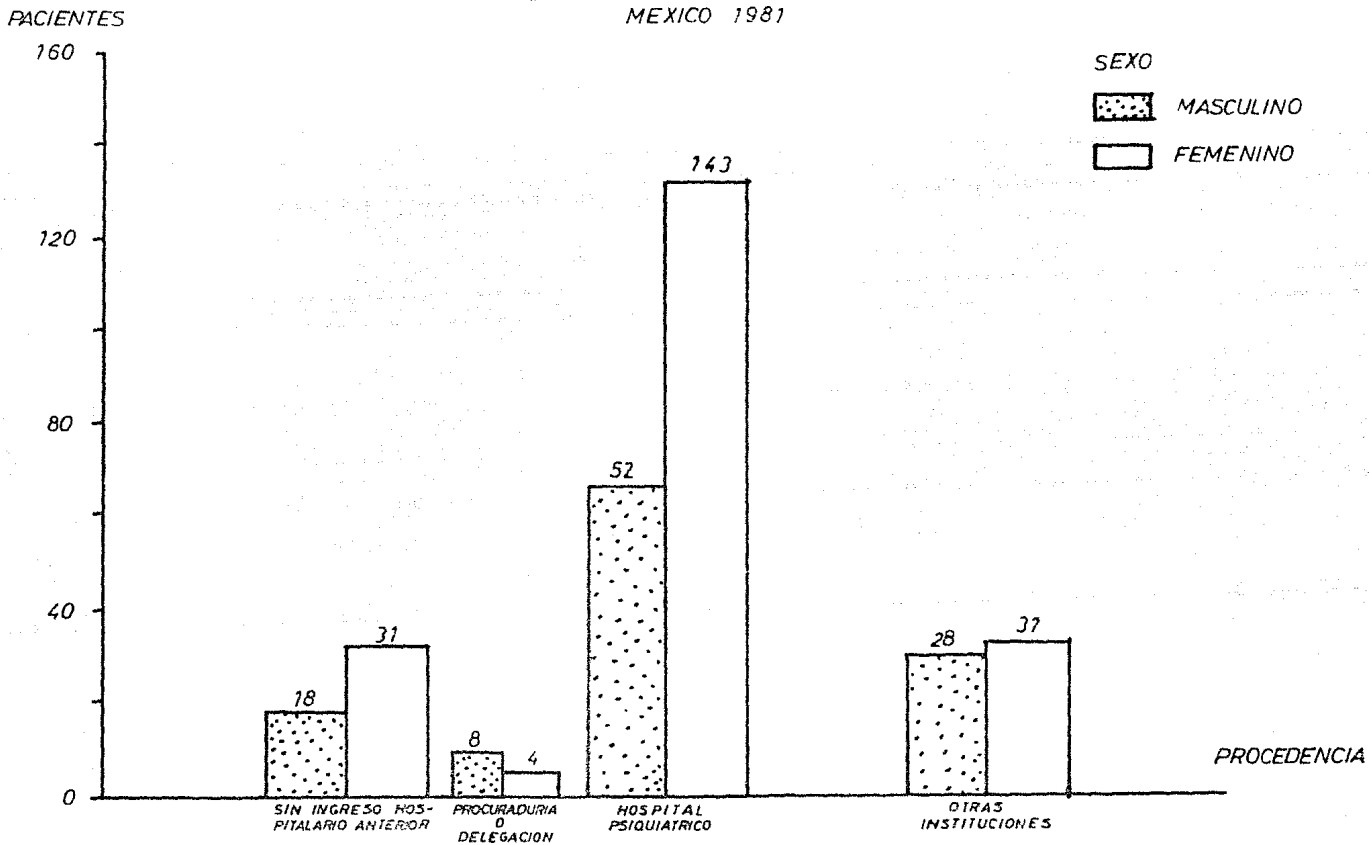
GRAFICA 26
INCAPACIDADES PARCIALES Y TOTALES SEGUN TRATAMIENTO REHABILITARIO DEL HOSPITAL
CAMPESTRE FERNANDO OCARANZA
SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
MEXICO 1981

INCAPACITADOS



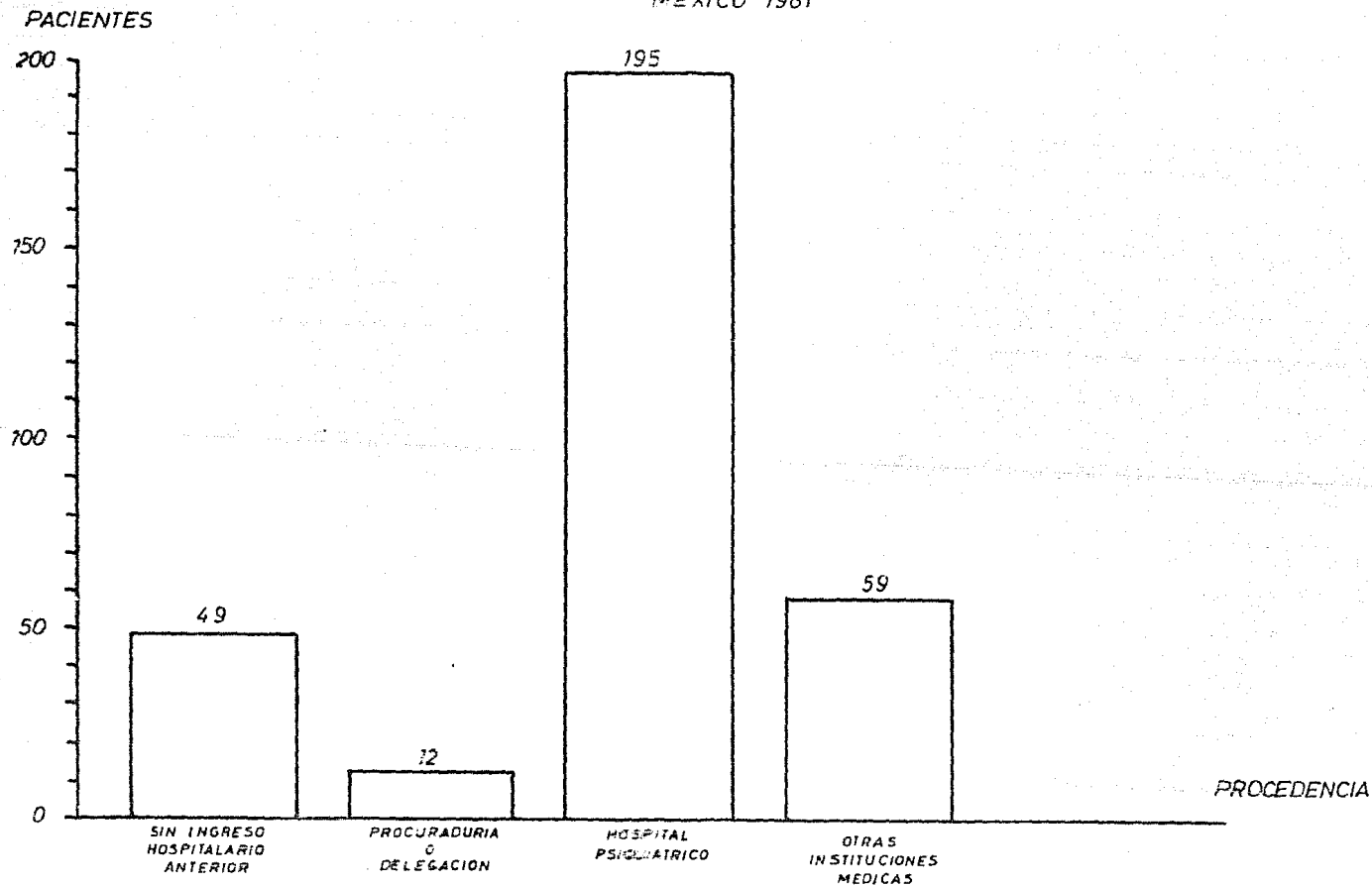
FUENTE: CUADRO 22 Y 23

GRAFICA 27
 PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE DR FERNANDO OCARANZA SEGUN HOSPITAL DE PRO-
 CEDENCIA Y SEXO
 SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
 MEXICO 1981

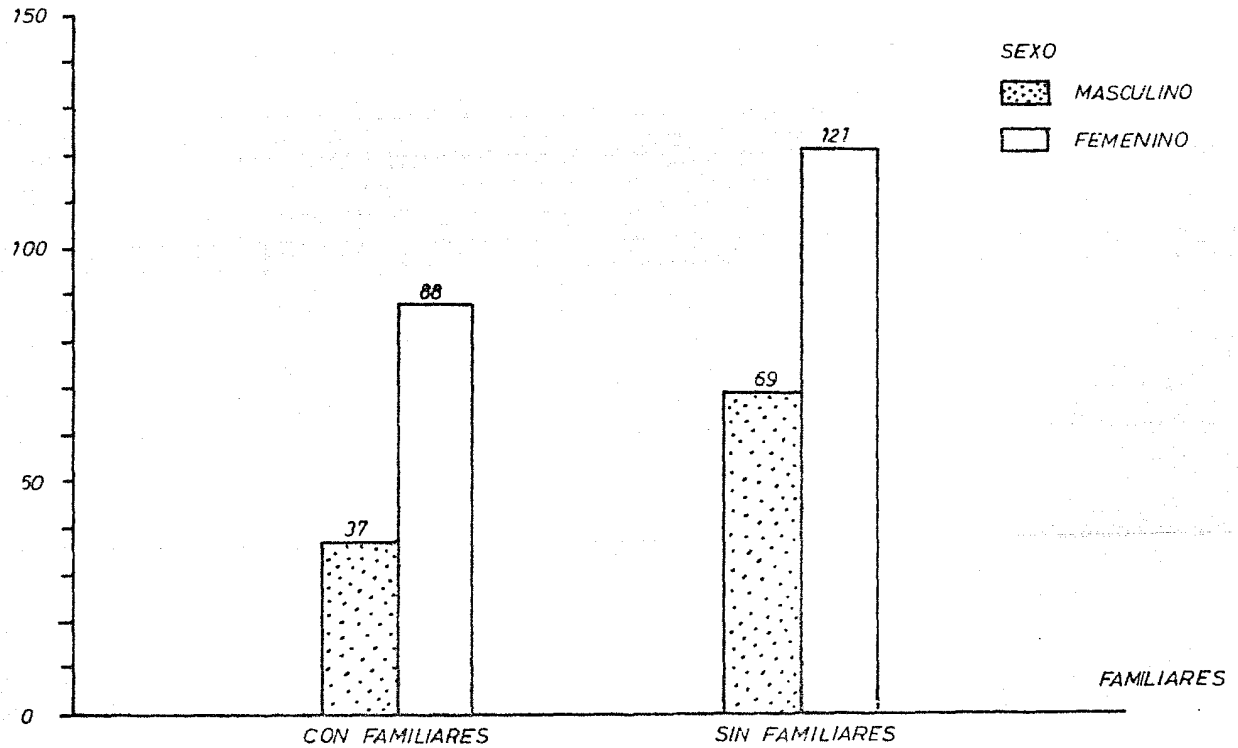


FUENTE: CUADRO 24

GRAFICA 28
PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA" SEGUN HOSPITAL DE PROCEDECIA
SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
MEXICO 1981

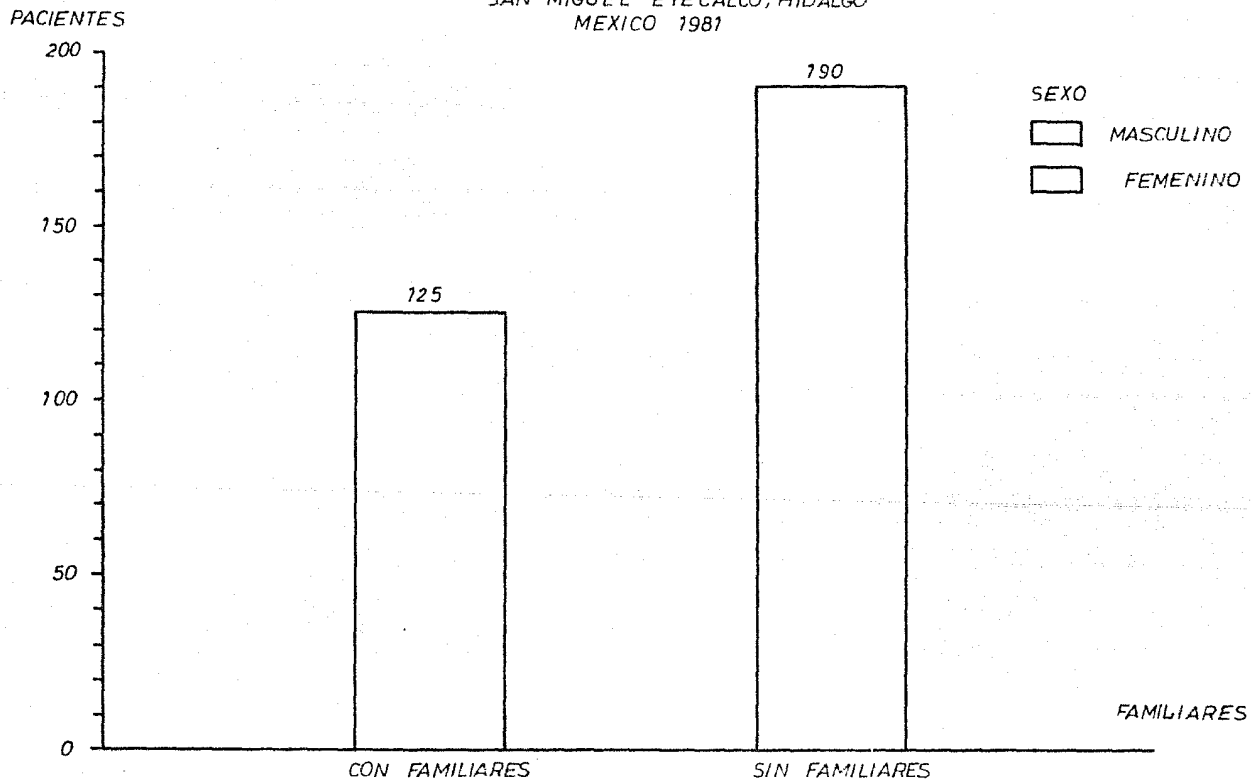


GRAFICA 29
PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE DR FERNANDO OCARANZA SEGUN EXISTENCIA DE FAMILIARES
Y SEXO
SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
MEXICO 1981



