

1ej' 28



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Ciencias Políticas y Sociales

LA INSTITUCION PSIQUIATRICA  
COMO APARATO REPRESIVO DE CONTROL Y  
MARGINACION SOCIAL

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :  
LICENCIADO EN SOCIOLOGIA  
P R E S E N T A :  
*DIANA LUCRECIA GUILLEN RODRIGUEZ*

México, D. F.

1982



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## I N T R O D U C C I O N

La evolución constante de la sociedad, es producto de la capacidad que han tenido sus miembros, para resolver los problemas que cotidianamente se han presentado.

En sus orígenes, la humanidad tuvo que luchar arduamente para adecuar según sus intereses y necesidades, los recursos que la naturaleza presentaba en bruto, y si actualmente cuenta con un nivel de desarrollo tecnológico, que le brinda herramientas necesarias para hacer más fácil la lucha, es debido a lo mencionado: la capacidad para resolver obstáculos y contradicciones.

Estamos convencidos de que la contradicción juega un papel fundamental en el desarrollo de cualquier sociedad, pues es a través de cómo resuelve el hombre sus problemas, que se logran en los diferentes tipos de avances. Sin embargo, hemos observado que tanto el sentimiento popular, como en ciertos sectores, el científico, tiende no só

lo a negar dicha importancia, sino que va más allá y desconoce la existencia de la contradicción como parte integral de la sociedad.

De acuerdo a esta visión ideal, lo que se pretende alcanzar es una sociedad perfecta, en la que no existan -- problemas y donde todo marche como si se tratara de una -- gran maquinaria de antemano programada para no fallar; obviamente para llegar a este objetivo, es necesario acabar con todo aquello que impida el normal funcionamiento de dicha sociedad.

Es en este punto donde entra el "Enfermo mental", - quien de alguna forma puede ser considerado como una de -- las contradicciones para el avance de la sociedad tradicional, y quien al no constituir un elemento que ayude al --- "progreso", ha sido continuamente aislado y vejado, ya sea en forma individual, como sucedía en la Antigüedad o colectivamente a través de Instituciones Psiquiátricas.

Supuestamente la Institución Psiquiátrica tiene como fin rehabilitar a quien ha sido etiquetado como "enfermo de la mente", sin embargo, si la analizamos en forma -- detenida, nos daremos cuenta de que la verdadera meta no -- es sólo curar, sino vigilar y controlar a todos aquellos -- que en su calidad de "locos" no se pueden integrar a la so

ciudad.

En esta tesis pretendemos ubicar claramente al enfermo mental, como miembro y por lo tanto parte de la sociedad (parte conflictiva, es cierto, pero parte al fin), - que no debe ser tratado como algo externo a ella y que por tanto también debería contar con una serie de derechos que en la actualidad le son negados.

Creemos que ésto es importante, porque hemos observado la tendencia a olvidar que a quien comunmente se denomina "loco", es un miembro más de la comunidad, que no puede, o no debe, ser manejado como algo que nos molesta y -- queremos apartar de nosotros.

Por otro lado, pensamos que la Institución Psiquiátrica también se encuentra enclavada en el seno de la sociedad y que juega un papel importante dentro de ésta, -- pues a través suyo son canalizadas aquellas personas que -- por considerarse "afectadas mentalmente", no logran integrarse al proceso productivo, e impiden o retrasan su normal reproducción.

Es por ello que cuando hablamos de la Institución Psiquiátrica como aparato represivo de control y marginación, nos estamos refiriendo a un problema que afecta di--

rectamente a la sociedad y que debe ser estudiado por especialistas de esta área.

De ahí nuestro especial interés como aspirantes a científicos sociales, por analizar un tema que para muchos se sale del ámbito netamente social, por estar ubicado dentro del terreno de las disciplinas que se ocupan de la mente y sus problemas.

Nosotros discordamos con quienes piensan en forma tradicional, no sólo porque con el simple hecho de referirnos a una "institución, ya estamos mencionando una forma de organización social, sino porque sabemos que la división tan tajante que existe actualmente en el interior de las llamadas Ciencias Sociales, y que delimita el campo y objeto de estudio de cada una de ellas, es producto de la creciente especialización que acompaña al desarrollo capitalista, que tiende a fraccionar el conocimiento. Por tanto, al hablar de Psicología y Sociología, no nos estamos refiriendo a dos Ciencias opuestas, sino a dos áreas del conocimiento que deben ser complementarias entre sí.

Así pues, además de reivindicar el carácter social de la Institución Psiquiátrica, queremos dejar bien sentada la importancia que tiene para el estudio de los proble-

mas que atacan a la sociedad, el contar, a través de un --  
trabajo interdisciplinario, con una visión más completa de  
la misma. Si mencionamos ésto, es porque esperamos que - -  
nuestra tesis además de aportar algunos elementos teóricos,  
que sirvan para lograr una mejor comprensión de las Insti-  
tuciones que se encargan de quienes son considerados "en--  
fermos mentales", motive trabajos posteriores sobre el te-  
ma, los cuales serán mejores, si se realizan en equipos --  
formados por especialistas de las diferentes disciplinas -  
sociales.

Cabe aclarar que esta tesis por razones de índole -  
práctica, fue elaborada en forma individual, sin embargo, -  
para llevarla a cabo, se recurrió al apoyo personal y bi--  
bliográfico, de especialistas en distintas áreas de las --  
Ciencias Sociales.

Para finalizar esta breve introducción, es important  
te señalar el carácter teórico de nuestra tesis, pues que-  
remos que este concepto quede claramente establecido.

Si hablamos de una tesis básicamente teórica y no -  
práctica, es porque nos estamos refiriendo a un trabajo --  
que pretende abarcar a toda una Institución (la Psiquiátric  
ca), y no limitarnos a casos individuales, que como se saa

be, pueden poseer algunas veces métodos terapéuticos distintos; además, de que nuestra principal fuente de información es de origen bibliográfico y no está basada en la experiencia directa.

Haber elegido realizar una tesis de este tipo, señala la necesidad que a nuestro criterio existe, de crear las bases generales que posibiliten estudios más particulares. Así mismo, señalar el hecho de que actualmente el acceso a los hospitales psiquiátricos en plan de observación, se encuentra sumamente restringido, con lo cual, la obtención de datos se vuelve prácticamente imposible a -- las personas ajenas a ellos.

I. UBICACION DEL ENFERMO MENTAL  
DENTRO DE LA SOCIEDAD.

Ya en la Introducción nos referíamos a la tendencia que hay en diferentes sectores de nuestra sociedad, a negar la existencia de las contradicciones como parte integrante de la misma.

En este sentido, hablábamos de la imposibilidad de comprender a todo aquél que por apartarse del juego social establecido, pudiera ser considerado como una contradicción.

Esta es precisamente la condición del "loco", -- quien por contravenir las normas que marca la sociedad, -- es marginado de ella, y tratado no por lo que realmente es, sino por la molestia social que origina.

El surgimiento de la Institución Psiquiátrica y de la violencia que le es inherente, encuentra su origen en esta concepción del "enfermo mental" como una contradic--

ción social que debe ser aislada, para evitar que afecte el pretendido buen funcionamiento de la sociedad.

Es por ello, que antes que nada, queremos reivindicar el papel de la contradicción como parte importante y necesaria para el desarrollo de cualquier sociedad, y para lograr esto, recurriremos a la concepción dialéctica del mundo, pues es a partir de ella, que podemos hablar del desarrollo como producto de la unidad de los contrarios.

Esta concepción se opone a la idea de que los cambios son simplemente aumentos o disminuciones cuantitativas, o bien desplazamientos originados por el impulso de fuerzas externas. Por el contrario, lo que propone, es -- que para comprender el desarrollo de cualquier "cosa" (y dentro del término "cosa" incluimos a una sociedad), es necesario estudiarla internamente, así como en su relación con otras "cosas", pero sin perder de vista que lo que va a propiciar su desarrollo, será su carácter contradictorio interno, pasando a ser una causa secundaria del mismo, los factores externos.

Así pues, si es debido al proceso dialéctico de resolución de sus contradicciones internas, que la sociedad se ha ido desarrollando, es absurdo negar su importancia,

o tratar de ignorarlas, apartándolas.