FUENTE CUADRO 25

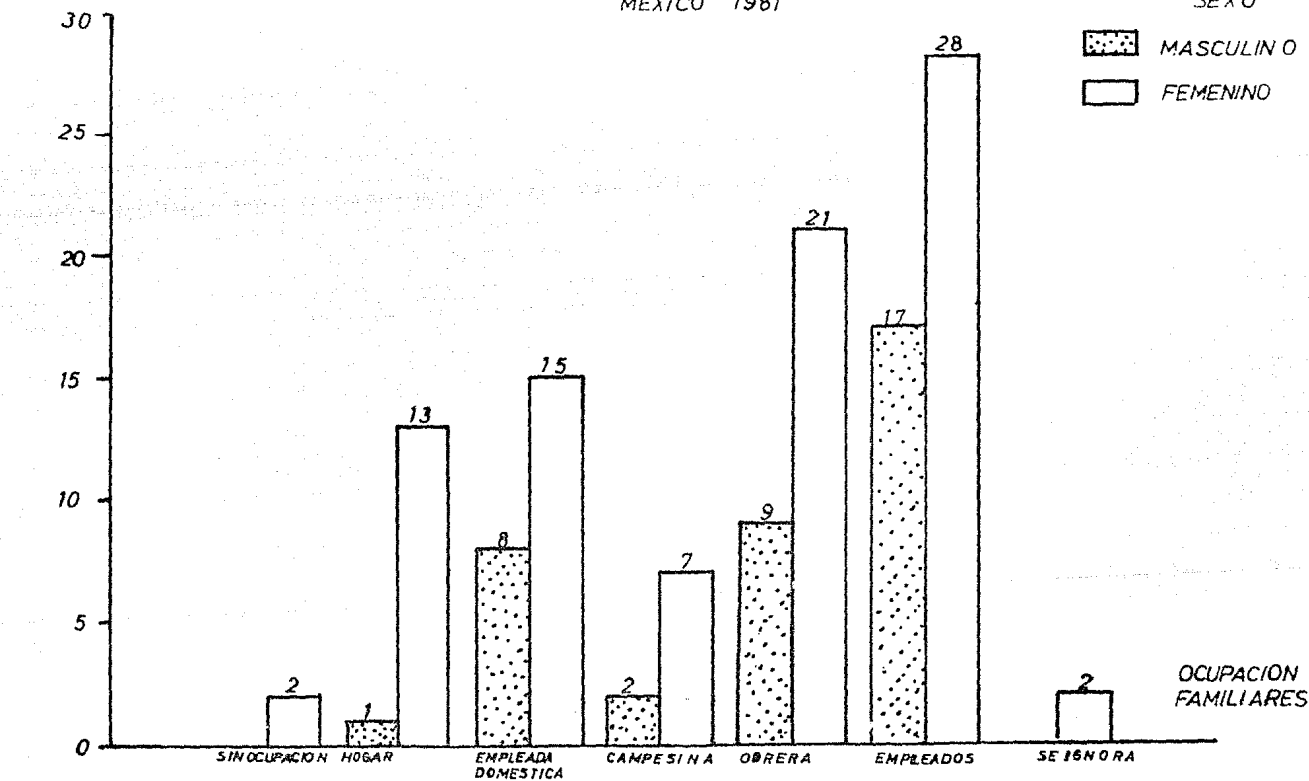
GRAFICA 30
PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA" SEGUN SEXO Y EXISTENCIA
DE FAMILIARES
SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
MEXICO 1981



FUENTE: CUADRO 25

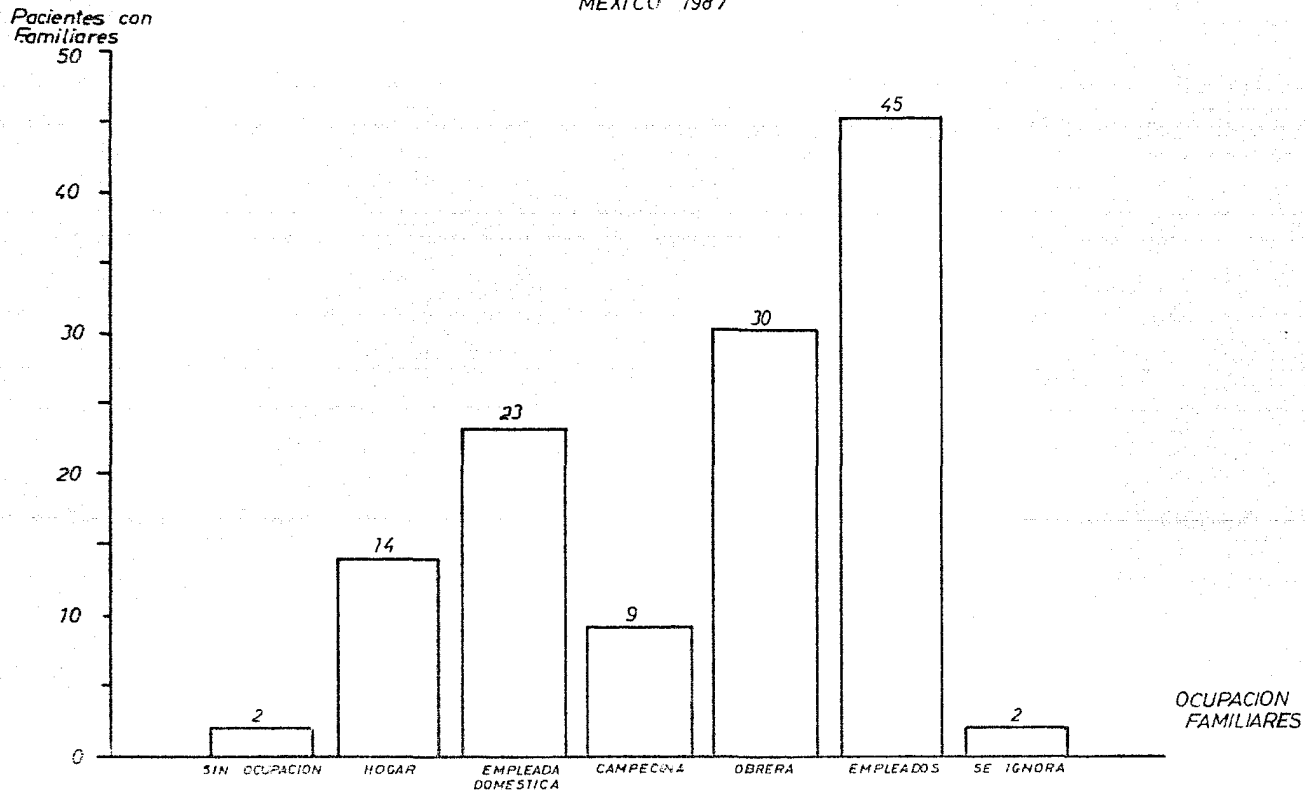
GRAFICA 31

PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR FERNANDO OCARANZA" SEGUN OCUPACION DE FAMILIARES Y SEXO
 SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
 MEXICO 1981



FUENTE: CUADRO 26

GRAFICA 32
PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE DR FERNANDO OCARANZA SEGUN OCUPACION DE FAMILIARES
SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
MEXICO 1987



FUENTE : CUADRO 26

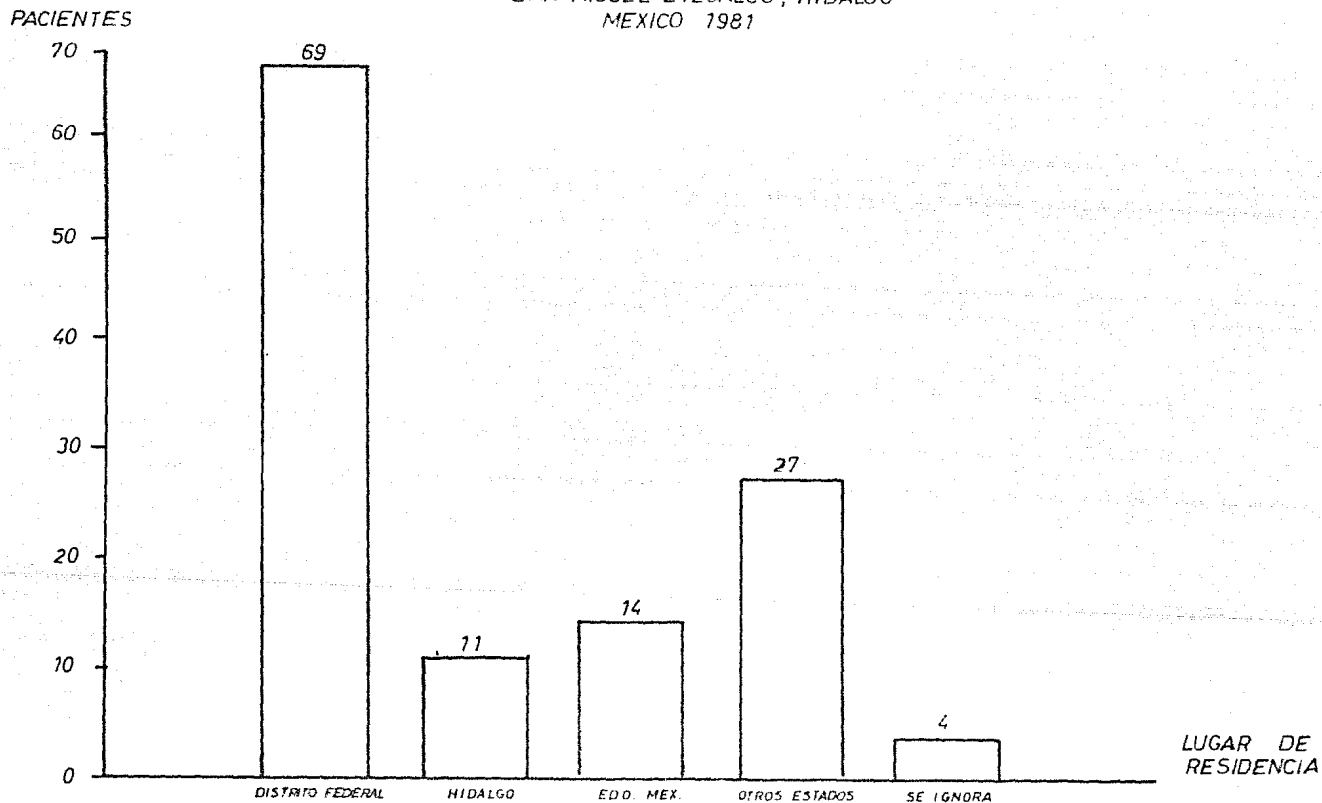
GRAFICA JJ
PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR FERNANDO OCARANZA" SEGUN INGRESO ECONOMICO
FAMILIAR
SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
MEXICO 1981

PACIENTES



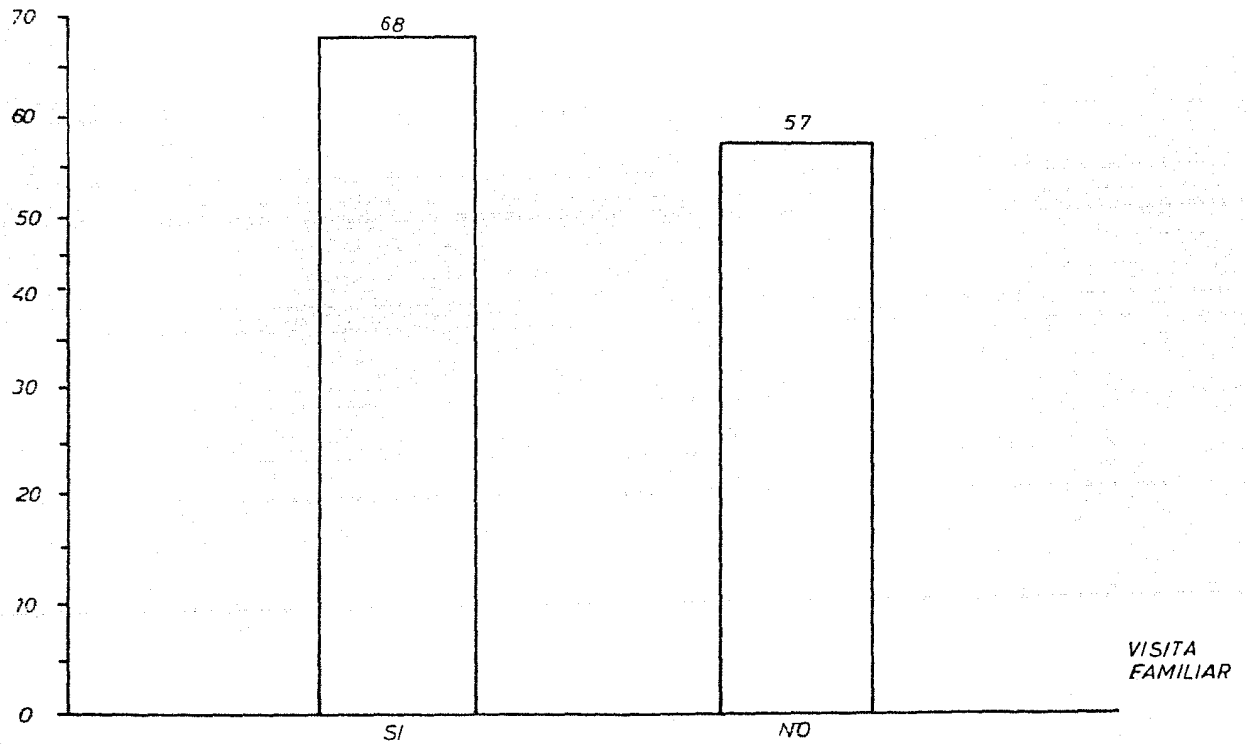
FUENTE : CUADRO 27

GRAFICA 34
PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA" SEGUN LUGAR DE RESIDENCIA
DE FAMILIARES
SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
MEXICO 1981



FUENTE: CUADRO 28

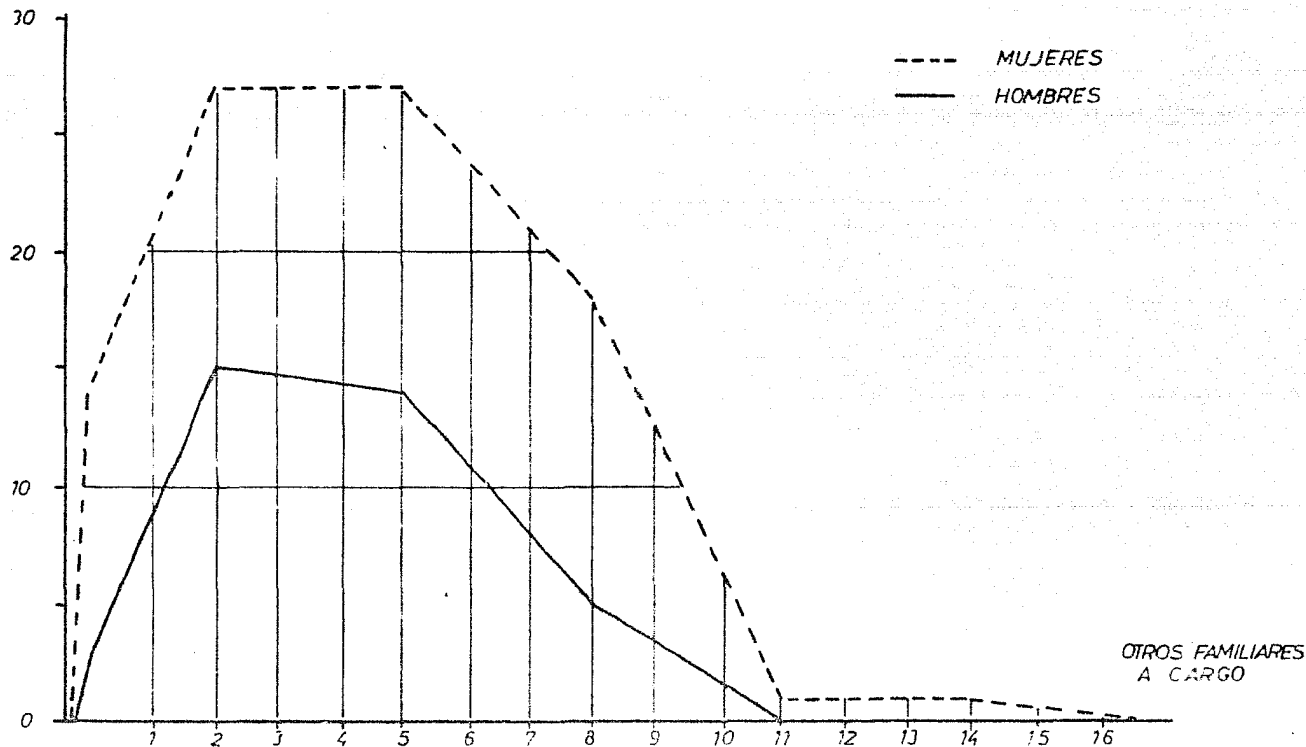
GRAFICA 35
PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR FERNANDO OCARANZA" SEGUN VISITA FAMILIAR
SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
MEXICO 1981