Sin embargo, éste ha sido precisamente el procedimiento que se ha seguido, y podemos encontrar un ejemplo de ello en el interior de las teorías sociológicas modernas, que ven a la sociedad como una estructura formada -- por sistemas, los cuales sin perder su identidad y su individualidad, constituyen un todo que los trasciende. De acuerdo a estas teorías, el grupo social mismo, es un sistema que tiene como funciones las actividades encaminadas a la satisfacción de las necesidades humanas.

La interacción dentro del marco de los grupos sociales, es regulada por normas o principios, que determinan la conducta que se espera de los individuos en circunstancias específicas.

Así mismo, este sistema posee la propiedad de restablecer el equilibrio o estado normal, cuando sobreviene algún tipo de perturbación, que pueda afectar el buen funcionamiento social.

Dentro de este tipo de teorías, se niega la existencia de la lucha de clases y en su lugar se habla de -- una estratificación social, que puede ser controlada para que no ocasione problemas, y que además es necesaria para

continuar con el orden social.

Esta interpretación de la realidad, que en forma muy esquemática acabamos de resumir, difiere de lo que se plantea desde un punto de vista dialéctico materialista, ya que en el segundo caso, la sociedad es estudiada como un todo integrado, en que las contradicciones internas -- juegan un papel fundamental, y donde por lo tanto, el objetivo a seguir no es restablecer el equilibrio.

Nosotros definitivamente discordamos de las teorías que se atribuyen a sí mismas un carácter científico, y que presentan teóricamente una sociedad, en la que las contradicciones tienen que ser eliminadas para mantener lo que se denomina un "desarrollo normal".

Por el contrario, estamos convencidos, como lo hemos venido repitiendo, que no se puede hablar de desarrollo sin mencionar las contradicciones, pues son precisamente éstas las que lo integran como tal.

Así, desde un punto de vista dialéctico, para entender la evolución de la sociedad capitalista, hay que empezar por estudiarla como producto de contradicciones del modo de producción feudal; posteriormente, aceptar que dicha sociedad posee lo que muy esquemáticamente pue-

de definirse como una contradicción fundamental entre el carácter social de la producción y el carácter privado de la propiedad; así mismo, hay que entender que esta contradicción será superada como tal por una nueva sociedad, la cual posteriormente, y también debido a sus contradicciones internas, deberá a su vez ser superada por otra.

Este ejemplo de ninguna manera pretende ser un análisis profundo del desarrollo capitalista, en realidad -- nuestro propósito al mencionarlo, es únicamente demostrar que las contradicciones no pueden ser ignoradas como parte de cualquier proceso de desarrollo social.

Hablar de las contradicciones como "motor de la -- historia" encierra un carácter altamente revolucionario, ya que muestra una sociedad dinámica, que cuando no está en período de cambio, está creando las condiciones para -- el mismo.

Es precisamente debido a esta "subersividad" inherente a la interpretación dialéctico-materialista de la -- realidad, que dicha interpretación es alejada del marco -- que conforman las teorías sociales dominantes dentro de -- la investigación que apoyan los diferentes organismos oficiales.

Ahora bien, si lo que la sociedad considera como -- realmente científico, afirma la necesidad de ésta de manter un equilibrio, todos los factores contradictorios que tiendan a "desestabilizarla", serán sistemáticamente reprimidos, contando para ello, con el aval de la ciencia.

Dentro de este orden de cosas, la locura, y por ende todo aquel que la "padece", pueden ser definidos como - elementos que atentan contra las normas impuestas por la - sociedad para mantener el equilibrio de que hablábamos, y - por tanto, como elementos que deben ser eliminados de ella si se quiere guardar dicho equilibrio.

Para lograr más ampliamente este cometido, siguiendo dentro de la objetividad científica, es necesario que - la locura sea definida de alguna forma, por lo cual se recurre al concepto de "enfermedad".

Es así como la locura es identificada con términos- como psicosis, enfermedad mental, alienación mental, etc., todos ellos incluidos dentro de una interpretación de tipo médico.

No estamos de acuerdo con esta interpretación, pues pensamos que en la mayoría de los casos, el concepto de -- locura, más que la referencia a alguna característica in--

trínseca del individuo, constituye un juicio que se expresa sobre su comportamiento desviado en comparación con el de las mayorías.

Apoyando ésto, podemos observar que la presencia de la enfermedad mental, es deducida siempre en forma indirecta, a través del comportamiento del observado, o bien, de la descripción que él mismo ofrece sobre su propio estado de ánimo.

Cabe aclarar sin embargo, que al afirmar que la locura vista como enfermedad, en el sentido usual de este término, es un juicio ligado a una valoración de tipo no sólo científico, sino sobre todo, moral, no pretendemos negar la existencia de la misma.

Esto es importante, pues hasta aquí hemos ubicado al "loco" como un individuo al que se atribuye el carácter de enfermo por atentar contra el pretendido equilibrio de la sociedad en que vive, a través de un comportamiento que se aparta de las normas establecidas. Además, hemos tratado de reivindicar el carácter contradictorio de la sociedad, y por tanto de justificar, en cierta medida, la existencia dentro de la misma de la locura.

De todo ello se podría desprender que consideramos-

la locura como algo subjetivo, que no encuentra su representación en la realidad, lo cual es falso, pues estamos convencidos de que aplicar el término de loco a una persona en particular, puede ser algo injusto, pero no necesariamente arbitrario.

Es decir, si un individuo es unánimemente considerado "loco", ello no es casual, y en la mayoría de las ocasiones, dicha persona realmente sufre y tiene dificultades en su conducta. No pretendemos pues, negar la existencia de quienes han sido etiquetados como "enfermos mentales", "locos", "alienados", etc., tampoco es nuestra intención afirmar que estas personas no presentan problemas a la sociedad. Por el contrario, estamos seguros de que lo que se denomina "locura", posee una existencia real, que se manifiesta en forma de contradicción social, pero que no por ello debe ser reprimida y aislada.

Para entender mejor la posición que ocupa el "loco" dentro de la sociedad, dividimos este capítulo en diferentes incisos, los cuales abordarán más particularmente lo que aquí se ha expuesto en forma general.

#### A) DE LO NORMAL A LO PATOLOGICO.

Si buscamos en algún diccionario el término normal,

encontraremos que viene de normalis, de norma, regla, es - decir, que es conforme a la regla o regular. Ahora bien, - si queremos ahondar un poco más, podremos sacar las si---- guientes ideas de "El Vocabulario Técnico y Crítico de la Filosofía", de Lalande: que etimológicamente "norma" designa la escuadra, lo que no se inclina ni a la derecha ni a la izquierda, sino que se mantiene en el justio medio; de aquí pueden derivarse dos grandes sentidos: considerar normal a lo que es tal y como debe ser; o bien, que lo normal es, en el sentido más usual de la palabra, lo que por encontrarse en la mayoría de los casos de una especie determinada, constituye ya sea el promedio, ya sea el módulo de un carácter capaz de ser medido.

A partir de la discusión de ambos sentidos, se hace notar lo equívoco de este término, que simultáneamente designa un hecho y un valor que el que juzga atribuye a ese hecho, en virtud de un juicio de apreciación que asume.

Se subraya así mismo, cómo este equívoco ha sido -- apoyado por la tradición filosófica realista, que sostiene que puesto que toda generalidad es el signo de una esencia, y toda perfección es la realización de la esencia, una generalidad que se observa de hecho, adquiere el valor de -- una perfección realizada, y así, un carácter común toma el valor de un tipo ideal.

Por último, también se hace notar una confusión similar en medicina, donde el estado normal designa al mismo tiempo el estado habitual de los órganos y su estado ideal, ya que restablecer ese estado habitual, es objetivo ordinario de la terapéutica.

Así vemos que lo normal biológico es convertido en un concepto de valor y no en un concepto estadístico de realidad.

Por lo que se refiere al término anomalía, éste viene del griego anomalía que quiere decir desigualdad, aspereza, pues omalos es aquello que se encuentra unido, igual, liso y an-omalos, aquello que es desigual, rugoso, irregular en el sentido que se da a tales palabras al referirse a un terreno.

Ahora bien, frecuentemente se ha cometido un error con respecto a la etimología de este término, pues se le deriva de nomos, que significa ley, y nomos, griego y norma, latín, tienen sentidos cercanos: ley y regla tienden a confundirse.