FUENTE: CUADRO 29

GRAFICA 36
 PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA" CON POR LO MENOS UN
 FAMILIAR SEGUN NUMERO DE OTROS FAMILIARES A SU CARGO Y SEXO
 SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
 MEXICO. 1981

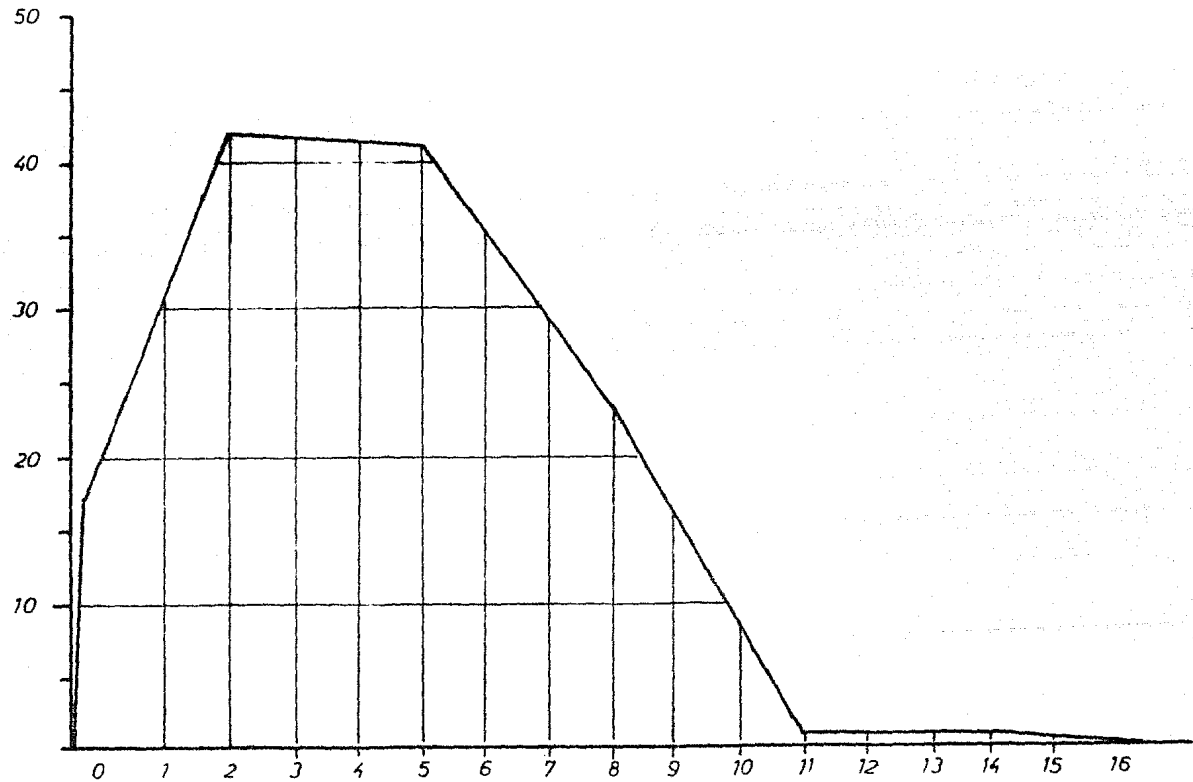
No. DE PACIENTES CON POR LO MENOS
 UN FAMILIAR



FUENTE: CUADRO 30

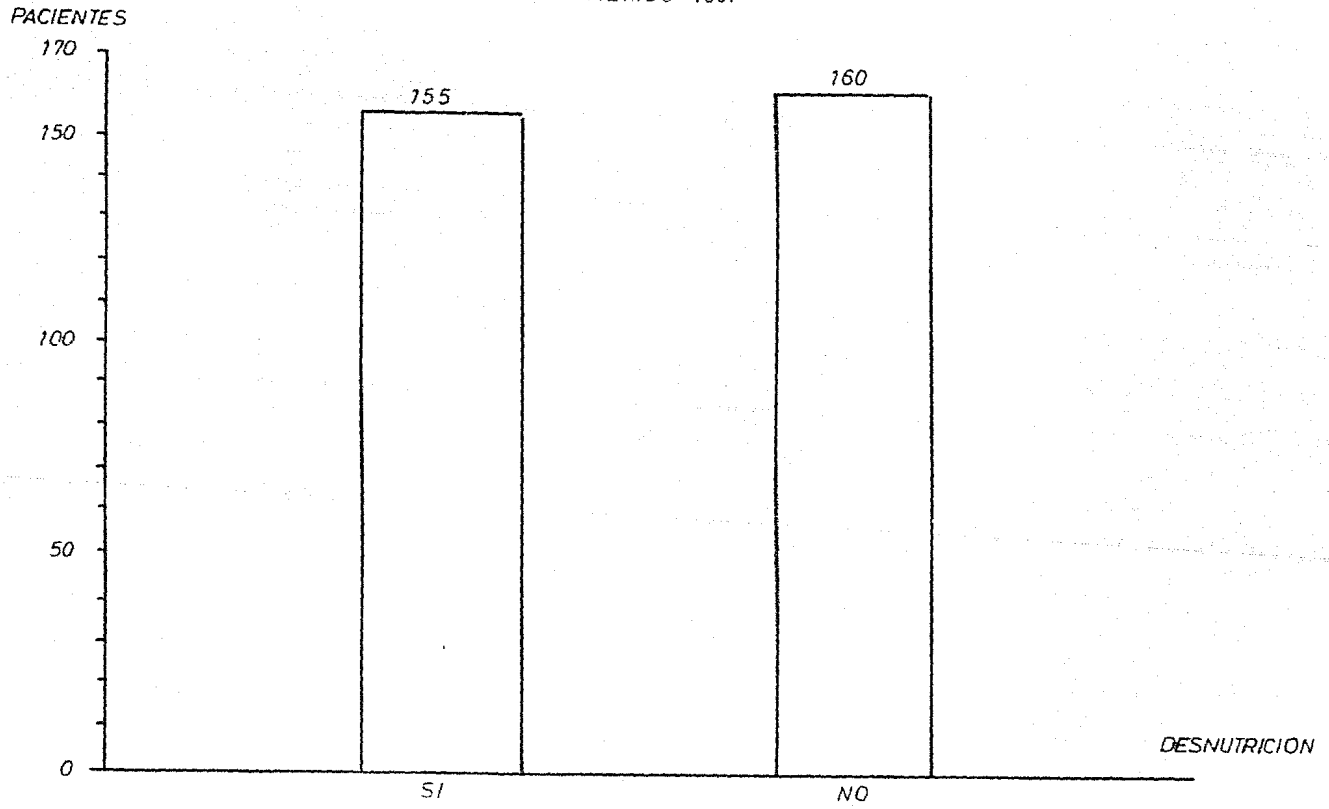
GRAFICA 37
PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA" CON POR LO MENOS UN FAMILIAR
SEGUN NUMERO DE FAMILIARES A SU CARGO
SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
MEXICO 1987

PACIENTES CON UN FAMILIAR
POR LO MENOS



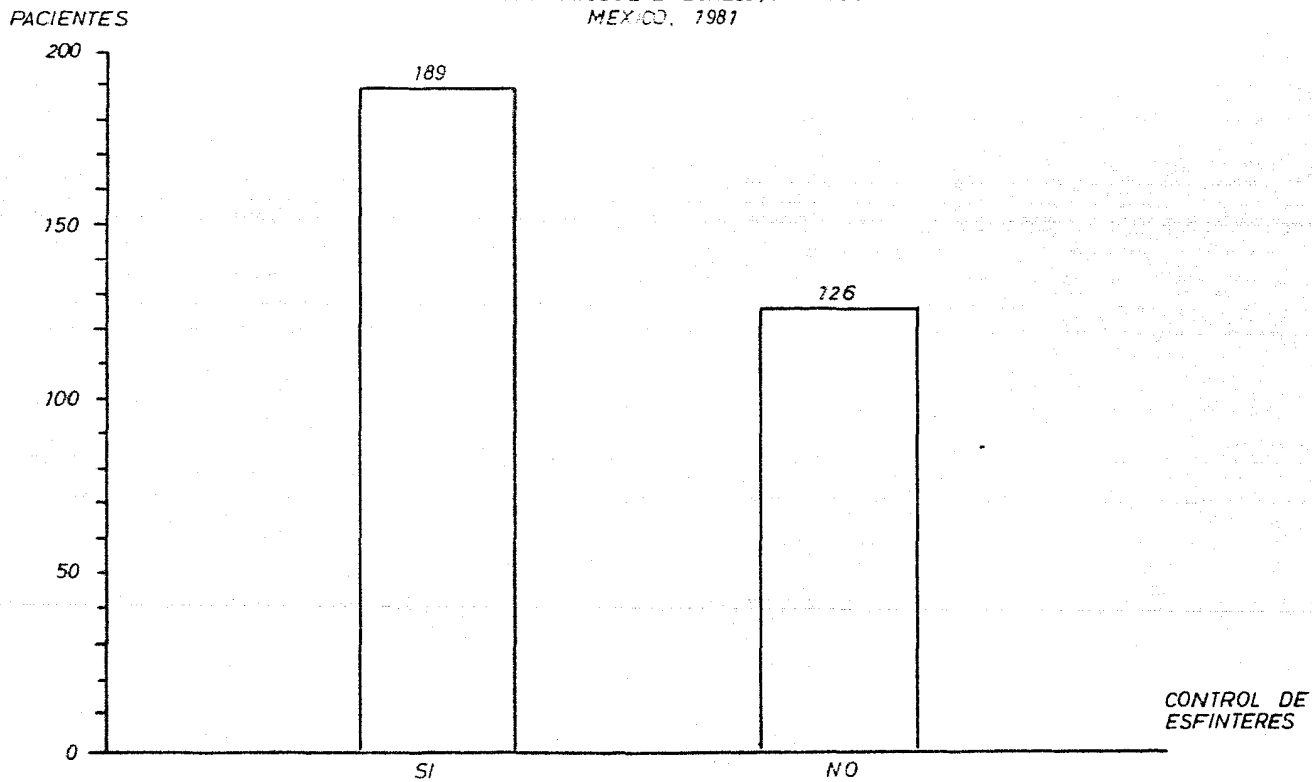
FUENTE: CUADRO 30

GRAFICA 38
PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA" SEGUN SEXO Y DESNUTRICION
SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
MEXICO 1981



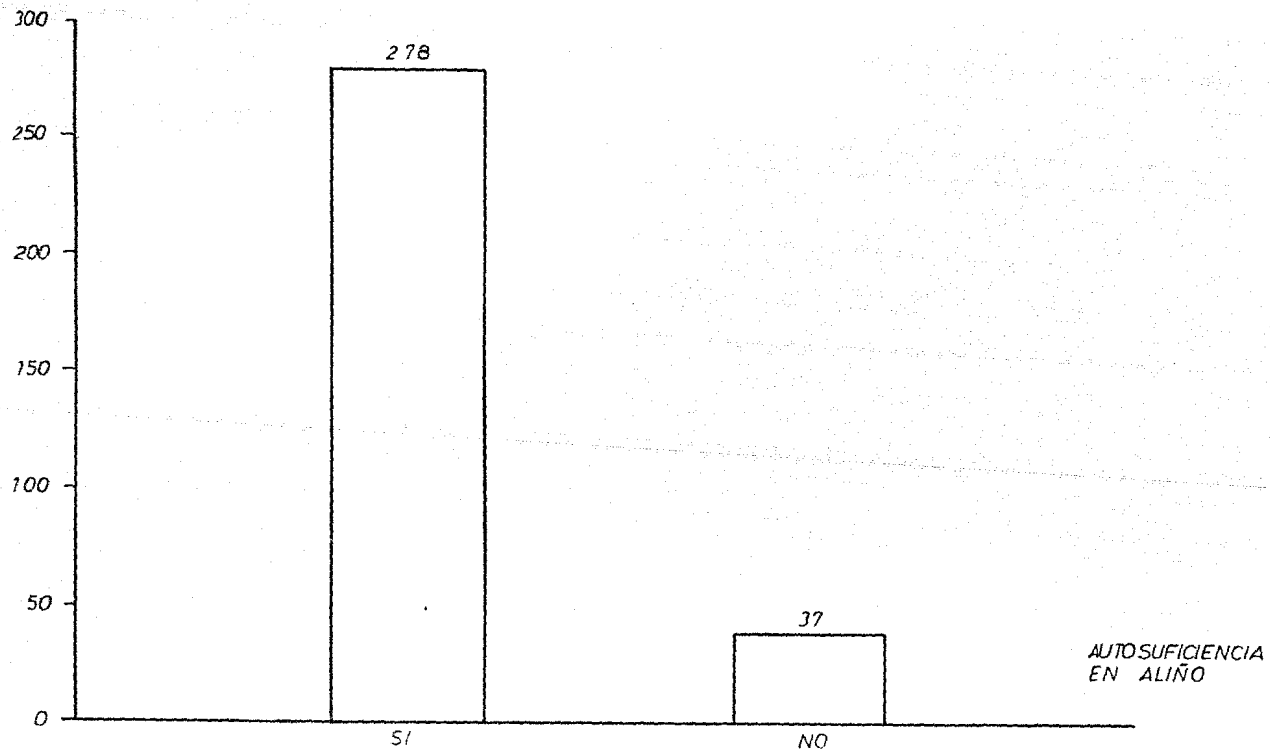
FUENTE: CUADRO 31

GRAFICA 39
PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA" SEGUN CONTROL DE ESFINTERES
Y SEXO
SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
MEXICO, 1981