Es decir, que si aplicamos un riguroso criterio semántico, anomalía se refiere a un hecho, siendo un término descriptivo, mientras que anormal implica la referencia a-

un valor, y es un término apreciativo. Sin embargo, podemos observar que ha habido un cambio entre los respectivos sentidos de anomalía y anormal, y el segundo se ha convertido en un concepto descriptivo, mientras que el primero ha pasado a ser un concepto normativo.

Según nos dice Georges Canguilhem <sup>(1)</sup> la anomalía no debe ser confundida con la enfermedad, ya que puede convertirse en ella, pero por sí sola no lo es; ésto a pesar de que el problema de la distinción entre la anomalía y el estado patológico sea muy obscura.

Patología proviene de pathos, que implica sufrimiento, y de logos que significa ciencia, es decir que etimológicamente constituye la ciencia del sufrimiento, y en la práctica se refiere al mundo de la enfermedad.

En resumen, podemos afirmar que los términos anormal, anomalía y patológico, encierran tres conceptos etimológicamente diferentes, que si bien pueden tener algo en común, no son o no deberían ser, intercambiables entre sí.

Creemos que los tres representan el polo negativo -

---

(1) CANGUILHEM, G. Lo Normal y lo Patológico. Ed. Siglo XXI México, D. F., 1978. pag. 104.

de conceptos que tenemos como positivos; en el caso de la patología se encuentra por contraparte la salud, en el de anormal, lo normal y en el de anomalía (que a pesar de su etimología es usado como sinónimo de disfunción), encontramos otra vez lo normal.

Si hablamos concretamente de la "enfermedad mental", los tres términos son utilizados para adjetivar a quienes se supone que la padecen, así tenemos que el "loco" presenta a los ojos de la mayoría, una conducta anómala, o anormal (aquí se hace más clara la utilización de estos dos términos como sinónimos) o bien, una conducta patológica, siendo en todos los casos el parámetro que la determina: lo normal.

Esto es importante, porque si consideramos que "norma" engloba un concepto que implica una valorización, y aceptamos que los que se usan como elementos para definir la enfermedad mental son términos que toman su sentido en contraste con dicho concepto, podríamos concluir lo que ya anteriormente mencionábamos, que el catalogar a alguien como enfermo mental, constituye un juicio de valor que se emite sobre la actitud de una persona, y no un juicio que se base en una realidad estrictamente médica.

Así pues, y en vista de que el concepto de norma es

tan importante para nuestro estudio, ahondaremos un poco - más en él, para lo que retomaremos a Canguilhem, quien - - afirma que mientras "norma" es un concepto escolástico, -- "normal" es cósmico o popular, pues su situación social es aunque confusamente, sentida por el pueblo como algo que - es recto.

Este autor relaciona la popularización del término- normal con los cambios que la Revolución Francesa trae con sigo dentro de la institución pedagógica y la institución- sanitaria, en las cuales, normal es el vocablo mediante el cual se va a designar el prototipo escolar y el estado de- salud orgánica.

Toda esta reforma pedagógica y hospitalaria, es pro ducto de una exigencia de racionalización que también se - da a un nivel político y económico, bajo el efecto del re- cién surgido maquinismo industrial, y que finalmente desem boca en lo que después se ha llamado normalización.

Para entender mejor este término, se puede ver que- una Escuela Normal es en la que se enseña a enseñar; que - un cuentagotas normal, es el que se encuentra calibrado -- para dividir en veinte gotas en caída libre un gramo de a-- gua destilada; que la vía normal del ferrocarril, es la -- que en las veintiún distancias de los rieles ensayadas a -

lo largo del tiempo, está definida por el tamaño de 1.44 - metros entre los bordes interiores de los rieles; estos -- ejemplos que Canguilhem saca de Kayser, nos sirven para -- darnos cuenta de que lo normal en estos casos, puede ser - considerado como el efecto de una elección y decisión exte- riores al objeto calificado como tal.

De cualquier forma, lo que caracteriza a un objeto- o hecho denominado "normal", es la referencia a una norma- externa por un lado, y la posibilidad de ser tomado a su - vez como referencia para aquellos hechos u objetos que as- piran a ser considerados como tales. Es decir, que lo nor- mal es al mismo tiempo la extensión y la exhibición de la- norma.

Ahora bien, si partimos de que norma quiere decir - en latín escuadra, y que normalis se puede traducir como - perpendicular, se entiende de dónde toman sentido los tér- minos norma y normal, los cuales posteriormente son trasla- dados a una gran diversidad de otros aspectos.

El autor que estamos siguiendo, da la siguiente de- finición para tratar de enmarcar los conceptos de normal y anormal:

"Una norma, una regla, es lo que sirve para -

hacer justicia, instruir, enderezar. Normar, normalizar, significa imponer una exigencia a una existencia, a un dato cuya variedad y disparidad se ofrecen con respecto a la exigencia, más aún como algo indeterminado y --hostil que como algo extraño. Concepto polémico en efecto, aquel que califica negativamente al sector del dato que no entra en su extensión, aunque corresponde sin embargo a su comprensión. El concepto de "derecho" -ya se trate de geometría, de moral o de técnica- califica aquello que se resiste a su aplicación, como torcido, tortuoso o torpe....(2).

Podemos afirmar que la norma adquiere algún sentido, sólo cuando se encuentra acompañada de su polo opuesto, es decir, si conocemos lo que determinada norma está marcando, necesariamente debemos saber su contrapartida, que en este caso sería lo que no se debe hacer.

La relación entre lo normal y lo anormal, no debe ser definida como aspecto exterior y contradictorio, sino más bien como concepto subjetivo, que tiende a polarizar ideas antagónicas cuya explicación específica no es fácil.

Ahora bien, consideramos que las normas no pueden ser universales, pues son determinadas de acuerdo a la realidad histórica y temporal concreta de un conglomerado humano. De ahí que cada civilización posea su propio sistema

---

(2) CANGUILHEM, G. Ibid. p. 187.

de normas, que lo que es "normal" para una, pueda constituir lo opuesto para otra. (En el terreno del humorismo, es ilustrativa la anécdota de que al oír los esquimales a un predicador hablar del Infierno, pidieron ir al, para -- ellos, Paraíso . . .).

Si revisamos algunos textos de Antropología, encontraremos que hay multitud de ejemplos de cosas que en el Occidente se consideran anormales y que en algunas tribus de Asia y Africa son parte de la cotidianeidad. Esto es fácilmente comprobable, incluso sin necesidad de salir de México, pues podemos referirnos a grupos étnicos que habitan nuestro país, y que poseen un sistema de normas, diferente al que heredamos de la cultura española.

Lo que queremos demostrar con ésto, es la relatividad que existe en lo que las normas determinan, sobre todo si tomamos en cuenta que el concepto de norma puede ser -- una variante del concepto de "bueno", y que aparentemente una acción normal es una acción de acuerdo al ideal de la colectividad y que por lo tanto ésta aprueba.

Se nos puede contrargumentar que esta relatividad -- que enunciamos, es válida solamente cuando se trata de dos tipos distintos de civilización, pero que al hablar de una sola, se pierde y la norma pasa a ser algo absoluto, pues-

es producto del consenso general de la población.

Esto nos parece importante de aclarar, ya que es -- precisamente a partir de una desviación de la norma, que - se define al enfermo de la mente como tal, y lo que noso-- tros pretendemos demostrar en este capítulo, es que dicha- definición constituye un juicio de valor que se emite so-- bre una determinada actitud, más que un veredicto científico.

Ahora bien, para demostrar ésto, es importante de-- jar bien claro qué es la norma, cómo surge y qué validez - tiene, etc. Así pues, retomando este aspecto, nos gustaría insistir en la relatividad que contiene inmersa el concep- to de norma, y que no se pierde porque supuestamente sea - la mayoría la que determine como tal.

El sistema de normas y valores de una civilización, surge en un momento dado de su historia, en relación a una situación económica, social y política concretas, que son- las que la están determinando en base a sus necesidades es- pecíficas. En este sentido, dicho sistema es relativo por- que es válido en ese momento dado, y puede no serlo des--- pues.