FUENTE CUADRO 32

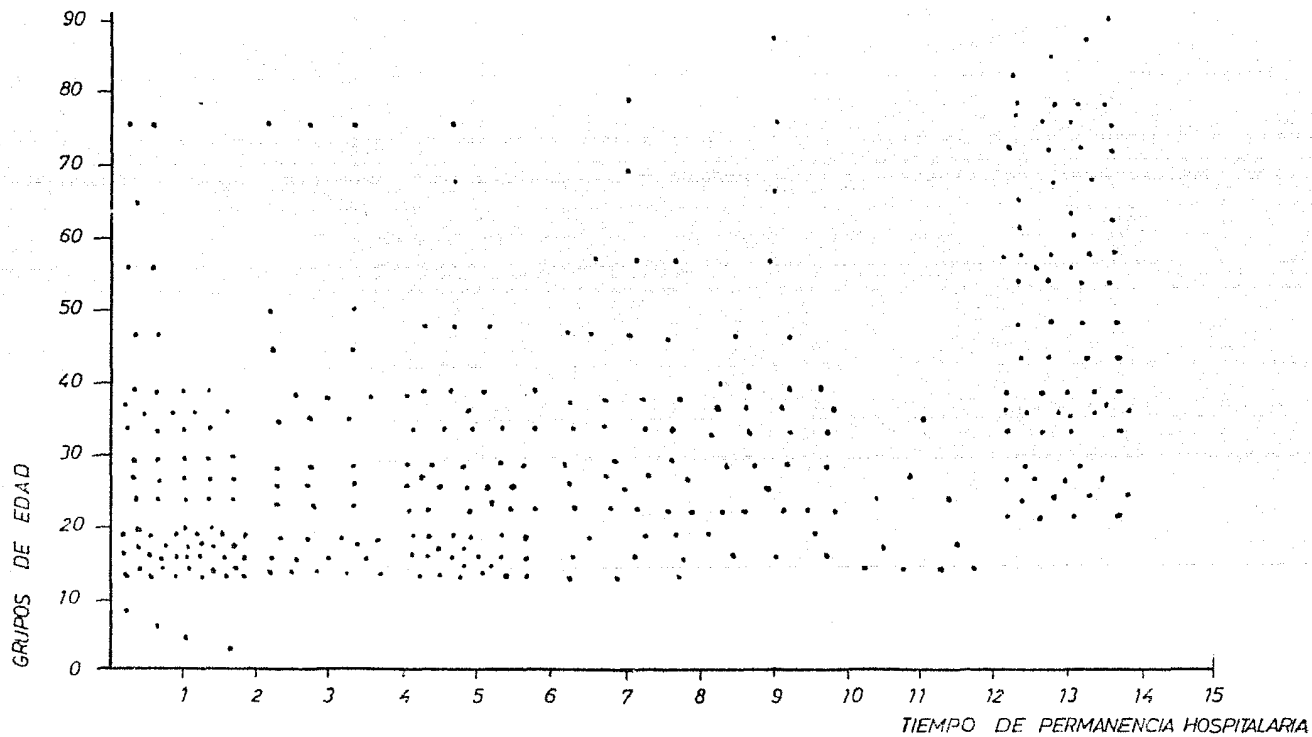
GRAFICA 40
PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA" SEGUN AUTOSUFICIENCIA EN ALIÑO
PERSONAL Y SEXO
SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
MEXICO; 1981



FUENTE : CUADRO 32

GRAFICA 41

PACIENTES DEL HOSPITAL CAMPESTRE DR. FERNANDO OCARANZA SEGUN GRUPOS DE EDAD Y TIEMPO DE PERMANENCIA HOSPITALARIA
SAN MIGUEL EYECALCO, HIDALGO
MEXICO 1981

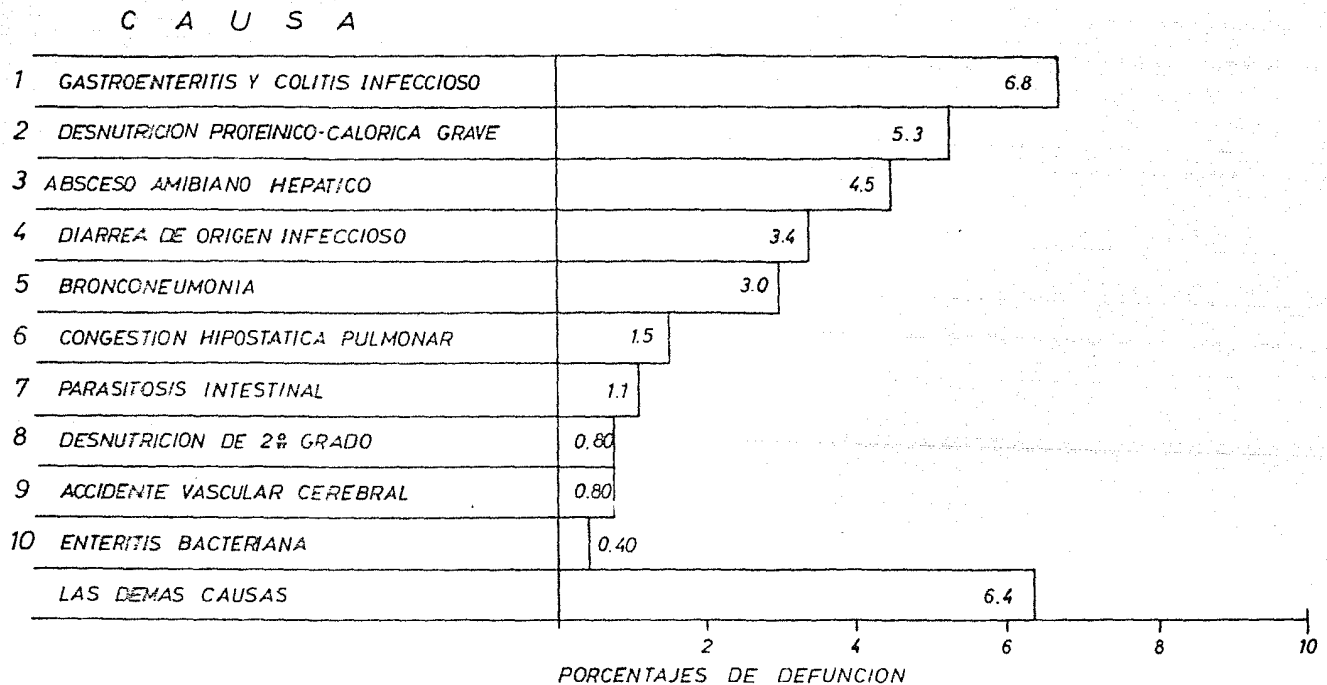


FUENTE: CUADRO 36

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
HOSPITAL FERNANDO OCARANZA

1976

GRAFICA 42



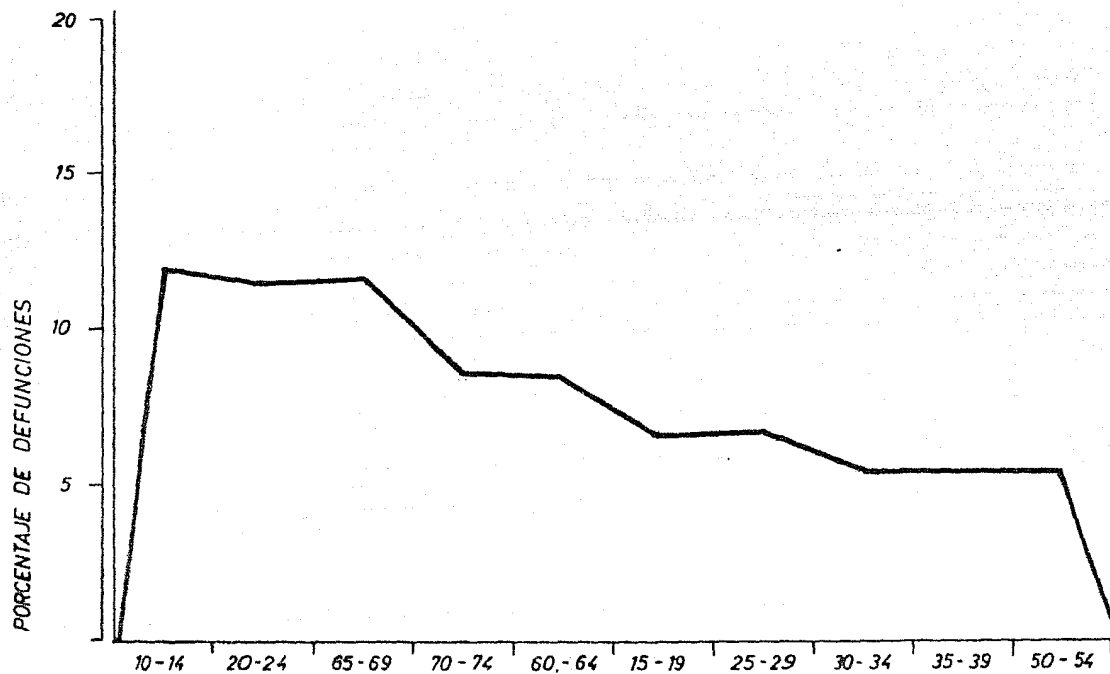
FUENTE: CUADRO No. 40

PRINCIPALES GRUPOS DE EDAD DE MORTALIDAD GENERAL

GRAFICA 43

HOSPITAL FERNANDO OCARANZA

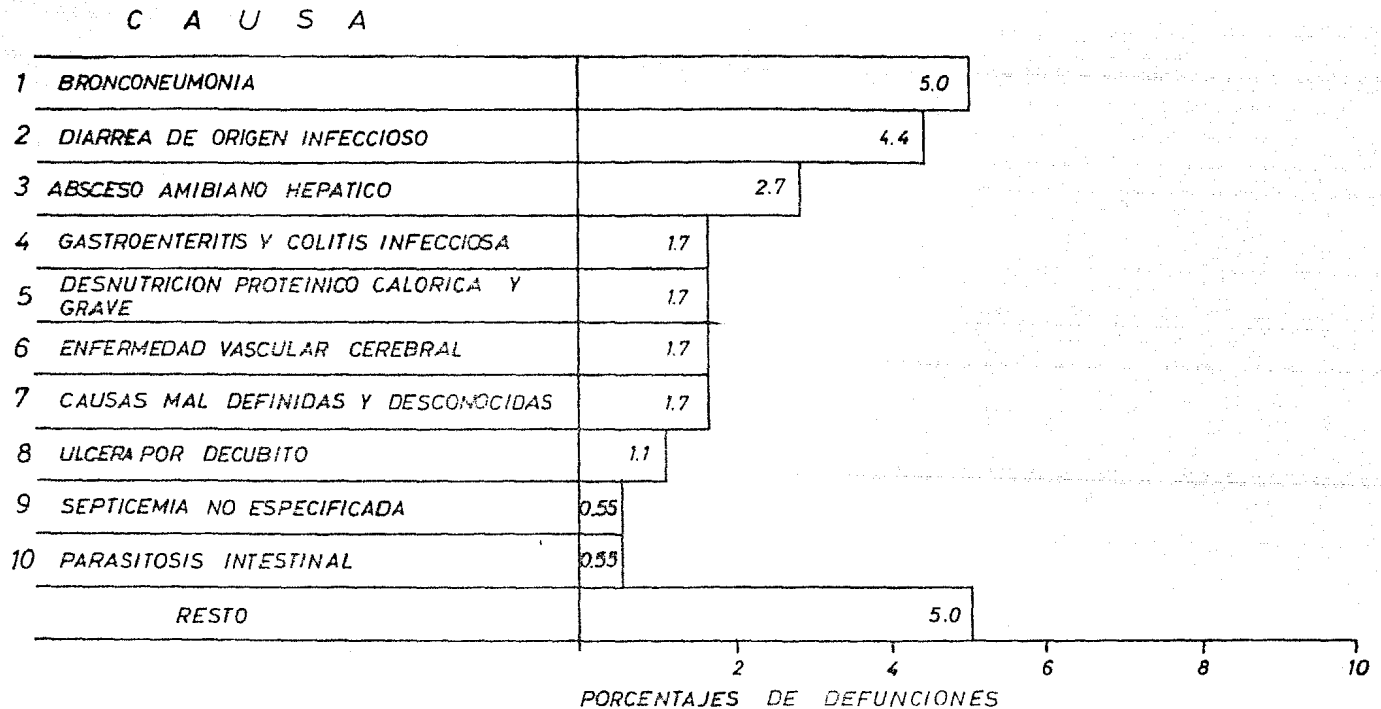
1976



GRUPOS DE EDAD

FUENTE. CUADRO No 41

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL *GRAFICA 44*
 HOSPITAL FERNANDO OCARANZA
 1977

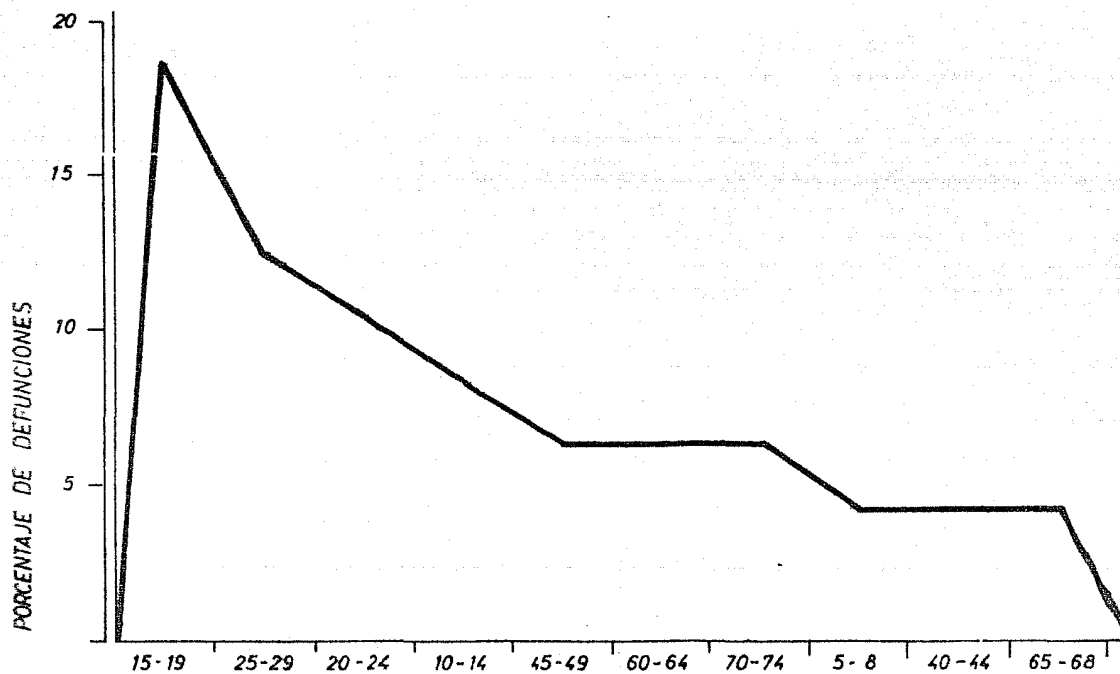


FUENTE: CUADRO No 42

PRINCIPALES GRUPOS DE EDAD DE MORTALIDAD GENERAL GRAFICA 45

HOSPITAL FERNANDO OCARANZA

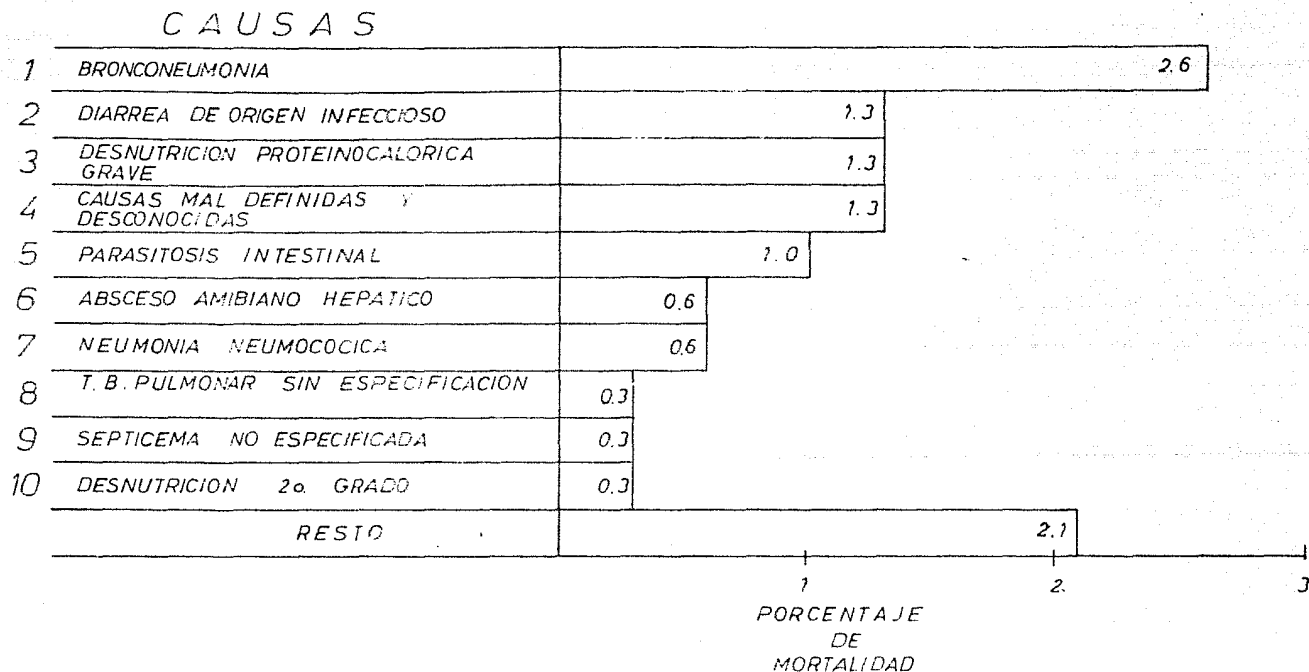
1977



GRUPOS DE EDAD

FUENTE: CUADRO 43

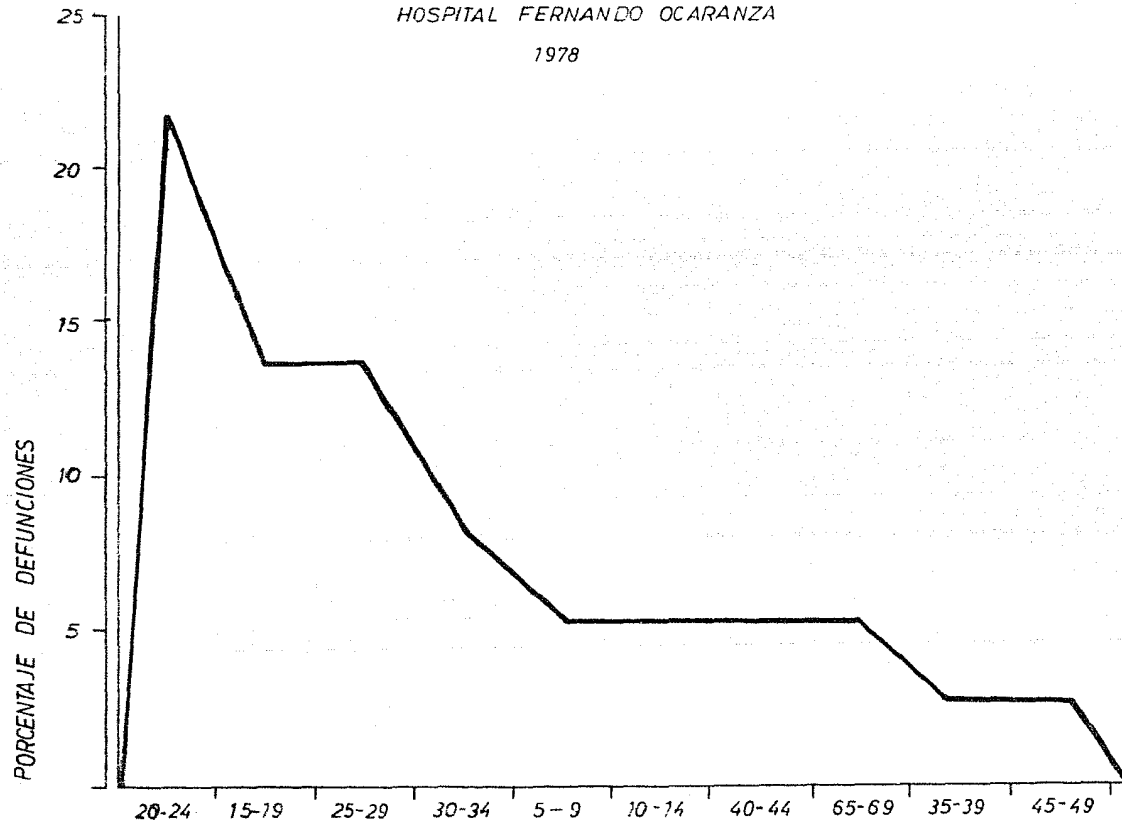
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL
 HOSPITAL "FERNANDO OCARANZA"
 1978



PRINCIPALES GRUPOS DE EDAD DE MORTALIDAD GENERAL

HOSPITAL FERNANDO OCARANZA

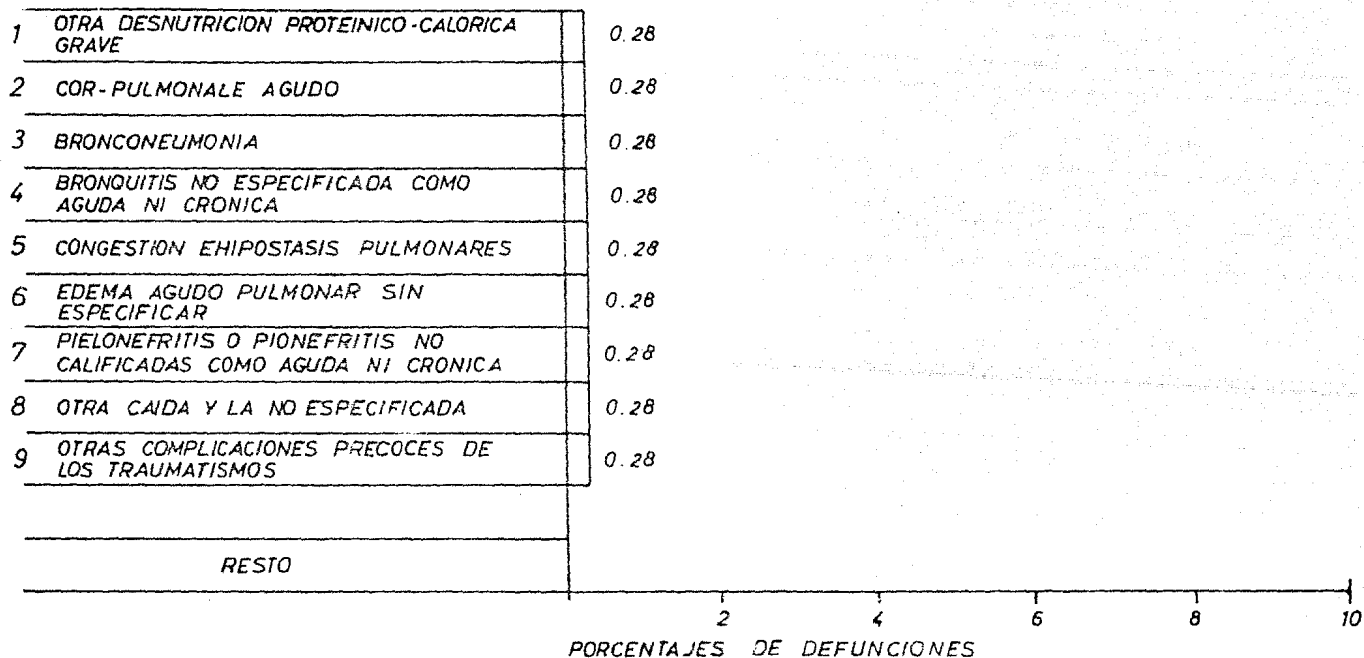
1978



GRUPOS DE EDAD
FUENTE: CUADRO No 45

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL GRAFICA 48
 HOSPITAL FERNANDO OCARANZA
 1979

C A U S A

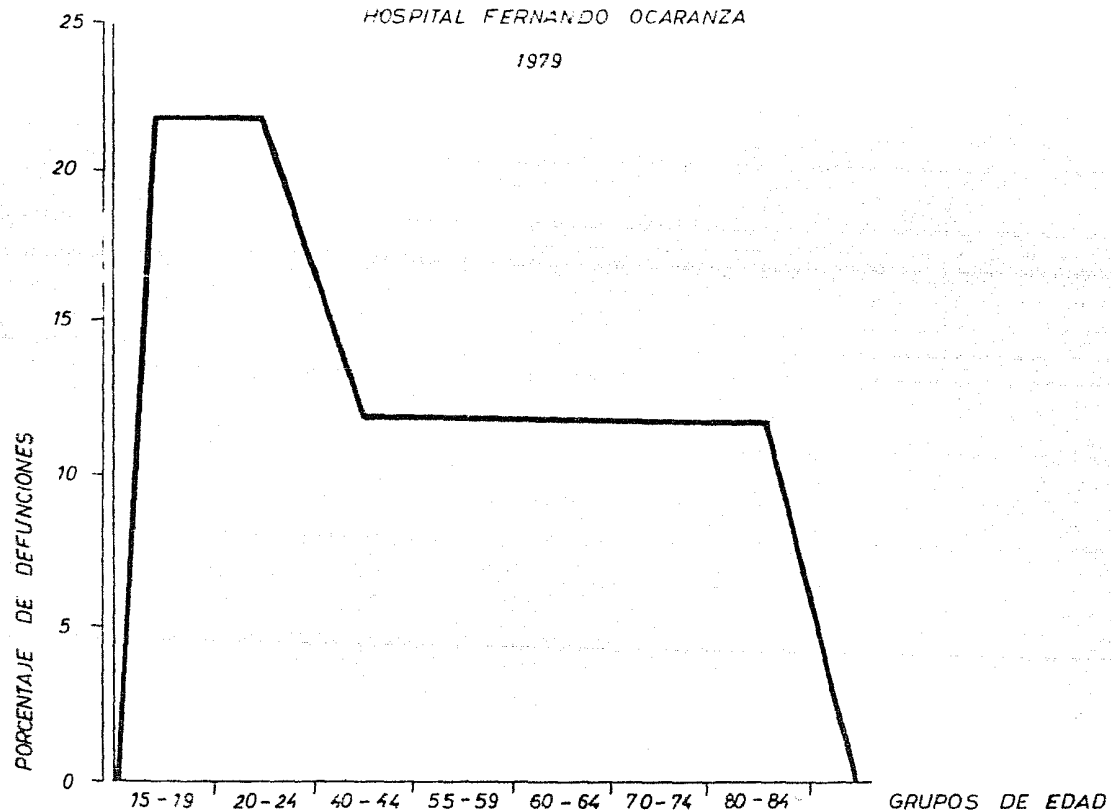


FUENTE: CUADRO 46

PRINCIPALES GRUPOS DE EDAD DE MORTALIDAD GENERAL

HOSPITAL FERNANDO OCARANZA

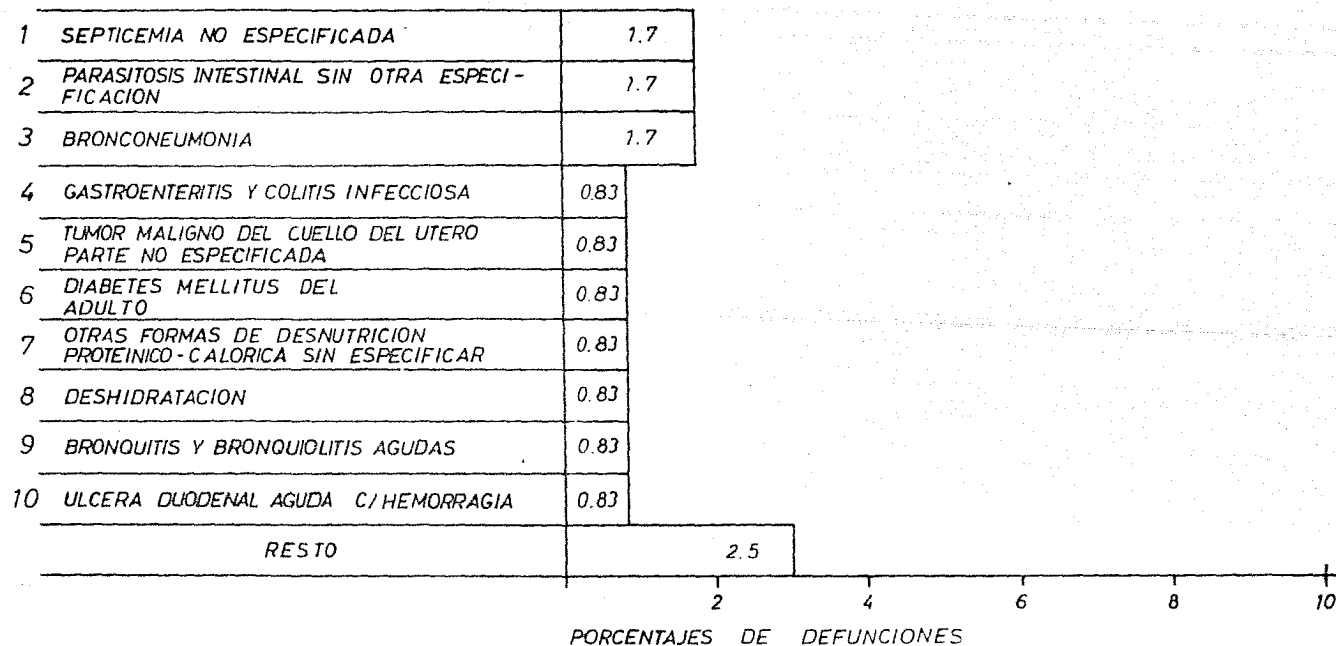
1979



FUENTE : CUADRO 47

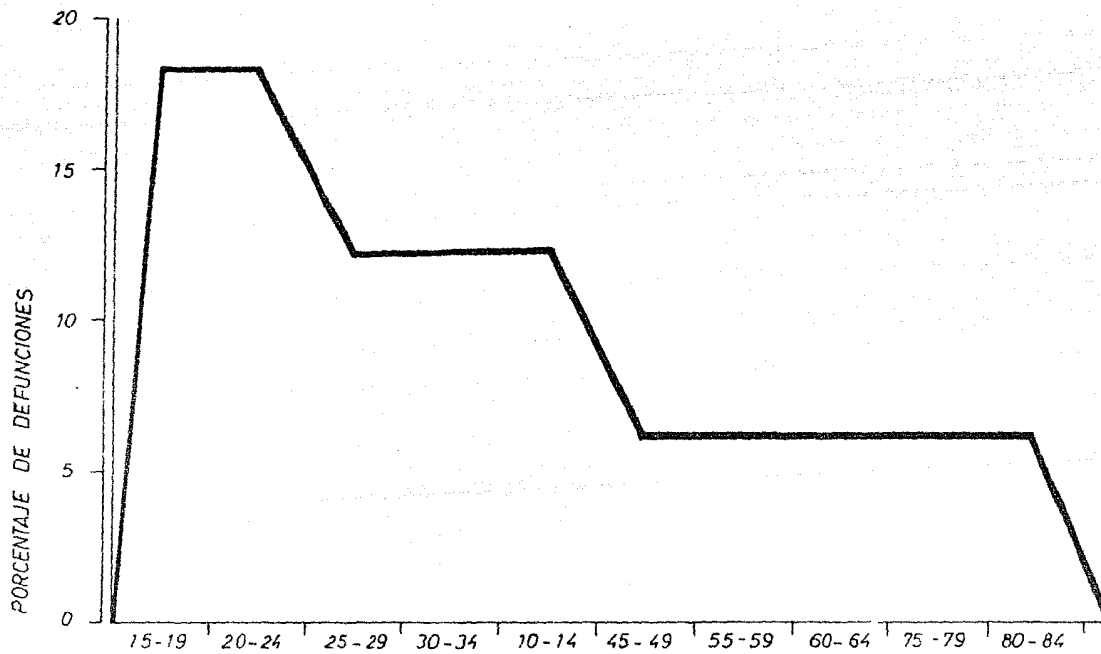
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL GRAFICA 50
 HOSPITAL FERNANDO OCARANZA
 1980