Además de esta relatividad con respecto a situacio-

nes reales concretas, no hay que olvidar que los sistemas de normas y valores no son en realidad impuestos por la mayoría de la población, sino por la clase que en ese momento del que hablamos detenta el poder, siendo así, también-determinantes, los intereses específicos de clase.

Existen tendencias que tratan de despojar de esta -relatividad a la relación entre lo normal y lo anormal, y de ellas se puede citar a John P. Foley, quien en su artículo denominado "El Criterio de la Anormalidad", propone -medir en forma estadística lo anormal.

El afirma que el comportamiento anormal es aquel -- que se desvía de la norma, es decir, de la tendencia central de una población, de lo que constituye el comporta---miento generalizado de los elementos de un grupo social; -lo normal, por el contrario, es aquello que prevalece en -un momento dado, el comportamiento que se considera más común. Con estas ideas, Foley intenta sacar de la subjetividad tales conceptos, atribuyéndoles una base científica -- al considerarlos como hechos colectivos observables y cuantificables, más que como juicios de valor.

Este es un intento análogo al que realizó Durkheim-en las "Reglas del Método Sociológico", cuando trató de encontrar una definición objetiva de lo patológico, pero con

la diferencia de que él rechazaba la identidad de lo normal con el cálculo de la conducta promedio de todos.

Creemos que tal vez se puedan describir objetivamente estructuras o comportamientos, pero que definitivamente es imposible etiquetarlas como patológicas en función de algún criterio objetivo, pues lo normal y lo patológico son nociones que hemos introducido dentro del mundo de los valores.

Siguiendo con este problema de definición que nos ocupa en el presente capítulo, podemos referirnos a algunas ideas de George Devreux, quien en su libro "Lo Normal y lo Anormal: el problema clave de la antropología psiquiátrica", afirma que la adaptación social no puede ser desde un punto de vista meramente psiquiátrico, un signo que denote salud mental, y que el conformismo puede por el contrario, adoptar algunas formas patológicas, en particular sadoomasoquistas.

Así mismo, subraya que la desadaptación debe ser considerada más bien como una consecuencia, que como origen de los trastornos mentales, y que por lo tanto, plantea problemas al psiquiatra en lugar de servirle de criterio.

En esta forma, se pone al descubierto el postulado que está detrás de la teoría del relativismo cultural, que afirma que para que los individuos puedan ser considerados enfermos, es indispensable que la sociedad sea siempre y necesariamente normal. En este sentido, existe un Cuento Oriental, que narra cómo cuando se iba a juzgar a alguien por locura, el acusado pide que quienes sean sus jueces, -- sean a su vez locos.

Lo que entendemos de todo ello, es que un juicio de valor denominado "norma", que marca lo que es "bueno" (o "normal") y malo ("patológico") dentro de una sociedad determinada, pone una vez más al descubierto la relatividad de ambos conceptos.

Por otro lado, hemos venido repitiendo, que a pesar de la idea generalizada de que las normas son impuestas -- por la mayoría, en realidad quienes las elaboran son las clases dominantes, que a través de ellas, imponen su ideología y etiquetan a todos aquellos que no las acatan como "anormales", lo cual ayuda a reproducir el modo de producción imperante, al eliminar a quienes de alguna forma se oponen a él.

En este sentido, podemos observar que conforme se van desarrollando las contradicciones de nuestro sistema, --

el concepto de normalidad se va complicando más, y que como consecuencia un mayor número de personas tratan de romper con las normas establecidas a través de diversos caminos. De ahí, que algunas veces surja la tentación de valorar la locura como la representación de una serie de actos que se contraponen a la obediencia, sumisión y explotación por la que se caracteriza la "sana y eficaz" tecnología -- del mundo capitalista contemporáneo.

Sin embargo, no debemos caer en esta tentación, -- pues la locura individual representa a pesar de todo y por regla general, el sufrimiento y la confusión, además de -- que su verdad es elíptica y paradójica y además no puede -- ser utilizada como un arma social contra el sistema, sino -- únicamente como un ejemplo de rechazo, que no aspira a convertirse en un modelo a seguir.