C A U S A



FUENTE: CUADRO 48

PRINCIPALES GRUPOS DE EDAD DE MORTALIDAD GENERAL *GRAFICA 51*
HOSPITAL FERNANDO OCARANZA
1980



GRUPOS DE EDAD
FUENTE CUADRO 49

VIII. A N E X O S

ENCUESTA SOBRE LA PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN LOS PAISES EN DESARROLLO

Anexo Núm. 1

Región	País	Referencia	Población estudiada y fecha del estudio	Prevalencia por 1000 habitantes				Observaciones
				Trastornos mentales de toda clase	Psicosis		Epi- lepsia mental	
					Todas las formas	Esquifrenia		
	Ghana	Field(1958)	4283 habitantes de aldeas Ashanti (1956-1957)			10,00		"Esquizofrenia crónica" solamente.
	Nigeria	Leighton y cols. (1963)	Aldeas y ciudad de Yruba. Muestra: 326 sujetos (1961)	230,00* 160,00**	10,00		20,00	* "Trastorno - psiquiátrico evidente" ** "Con incapacidad grave"
Africa	Nigeria	Mbanefo(1971)	1460 casos nuevos examinados por médicos generales en tres meses	150,00				Igual al número de casos de paludismo
	Senegal	Beiser(1972)	65 Aldeas: 35 000 sujetos - (1970)	100,00 (adultos)				"Enfermedad del espíritu" (Sérer)
	Senegal	Universidad de Dakar(1972)	65 aldeas: 235 sujetos (1970)		{ 10 varones 30 mujeres		{ 20v. 10m. }	Zonas rurales
					{ 0 varones 10 mujeres		{ 0v. 20m. }	Zonas urbanas
Américas	Argentina	Tarnopolsky y cols. (1970)	Tres distritos de Buenos Aires: 50 000 sujetos Muestra: 1046 (1969)	179,70	9,50		11,50 14,70	
	Chile	Horwitz y cols. (1952)	Santiago (1957-1958)	190,00	7,50		20,00 12,00	
	Chile	Moya y cols. (1969)	Norte de Santiago (1965-1966)	119,00	4,00		9,00 11,00	

ENCUESTAS SOBRE LA PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES EN LOS PAISES EN DESARROLLO (continuación)

Región	País	Referencia	Población estudiada y fecha del estudio.	Prevalencia por 1000 habitantes				Observaciones	
				Trastornos mentales de toda clase	Psicosis		Epilepsia mental		Retraso mental
					Todas las formas	Esquizofrenia			
	Chile	Marconi y Muñoz (1970)	Muestra de Santiago: 2705 sujetos (1967-1969)		3,00		11,00	12,00	
	Colombia	León y Climent (1970)	Distrito semirural de 15 000 habitantes. Muestra: 184 sujetos de 20 a 40 años (1967).		23,00		10,20	29,10	
Américas (continuación)	Costa Rica	Adis Castro y cols. (1970)	Encuesta Nacional: mayores de 18 años Muestra: 646 sujetos de zonas rurales; 100 de zonas urbanas (1966-1967)		25,00		22,00		
	Perú	Mariátegui (1970)	Distrito de Lima Muestra: 2901 sujetos (fecha no indicada)	187,50	11,00		14,10	13,80	
Mediterraneo Oriental	Etiopía	Giel y van Luijk (1969)	Una aldea (1967)	91,00					Morbilidad mental patente
			Consultorios, hospital general, -- Adis Abeba	185,00					La tasa de enfermedades es de 95
	Irán	Bash y Bash-Liechti (1973)	Zona del estudio: 3200 sujetos (1967)	148,00					Tasa anual de consultas a médicos y curanderos.
			Zonas rurales: 505 sujetos (1963) 482 sujetos (1965) Zonas urbanas: 930 sujetos (1969-1970).	99,00 (12)* 149,00 (11)* 166,00 (12)*				14,20	* Casos definidos como "trastornos graves"

Mediterraneo Oriental (continuación).	Sudán	Baasher(1961)	Aldea: 1860 sujetos (1960-1961)	62,90**		7,00	4,00		**Suficientemente graves para ser socialmente perceptibles y reducir la capacidad de trabajo ¹¹
		Sedán	Baasher(1972)	Zonas rurales: niños (1968).	100,00				Síntomas psiquiátricos pronunciados (tasa estimada).
Asia Suboriental	Sri-Lanka	Jayasundera (1969)	4 Aldeas:						Los dos primeros estudios se consideraron más fidedignos.
			2506 sujetos(1960)	10,00	8,40	5,20			
			2212 sujetos(1961)	5,00	4,50	2,20			
			1519 sujetos(1962)	6,00	6,00	1,30			
			2497 sujetos(1964)	4,00	3,20	3,20			
	India	Dube(1970)	Zonas rurales, semi rurales y urbanas; región de Agra: 29 468 sujetos.	23,79 17,99	4,28 2,64	2,17 1,49	3,19 2,24	3,70 3,70	Prevalencia a lo largo de la vida. Casos activos - (prevalencia: 18 meses).
	Corca	Yoo(1961)	Seis colectividades rurales: 11 974 sujetos(1956-1960)	13,80	7,70				
Pacífico Occidental.	Taiwán	Lin y Cols. (1969)	Tres colectividades (rural, semi-rural y urbana):						
			19 931 sujetos (1946-1948)	9,50	3,90	2,20	3,40		
			29 184 sujetos (1961-1963)	17,20	3,10	1,40	4,90		

FUENTE: OMS. "Organización de Servicios en Salud Mental en los países en Desarrollo". 16o. Informe del Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental, serie de Informes Técnicos No. 564. Ginebra 1975.

SERVICIOS DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL EN CENTROS DE SALUD
EN LA REPUBLICA MEXICANA
1 9 8 3

Anexo Núm. 2.

ENTIDAD FEDERATIVA	CIUDAD	NUM. DE SERVICIOS
BAJA CALIFORNIA NORTE	TIJUANA	1
SONORA	NOGALES	1
CHIHUAHUA	CD. JUAREZ	1
NUEVO LEON	MONTERREY	1
AGUASCALIENTES	AGUASCALIENTES	1
SAN LUIS POTOSI	SAN LUIS POTOSI	1
JALISCO	GUADALAJARA	1
GUANAJUATO	LEON	1
PUEBLA	PUEBLA	1
GUERRERO	ACAPULCO	1

ENTIDAD FEDERATIVA	CIUDAD	NUM. DE SERVICIOS
BAJA CALIFORNIA NORTE	MEXICALI	1
TAMAULIPAS	MATAMOROS	1
COLIMA	COLIMA	1
ESTADO DE MEXICO	TLALNEPANTLA	1
VERACRUZ	VERACRUZ	1
DISTRITO FEDERAL	DISTRITO FEDERAL	24
	T O T A L	39

FUENTE: Dirección General de Salud Mental.

RECURSOS CAMA EN HOSPITALES PSIQUIATRICOS SEGUN DEPENDENCIA
1 9 8 2

Anexo Núm. 3.

DEPENDENCIA	LUGAR	NUM. DE HOSPITALES	CAMAS CENSABLES
PRIVADOS.	MONTERREY, N. L.	1 HOSPITAL	140
	GOMEZ PALACIO, DGO.	1 HOSPITAL	100
	GUADALAJARA, JAL.	9 HOSPITALES	292
	TLAQUEPAQUE, JAL.	1 HOSPITAL	10
	ZAPOPAN, JAL.	1 HOSPITAL	210
	MORELIA, MICH.	1 HOSPITAL	8
	PUEBLA, PUE.	1 HOSPITAL	20
	CHOLULA, PUE.	2 HOSPITALES	250
	DISTRITO FEDERAL	5 HOSPITALES	465
			1,495
FEDERALES.	HERMOSILLO, SON.	1 HOSPITAL	224
	DISTRITO FEDERAL	1 HOSPITAL	600
	DISTRITO FEDERAL	1 HOSPITAL	200
	DISTRITO FEDERAL	1 HOSPITAL	502
	ZOQUIAPAN, MEX.	1 HOSPITAL	450
	TEPEXPAN, MEX.	1 HOSPITAL	600
	TEPEXPAN, MEX.	1 HOSPITAL	500
	SAN MIGUEL EYECALCO, HGO.	1 HOSPITAL	600
	EL BATAN, PUE.	1 HOSPITAL	480
	OAXACA, OAX.	1 HOSPITAL	160
	VILLAHERMOSA, TAB.	1 HOSPITAL	90
			4,406

DÉPENDENCIA	LUGAR	NUM. DE HOSPITALES	CAMAS CENSABLES
ESTATALES.	HERMOSILLO, SON.	1 HOSPITAL	
	CHIHUAHUA, CHIH.	1 HOSPITAL	100
	TAMPICO, TAMP.	1 HOSPITAL	80
	DURANGO, DGO.	1 HOSPITAL	150
	MONTERREY, N.L.	1 HOSPITAL	200
	SAN LUIS POTOSI, S.L.P.	1 HOSPITAL	
	SAN PEDRO DEL MONTE, GTO.	1 HOSPITAL	300
	LEON, GTO.	1 HOSPITAL	25
	GUADALAJARA, JAL.	1 HOSPITAL	300
	MORELIA, MICH.	1 HOSPITAL	80
	PUEBLA, PUE.	1 HOSPITAL	120
	MERIDA, YUC.	1 HOSPITAL	300
T O T A L :			7,736 =====

FUENTE: Dirección General de Salud Mental, Secretaría de Salubridad y Asistencia.

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA HOJA DE
ESTADISTICA POBLACION HOSPITALIZADA
HOSPITAL CAMPESTRE "DR. FERNANDO OCARANZA"

- 1.- Núm. de Expediente. Anótese en ésta columna el número de expediente registrado en la hoja frontal del mismo.
- 2.- Nombre del paciente. Se registrará el nombre completo del paciente con el que se encuentre registrado en el hospital.
- 3.- Edad. Anótese con número, la edad del paciente registrado en el expediente.
- 4.- Escolaridad. Se registrará el último año de preparación cursado por el paciente.
- 5.- Ocupación. En ésta columna se registrará la ocupación del paciente anterior al brote de su padecimiento.
- 6.- Lugar de origen. Se registrará el lugar donde nació el padecimiento, anotando el estado al que pertenece el pueblo o municipio correspondiente .
- 7.- Estado Civil. Se marcará con una cruz (x) la situación civil del paciente, de acuerdo a los siguientes criterios:

C.- Casado

S.- Soltero

D.- Divorciado
 V.- Viudo
 UL.- Unión Libre
 M.- Menor

- 8.- Fecha de ingreso. Se registrará con números día, mes y año en que el paciente ingresa por primera vez a la unidad.
- 9.- Reingreso. En esta columna se registrará en la primera sección el Núm. de ingresos totales en la unidad y en la segunda sección la fecha del último reingreso a la misma.
- 10.- Estancia Hospitalaria. En caso de existir varios reingresos se calculará el tiempo de hospitalización real, del último número: en este sentido se procederá a la resta entre la fecha del último ingreso y la fecha del último día en que se llevará a cabo el censo.(20-X-81).
 Ejemplo:
- | | |
|-------------------|-----------------|
| Fecha Censo | 81-10-20 |
| Ultimo Ingreso | <u>70- 9-16</u> |
| Perman. Hospital: | 11 1 04 |
- NOTA: Aún cuando no haya reingresos se hará el mismo cálculo pero considerando la fecha del primero y único ingreso.
- 11.- Diagnóstico de ingreso. Se registrará el nombre genérico de la enfermedad registrada al ingreso del paciente en la hoja del resumen clínico.
- 12.- Diagnóstico actual. Se revisará en la última nota de revaloración médica cuál es el diagnóstico que se le dará al paciente registrándolo por su nombre en la columna.

13.- Tratamiento. En este rubro deberán de especificarse las siguientes indicaciones en base a lo anotado en las notas médicas y al total de los reportes consignados en el expediente.

- a) Fármacos. Se registrará si se le administran o no medicamentos, poniendo una cruz en el lugar correspondiente. En caso de ser la respuesta negativa - en la tercera sección de este rubro se especificará el porqué.
- b) Terapia Ocupacional. Se registrará aquí si los pacientes están integrados o no a las actividades de terapia ocupacional.
- c) Actividad en el Hospital. Se anotará si el paciente coopera o no en el aseo y labores del hospital - y se especificará en la tercera columna al tipo de actividad.

14.- Hospital procedente. Anótese el nombre de la institución donde el paciente haya sido atendido o de donde - haya sido referido antes de ingresar a la unidad.

15.- Fecha de la última nota médica. Se anotará el día, mes y año de la última reevaluación que haya sido realizado al paciente.

16.- Responsable. Anótese el parentesco del responsable - legal del paciente, y en caso de no tener familiares, se registrará sin familiares.

17.- Ocupación. En ésta columna se registrará la actividad laboral del responsable del paciente.

18.- Ingreso Económico Familiar. De acuerdo a los datos que aporte el expediente y concretamente el estudio socio-

económico del trabajo social se registrará el ingreso total de la familia del responsable del paciente.

- 19.- Monto de cuota mensual. Se registrará con número la cantidad de la cuota que mensualmente proporciona el responsable.
- 20.- Lugar de residencia. Se indicará el pueblo, municipio, lugar o ranchería donde reside la familia.
- 21.- Miembros que integran la familia. Se anotará el número de familiares que integran el núcleo familiar del responsable del paciente y que dependen del ingreso económico antes calculado.
- 22.- Visitas al paciente. Aquí se registrará si el paciente recibe o no visita de sus familiares marcando con una cruz la respuesta correspondiente.
- 23.- Antecedentes heredo-familiares. Se registrará el parentesco familiar así como la enfermedad psíquica que haya padecido.
- 24.- Notas del expediente. Sobre las causas del padecimiento se indicará la situación familiar o social a partir de la cual se inició el padecimiento.
- 25.- Incapacidad física. Se registrará si el paciente se encuentra o no incapacitado y se marcará con una cruz (x) la columna correspondiente.

IX. CITAS BIBLIOGRAFICAS.

1. GUINSBERG ENRIQUE.- "Sociedad, Salud y Enfermedad Mental".
Universidad Autónoma de Puebla.- México 1976. pp.95.
2. CREVENA PEDRO.- "Medicina y Salud".- Ediciones de Cultura-
Popular.- México 1978. pp. 18.
3. NAVARRO VICENTE.- "Ideología y Ciencia: El caso de la Me-
dicina".- Revista Transición Núm. 17, año III.- Febrero -
1980. España. pp 26.
4. MENENDEZ EDUARDO.- "Cura y Control: La apropiación de lo
social por la práctica psiquiátrica"- Ed. Nueva Visión.--
México 1979. pp. 157-158.
5. P. LAIN ENTRALGO.- "Historia de la Medicina".- Ed. Salvat.
Barcelona 1968. pp. 36.
6. ROZEN PAUL.- "Locura y Sociedad . Sociología Histórica -
de la Enfermedad Mental". Alianza Universidad. Alianza -
Editorial. Madrid 1974. pp. 62.
7. IBID.- pp. 69.
8. FOUCAULT MICHEL.- "Historia de la Locura en la Epoca Clá
sica".- Breviarios del Fondo de Cultura Económica. Núm. 191.
Tomo I. Primera Reimpresión 1979. pp. 62.
9. P. LAIN ENTRALGO.- ob. cit., pp. 374.
10. FOUCAULT MICHEL.- "Historia de la Locura....".- ob.cit. --
pp. 100.

11. GUILLEN RODRIGUEZ DIANA LUCRECIA.- "La Institución Psiquiátrica como Aparato Represivo de Control y Marginación Social" Fac. Ciencias Políticas y Sociales. U.N.A.M. Tesis 1982.
12. FOUCAULT MICHEL.- "Historia de la Locura....".- ob.cit. - - pp. 104.
13. ROZEN PAUL. ob.cit. pp. 193.
14. FOUCAULT MICHEL.- "Historia de la Locura....".- ob.cit. - - pp. 369.
15. GOULDNER ALVIN.- "La Crisis de la Sociología Occidental".- Ed. Amonortu. Buenos Aires. pp. 95.
16. P. LAIN ENTRALGO.- ob.cit. pp. 540.
17. FOUCAULT MICHEL.- "Historia de la Locura....".- ob.cit. To mo II. pp. 7.
18. FOUCAULT MICHEL.- "Enfermedad Mental y Personalidad".- Edit. Paidós. Buenos Aires. 2a. Edición. 1979. pp. 86.
19. FOUCAULT MICHEL.- "Historia de la Locura....".- ob.cit. To mo II. pp. 112.
20. FOUCAULT MICHEL.- "Enfermedad Mental y Personalidad".- ob. cit. pp. 94.
21. P. LAIN ENTRALGO.- "Historia de la Medicina". Ed. Salvat. - Barcelona. 1968. pp. 623.
22. IBID.- pp. 660.
23. TERRIS MILTON.- "La Revolución Epidemiológica y la Medicina Social".- Serie Salud y Sociedad. Siglo Veintiuno Editores. México 1980. pp. 39.

24. MILTON TERRIS.- ob.cit. pp. 81.
25. GUINSBERG ENRIQUE.- "Sociedad Salud y Enfermedad Mental".- Universidad Autónoma de Puebla.- México 1976. pp. 80.
26. EY HENRY.- "Tratado de Psiquiatría".- Toray Mason. Barcelona. 2a. Edición. 1969. pp. 15.
27. SIVADON PAUL.- "Tratamiento y Readaptación de los Enfermos Mentales".- Segundo Seminario de Salud Mental.- Buenos Aires 8-14. Sep. 1963.- PAHO Publicación científica. Núm.99
28. SIVADON PAUL.- ob.cit.
29. CLARK, DAVID H.- "Psiquiatría Administrativa".- Nueva Visión. Buenos Aires, 1972. pp. 21 y 22.
30. MARTIN D.V. "Institucionalization".- Lancet, London, 1955.
31. BARTON R.- "Institutional Neurosis".- J. Wright and Sons, -- Bristol. 1959.
32. World Health Organization.- Expert. Comité on Mental Health. World Health Organization Technical Report Series.- 73 OMS. Ginebra 1953.
33. TERRIS MILTON, "La Revolución..." ob.cit. pp. 64-65.
34. OMS. Séptimo Informe de Expertos en Salud Mental.- "Psiquiatría Social y Actitudes de la Colectividad".- Inf. Tec. 1959. pp. 7.
35. IBID. pp. 23.
36. MENENDEZ EDUARDO L.-"Cura y Control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica!"- Ed. Nueva Imagen.- Serie Salud e Ideología. México 1979. pp. 26.

37. NOYES KOLE.- "Psiquiatría Clínica Moderna".- E. Prensa Médica Mexicana.- México 1971. pp. 1.
38. BERLINGUER GIOVANNI.- "Psiquiatría y Poder".- Garnica Editor. Buenos Aires. 1972. pp. 42.
39. NOYES KOLE.- "Psiquiatría...".- ob.cit. pp. 93
40. NOYES KOLE.- "Psiquiatría...".- ob.cit. pp. 140.
41. NOYES KOLE.- "Psiquiatría...".- ob.cit. pp. 143.
42. IBID. pp. 18.
43. OMS. Séptimo Informe de Expertos... ob.cit. pp. 34
44. OMS. Séptimo Informe de Expertos... ob.cit. pp. 5.
45. ADLER, H.M.- "The Relation Between Psychiatry an Social Science".- Amer. Journal of Psychiatry. Vol. VI. 1927.
46. HARTWELL S.W.- "Social Psychiatry: Our Taskora New Profession" Amer Jour of Psychiatry. Vol. VI. 1927.
47. CORDOVA ARMANDO et. al., "Teoría y Práctica de la Psiquiatría Social".- Ed. Científico Técnica. La Habana. 1976. pp. 30
48. MAXWELL JONES.- "Social Psychiatry: A Study of Terapeutical Communities".- Ed. Tavistok Publication. 1952.
49. BASTIDE ROGER.- "Sociología de las Enfermedades Mentales".- Ed. Siglo XXI. pp. 80.
50. LAURELL A.C. etc. al. "Enfermedad y Desarrollo: Análisis Sociológico de la morbilidad en dos pueblos mexicanos".- Revista Mexicana de Ciencias Polfticas y Sociales. Núm. 84. UNAM. 1976.

51. Grupo de Salud Mental del Ministerior de Salud Pública de Cuba: Plan Perspectivo.- 1969. La Habana Cuba.
52. MENENDEZ EDUARDO L.- "Cura y Control..." ob.cit. pp.78
53. BERLINGUER GIOVANI.- "Psiquiatría y...." ob.cit. pp. 78.
54. MANDOLINI R.- "De-Freud a Fromm.- Historia General de Psicoanálisis".- Ed. Ciordia.-Buenos Aires. 1969.
55. GA. HOCQUARD, etc. al. "Marcuse y el Freudomarxismo: Materialismo Dialéctico y Psicoanálisis".- Ediciones Roca.- México, D.F. pp. 115-116.
56. CUESTIONAMOS, Núm. 1.-Granica Editor. 1a. Edición, Buenos Aires Argentina. 1971.
57. LANGER MARIE.- "Prólogo".- Cuestionamos Núm. 1. Granica Editor.- 1a. Edición 1971, Buenos Aires Argentina.- 1971. pp. 15.
58. DE MARCHI LUIGI.- "Wilhelm Reich, Biografía de una Idea".- Historia, Ciencia y Sociedad.- Núm. 107. Ed. Península, Barcelona, España.- 1974. pp. 64.
59. LANGER MARIE, ob.cit. pp. 19.
60. GOFFMAN ERVING.- "Internados".- Ensayos sobre la Situación Social de los Enfermos Mentales.- Amorrortu Editores.-Buenos Aires.- 1972.
61. SCHEFF TH.- "El Rol del Enfermo Mental".- Ed. Amorrortu.-Buenos Aires.- 1973.- pp. 122.
62. BERLINGUER G.- "Psiquiatría y Poder...".- ob.cit. pp. 20
63. MENENDEZ EDUARDO L.- "Cura y Control".- ob.cit. pp. 40
64. BERLINGUER G.- ob. cit. pp. 32.

65. TRONCOSO MUÑOZ RAMON.- "Medicina, Capitalismo y Trabajadores de la Salud".- Departamento de Medicina Social, Medicina Preventiva y Salud Pública.- Facultad de Medicina UNAM.- Documento de Trabajo (mimeografiado). pp. 1.
66. FERNANDEZ CASTRO IGNACIO.- "La Sociedad Capitalista goza de Mala Salud".- Transición Economía, Trabajo y Sociedad, Núm. 3, Año 1,- Revista Mensual, Diciembre 1978. pp. 17-20.
67. MARX CARLOS.- "El Capital".- Crítica de la Economía Política. Vol. 1.- Fondo de Cultura Económica.-México 1973.- Cap. XXIV. pp. 608.
68. MARX CARLOS.- "El Capital".- ob.cit. pp. 625.
69. JULIO CESAR GARCIA.- "La Medicina Estatal en América Latina".- (1880-1930).- Revista Latino Americana de Salud. Núm. 1 Editorial Nueva Imagen.- México 1981.- pp. 70.
70. JULIO CESAR GARCIA.- Ibid. pp. 71.
71. MARX CARLOS.- ob.cit. pp. 481.- "El Capital".- Tomo I. Vol. 2 siglo XXI.
72. IBID.- pp. 520.
73. FOUCAULT MICHEL.- "Historia de la Medicalización".- Rev. Educación Médica y Salud.- Vol. II, Núm. 1 (1977). pp. 8.
74. FERNANDEZ CASTRO IGNACIO.- "La Sociedad".- ob.cit. pp. 19.
75. ROSEN GEORGE.- "From Medical Police to Social Medicine".- Science, History Publications. 1974. USA.
76. FERNANDEZ CASTRO IGNACIO.- "La Sociedad".-ob.cit. pp. 20.

77. FOUCAULT MICHEL.- "Historia de la Med...".- Ob.cit. pp. 10.
78. IBID.- pp. 12.
79. FOUCAULT MICHEL.- "Hist..."- Ibid. pp. 21.
80. IBID.- pp. 23.
81. BASAGLIA FRANCO Y OTROS.- "La Salud de dos Trabajadores, Deportes para una Política de la Salud".- Editorial Nueva Imagen.- México 1978.- pp. 13.
82. MENENDEZ EDUARDO.- "El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores" en: Basaglia Franco et. al. "La Salud de los Trabajadores. Aportes hacia una política de la Salud".-
83. JUDITH S. MAUSNER, BAHNK ANITA.- "Epidemiología".- Ed. Interamericana.- México 1977.
84. MENENDEZ EDUARDO.- "El Modelo Médico y La Salud de los ...".- ob.cit. pp. 16.
85. MAC MAHON, PUGH TOMAS.- "Principios y Métodos de Epidemiología".- La Prensa Médica Mexicana.-México. 7a. Reimpresión. - 1981.
86. MENENDEZ EDUARDO.- "El Modelo Médico".- ob.cit. pp. 17
87. IBID.- pp. 19.
88. IBID.- pp. 21.
89. IBID.- pp. 22.

90. FOUCAULT MICHEL.- "La Crisis de la Medicina o la Crisis de la Antimedicina".- Revista Educación Médica y Salud.- Vol.- 10 Núm. 2 OPS. 1976. pp. 152.
91. IBID, pp. 155.
92. IBID, pp. 165.
93. IBID, pp. 167.
94. MENENDEZ EDUARDO.- "El Modelo Médico y la...".- ob.cit. - pp. 24.
95. IBID, pp. 26-27.
96. IBID, pp. 27.
97. LAURELL ASA CRISTINA.- "La Salud-Enfermedad como Proceso Social".- Revista Latinoamericana de Salud.- Núm. 2.- Editorial Nueva Imagen. pp. 7.
98. IBID, pp. 9.
99. BASAGLIA FRANCO.- et al "La Salud de los Trabajadores. Aportes para una Política de Salud".- Editorial Nueva Imagen.- - México 1978.
100. LAURELL ASA CRISTINA.- "Algunos Problemas Teóricos y Conceptuales de la Epidemiología Social".- Mimeografiado. Maestría de Medicina Social.- UAM. México 1976.
101. CECIL-LOEB.- "Tratado de Medicina Interna".- Ed. Interamericana.-México, 1972.- pp. 634-646.
- 102.- MAC MAHON Y PUGH.- "Principios y Métodos de Epidemiología".- Edit. Prensa Médica Mexicana.- México 1978.

103. SAN MARTIN HERNAN.- "Salud y Enfermedad".- Edit. Prensa Médica Mexicana.- 3a. Edición. Reimpresión.- México 1981.
- 104.- DE LA FUENTE RAMON.- "La Perspectiva del Hombre desde el punto de vista de la teoría general de los sistemas".- Trabajo presentado en el Simposio: Filosofía del Conocimiento-Asociación Médica de Jalisco y Colegio Médico A.C.-Guadala-jara, Jalisco.
105. BUNGE MARIO.- "Causalidad. El principio de causalidad en la Ciencia Moderna".- Ed. Universitaria de Buenos Aires, - 1965.
106. BREILH J.- "Economía, Medicina y Política".- Edición Provisional.- Universidad de Quito, Ecuador. 1979.
107. LAURELL ASA CRISTINA.- "La Salud- Enfermedad como...". ob.cit. pp. 22.
108. LAURELL ASA CRISTINA.- "Proceso de Trabajo y Salud".- Cuadernos Políticos 17. Ed. Era, México, 1978.
109. IBID, pp. 83.
110. BERLINGUER GIOVANNI.- "Medicina y Política".- Ediciones Círculo de Estudios. Primera Edición. México 1977, pp. 16.
111. LAURELL ASA CRISTINA.- "La Salud-Enfermedad como...".- ob.cit. pp. 14.
112. A CELIS Y Y. NAVA.- "La Patología de la Pobreza".-Revista Médica del Hospital General. Núm. 33. 1970.
113. LAURELL ASA CRISTINA.- "La Salud-Enfermedad como ...".- ob.cit. pp. 23.

114. TECLA JIMENEZ ALFREDO Y COLS.- "Enfermedad y Clase Obrera".- Marco Teórico. Secretaría Académica. Escuela de Enfermería y Obstetricia.- Instituto Politécnico Nacional.- México 1982.
115. MARTINEZ SALGADO CAROLINA.- "Trastornos Mentales en la Ciudad de México en un período de crisis económica, política - y social".- Tesis. Maestría de Medicina Social.- UAM. Xochimilco. 1979.
116. LAURELL ASA CRISTINA.- "La Salud-Enfermedad como...". ob.cit. pp. 24.
117. FOUCAULT MICHEL.- "La Casa de la Locura".- En: Basaglia F., y otros., "Los Crímenes de la Paz". Ed. Siglo XXI. 1975.
118. BROWNSTEIN NESTOR.- "Psiquiatría, Teoría del Sujeto y Psicoanálisis"(Hacia Lacan). Edit. siglo XXI. pp. 15.
119. MARTINEZ SALGADO CAROLINA.- "Trastornos Mentales en la...".- ob.cit. pp. 90-104.
120. EY HENRY.- "Tratado de Psiquiatría".- Ed. Toray Masson. Barcelona. 2a. Edición. 1969. pp. 17.
121. BROWNSTEIN NESTOR.- "Psiquiatría, Teoría...". ob.cit. pp. 20.
122. IBID. pp. 22.
123. BROWNSTEIN NESTOR.- "Clasificar en Psiquiatría".- Mimeografiado. 1979.
124. BROWNSTEIN NESTOR.- "Psiquiatría, Teoría...".- ob.cit. pp. 18.
125. IBID. pp. 40.

126. SALGADO MARTINEZ CAROLINA.- "Trastornos Mentales...".- ob. cit. pp. 168.
127. STRAKER M. "Schizophrenia and psychiatric diagnosis".- American Journal of Psychiatry. Vol. 131. 1974. pp. 693 694.
128. BERLINGUER G., "Psiquiatría y....".- ob.cit. pp. 15.
129. GUINSBERG ENRIQUE.- "Sociedad Salud y..." UAP. pp. 59.
130. BASTIDE ROGER.- "Sociología de las Enfermedades Mentales".- Ed. Siglo XXI. México, 1980. pp. 98.
131. INSUA JORGE A.- "Psicología Médica".- Ed. Columba. Colección Nuevos Esquemas. Buenos Aires. 1a. Edición. 1968. - pp. 178 179.
132. GUINSBERG ENRIQUE.- "Sociedad...".- ob.cit. pp. 66
133. IBID, pp. 154-155.
134. MARTINEZ SALGADO CAROLINA.- "Trastornos Mentales...".- ob. cit. pp. 66.
135. BROWNSTEIN N., "Clasificar...".- ob.cit. pp. 28.
136. REDLICH Y HOLLINGSHEAD A.- "Social Class and Mental Illness, a Community Study".- New York. 1958.
137. TSUNG-YI LIN Y C.C., STANDLEY. A., "Importancia de los métodos epidemiológicos en Psiquiatría".- OMS. Ginebra. 1964.
138. LOPEZ ACUÑA DANIEL.- "La Salud Desigual en México".- Ed. Siglo XXI. México 1979. pp. 242.

139. FOUCAULT MICHEL.- "Personalidad y Enfermedad Mental".-Ed. - Paidós. Argentina. pp. 104.
140. IBID, pp. 80.
141. BASAGLIA Y OTROS.- "Razón, Locura y Sociedad".- Siglo XXI.- 2a. Edición. México. pp. 7.
142. BERLINGUER G.- "Psiquiatría...".- Ob.cit. pp. 24-25.
143. IBID, pp. 40.
144. TECLA JIMENEZ ALFREDO Y COLS.- "Enfermedad y Clase Obrera".- ob.cit. pp. 195.
145. MARX CARLOS. "El Capital".- Tomo I, Vol. 2. Ed. Siglo XXI. Caps. XII y XIII. México, D. F. 1980. pp. 441.
146. IBID, pp. 439.
147. IBID, pp. 442.
148. RODRIGUEZ AJENJO CARLOS.- "La Universidad y los Medios de Salud de los Trabajadores".- Territorios Núm. 2. UAM. Xochimilco. México, 1980.
149. TECLA JIMENEZ ALFREDO Y COLS.- "Enfermedad y Clase...".- ob. cit. pp. 210.
150. MARX CARLOS, "El Capital...".- ob.cit. pp. 516.
151. IBID, pp. 516.
152. IBID, pp. 522.
153. MARTINEZ SALGADO CAROLINA.- "Trastornos Mentales...".- ob. cit. pp. 79.

154. MENENDEZ EDUARDO L.- "Cura y Control. La Apropiación de lo-Social por la Práctica Psiquiátrica".- Ed. Nueva Imagen. México 1979. pp. 14.
155. IBID, pp. 16.
156. IBID, pp. 19.
157. IBID, pp. 20.
158. GONZALEZ UZCATEGUI, RENE.- "Salud Mental en América Latina-Problemas y Perspectivas".- Boletín de la Organización Panamericana de la Salud. Vol. LXXXI. No. 2. Agosto 1976.
159. IBID, pp. 94.
160. LOPEZ ACUÑA DANIEL.- "La Salud Desigual...".- ob.cit. pp. 19.
161. GONZALEZ UZCATEGUI, RENE.- "Salud Mental...".- ob.cit.
162. ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDAS.- "Demographie year book". New York.- 1969-1971.
163. ORGANIZACION DE LAS NACIONES UNIDADES.- "The World Situation-in Mental Health".- 1970. New York.
64. HORWITZ, J. Y L. MUÑOZ.- "Investigaciones Epidemiológicas - - acerca de la morbilidad Mental en Chile".- Revista de Servicios Nacionales de Salud. 3. 377-309. Santiago de Chile. 1960.
65. GRIMSON W.R.A.C. DE BLANCO., M. ESTRUGANOV. E. LASTRESS S. - NECCHIE PHILOPOTT Y A.M. TASAIRE.- "Investigación Epidemiológica de Entidades Psiquiátricas".- Boletín de la Organización Panamericana de la Salud. 73 (6): 572-585. 1972.

166. MUÑOZ J. L. MARCONI Y J. HORWITZ. et. al.- "Prevalencia de Enfermedades Mentales en el Gran Santiago".- Citado en: J.- Mariategui y G. Adis Castro. Eds. Buenos Aires. Acta. 1970. pp. 113-125.
167. LEON C. "Evaluación de Instrumentos para el Estudio de Prevalencia de Trastornos Mentales". Anales del V. Congreso Latinoamericano de Psiquiatría. Bogotá, Colombia. 1969.
168. MOYA L. J. MARCONI, J. HORWITZ. et. al., "Estudios de desórdenes Mentales en el Area Norte de Santiago Chile".- Acta - Psiquiátrica y Psicológica Latinoamericana. 15: 137-148. -- Buenos Aires. 1969.
169. CABILDO H. M. et. al., "Magnitud y Características del Problema de Salud Mental en el ISSSTE".- Presentado en el I -- Congreso Nacional de Servicios Médicos del ISSSTE. México - 1964. Citado en J. Mariategui. "Epidemiología Psiquiátrica en América Latina".- Ed. Buenos Aires, 1970. pp. 126-139.
170. RICHARD P. et. al., "El Consumo de Marihuana: Un Problema Social en Chile".- Universidad Católica de Chile. Santiago-1971.
171. CABILDO H. et. al.- "Investigación sobre el uso de sustancias intoxicantes entre los menores y jóvenes del Distrito Sanitario XVI".- Salud Pública. México 14 (1). pp. 17-58. - 1972.
172. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL DEL PERU. - "Estudio sobre Masticación de la Hoja de Coca".- Perú. Informe mimeografiado. Lima. 1968.
173. OPS. "Las Condiciones de Salud para las Américas".- 1969-1973. Publicación Científica. 287. Washington, D.C. 1974.

174. MARIATEGUI J. J. ALVA Y C. DE LEON.- "Epidemiología Psiquiátrica de un Distrito Urbano de Lima".- Ediciones de la Revista de Neuropsiquiatría. Lima. 1969.
175. JERI R. "Problemas de Conducta en los Desastres". Revista - Sanidad de Fuerzas Policiales. 34:131-150, 1973.
176. MENENDEZ L. EDUARDO.- "Cura y Control...". ob.cit.
177. GONZALEZ SORIANO R. "Auge y Crisis del capitalismo en México".- Historia y Sociedad No. 3. México. 1974. pp. 40.
178. AGUILAR ALONSO.- "México: Riqueza y Miseria".- Editorial - Nuestro Tiempo. México. 1972.
179. GONZALEZ SORIANO R.- "Auge y Crisis...".- ob.cit. pp. 44.
180. PROGRAMA DEL SECTOR PUBLICO.- Segunda Parte. Capítulo IV. - Secretaría de Programación y Presupuesto. Dic. 1977.
181. ROJAS SORIANO RAUL.- "Capitalismo y Enfermedad".- Folios - Ediciones. Primera Edición. 1982. pp. 121.
182. IBID. pp. 122.
183. MARTINEZ SALGADO C.- "Trastornos Mentales..."- ob.cit.,
184. ROJAS SORIANO RAUL.- "Capitalismo y...".- ob.cit. pp. 121.
185. MYRON WINICK.- "Natural History".- Citado en: ROJAS SORIANO. "Capitalismo...".- ob.cit. pp. 126.
186. LOPEZ ACUNA DANIEL.- "La Salud Desigual en México...".- ob.cit. pp. 191.
187. IBID. pp. 118.

188. IBID. pp. 121.
189. FUENTE RAMON DE LA, CAMPILLO SAINZ CARLOS.- "La Psiquiatría en México. Una Perspectiva Histórica".- Gaceta Médica. Vol. III. No. 5. Mayo. 1976.
190. FUENTE RAMON DE LA.- "La Salud Mental en México". Salud Mental.- Vol. 1. No. 1. Agosto 1977.
191. OMS. "The Who Medium - Term Mental Health programmes 1975- - 1982".- Interin Report. Organización Mundial de la Salud. - División de Salud Mental. Ginebra 1978.
192. CALVO JM., ALVARADO R. BRIONES R. PAZ C. FERNANDEZ GUARDIO-LA A., "Amigdaloid Kindling during repeated eye movement" Neurosciencie Letters. 1982. Citado en: FUENTE RAMON DE LA. "Acerca de la Salud Mental en México...".- ob.cit. pp. 30
193. FUENTE RAMON DE LA.- "Acerca de la Salud Mental en México".- Revista de Salud Mental.- Instituto Mexicano de Psiquiatría. Vol. 5. No. 3. Otoño 1982.
194. DIRECCION GENERAL DE BIOESTADISTICA. S.S.A. "Compendio de - Estadísticas Vitales de México (1976)".- S.S.A. Reporte Interno. 1981.
195. IBID.,
196. CABILDO H.M. "Panorama Epidemiológico de los desórdenes Psiquiátricos en la República Mexicana". Salud Pública. México 13 (1); 53-55. 1971.
197. FUENTE RAMON DE LA.- "Acerca de la Salud...".- ob.cit.,
198. FUENTE RAMON DE LA.- "La Salud Mental...".- ob.cit.,

199. ZIMERMAN REBECA, BAEZ A.M., VARGAS A. JUAN.- "Características Generales de la Población Atendida y de los Tratamientos Empleados en Centros de Salud Mental del Valle de México".- Salud Mental. Vol. 4. Núm. 4. Invierno 1981. México, D.F.
200. FUENTE RAMON DE LA.- "Acerca de la Salud....".- ob.cit. pp. 25.
201. RODRIGUEZ AJENJO R.- "El Quehacer Psiquiátrico Mexicano".- Antipsiquiatría y política. Ed. Extemporáneos del Sol. pp. 226.
202. IBID, pp. 227.
203. GUINSBERG ENRIQUE.- "Sociedad, Salud y....".- ob.cit. pp. 14
204. RODRIGUEZ AJENJO.- "El Quehacer Psiquiátrico".- Antipsiquiatría y Política.- Editorial Extemporáneos del Sol. pp. 226.
205. RODRIGUEZ C. "Estado Mexicano e Instituciones Psiquiátricas". Tesis. Maestría. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. UNAM. 1978. pp. 84.
206. RODRIGUEZ AJENJO.- "El Quehacer....".- ob.cit. pp. 24.
207. FUENTE RAMON DE LA.- "La Salud Mental...".- ob.cit. pp.25.
208. CODIGO PENAL.- República Mexicana. 1979. Ed. Porrúa.
209. SALARIOS MINIMOS PARA 1981. Comisión Nacional de Salarios - Mínimos. 2a. Diciembre de 1980.
210. PUCHEU CARLOS.- "Conceptos y Alternativas para la Rehabilitación del Enfermo Mental".- Salud Mental. Volumen 4 año 4, Número 3. Otoño de 1981.

211. PULIDO CONTRERAS ANSELMO Y KRASSOIEVITCH I.- "Situación - - Asistencial y Factores de Hospitalización Prolongada en una Población de Enfermos Mentales".- Salud Mental. Vol. 5. Año 5. Número 2. Verano 1982.
212. PORTILLO AMBRIS RAMIRO. "Morbilidad Psiquiátrica en el Hospital Psiquiátrico Cruz del Sur".- Estudio Epidemiológico - de 1000 casos. Mimeografiado. Dirección General de Salud - Mental, 1980.
213. PARRA DE LA A. Y COLS.- "La Enfermedad Mental bajo una Perspectiva Social".- Reporte Interno. CEMESAM. México. 1978.
214. IBID. pp. 30.
215. GOFFMAN ERVING.-"Internados. La Situación Social del Enfermo Mental".- Ed. Amorrortu. Buenos Aires 1978.
216. SHEFF THOMAS.- "El Rol del Enfermo Mental".- Ed. Amorrortu Buenos Aires. 1979.
217. NIKAPOTA A.D.- "Study of long stay patients in mental Hospitals in Sri Lanka".- Acta Psychiatr., Scand. 63: 37-44. 1981.
218. THOMAS SZAS.- "El Mito de la Enfermedad Mental".- Ed. Amorrortu. Buenos Aires.-
219. GLASS A.J.- "The future of large Public Mental Hospitals".- Mental Hospital Press. New York. 1965.
220. LAMB H. R.- "Release of chronic psychiatric patients into community". Archives of General Psychiatric. 9:38-14.
221. TALBOTT J.A. "The death of the Asylum".- Grune and Stratton, Inc., New York, 1978. Citado en: Quiroga Anaya Horacio. "La Rehabilitación del Paciente Mental Crónico Hospitalizado: -

Descripción Resultados y Perspectivas". I Reunión sobre investigación y enseñanza. Instituto Mexicano de Psiquiatría. 1982. México.

222. QUIROGA ANAYA HORACIO.- "La Rehabilitación del Paciente Mental Crónico Hospitalizado: Descripción Resultados y Perspectivas".- I. Reunión sobre Investigación y Enseñanza. Instituto Mexicano de Psiquiatría. 1982. México.
223. IBID. pp. 210
224. LOPEZ ACUÑA DANIEL.- "Salud Desigual...".- ob.cit. pp. 7.
225. PUCHEU CARLOS.- "Conceptos y Alternativas".- ob.cit. pp. 10.