En realidad, podríamos suponer que normalidad y --- trastorno constituyen dos caras de una misma moneda, dos - partes de una realidad social, que han sido separadas en - forma artificial y de las que únicamente se nos enseña una: la normalidad, a la cual debemos atenernos para no correr- el riesgo de caer en trastornos de conducta.

No se aclara, por otro lado, que es precisamente dicha normalidad, la que lleva consigo, como la parte negati

va e integral, contradictoria de sí misma, al trastorno, - ya que probablemente existan otras alternativas y también - otras formas de oponerse a la realidad social, que no son - ni la locura, ni el modo de ser "normal" al que continua-- mente somos invitados.

Precisamente para evitar esa posibilidad, que po--- dría atentar contra el equilibrio de la sociedad capitalista, es que existe una cuidadosa gestión de lo denominado - "la falsa conciencia", que representa para las clases so-- ciales dominantes, una especie de garantía contra la insu- bordinación. Por ello, es importante analizar muy brevemente este término y descubrir en esa forma algunos fundamen- tos para criticar desde un punto de vista político a la -- normalidad dominante.

Si analizamos históricamente el papel que juega la- burguesía en el desarrollo social, encontraremos que es a- partir de que le gana la guerra a los feudos, que se esta- blece un sistema racional de intercambios, y que es dentro de sociedades basadas en un modo de producción capitalista, donde todo es definido como una mercancía que puede ser ob- jeto de compra-venta. Lo que constituye la base de dicha - sociedad, es la producción de tipo industrial, cuyos me--- dios no pertenecen al productor real, sino a la clase so-- cial denominada burguesía, la cual compra al obrero, a tra

vés de un salario, su fuerza de trabajo, y la cual se apropia del producto del mismo trabajo, a pesar de que no lo está produciendo directamente. Es a partir de esta situación, que surge lo que es conocido como "lucha de clases".

Dentro de esta lucha, y frente al poder del capital, el obrero individual no puede hacer nada, y su poder sólo surge en el momento que se une a sus compañeros y adquiere conciencia de sus propios derechos, es decir, en el momento en el que los obreros se constituyen como clase.

Ahora bien, si tomamos en cuenta que la mercancía que se produjo, es arrebatada al productor y posee aparentemente una vida propia y una racionalidad que le es extraña a quien la está produciendo, entenderemos el proceso -- mediante el cual, en el momento en que aparece, tiende a ingresar al sistema de los intercambios. Así, la mercancía producida, se inclina a convertirse en algo ligado al capital, adquiriendo un significado y una utilidad que no coinciden necesariamente con las intenciones del productor.

Cabría aclarar, que el mismo modo de producción es extraño al productor, en tanto que es dominado por las necesidades del capital, las cuales se modelan en función -- del máximo rendimiento.

Esta característica del capitalismo, trae como consecuencia una alienación del productor, al cual se le quita la satisfacción de realizarse con su trabajo, ya que el producto de éste le es totalmente extraño y no le pertenece.

Incluso una vez superado el momento de producción, podemos observar que las relaciones entre personas se encuentran mediatizadas por objetos, que constituyen mercancías, los cuales al mismo tiempo que cumplen su función de instrumentos de intercambio en el sistema global de la sociedad capitalista, se presentan en su especificidad como "fetiches" es decir, como objetos a los que de acuerdo a intereses del capital, los individuos se adaptan sin tener conciencia de lo que hacen.

Así, tenemos que los individuos tienden a plantearse en forma falsa su relación con estos objetos, y en especial con las máquinas, sin llegar a comprender que dichas máquinas son únicamente mediadoras de una relación social de explotación, que se establece entre el obrero y el capitalista, en el momento en que el primero acepta vender su fuerza de trabajo al segundo y con ello le entrega todo lo que dicha fuerza es capaz de producir.

Esta "fetichización" de las relaciones sociales, --

obviamente beneficia a la clase dominante, la cual se encuentra protegida de posibles embates de los dominados que no perciben que los objetos, y en especial las máquinas -- constituyen solamente un instrumento a través del cual se les oprime y explota.

En esta forma, toda la violencia inherente a la lucha de clases de la producción capitalista, también es mediatizada y escondida a través de la supuesta relación entre cosas y no entre personas.

En resumen, podemos afirmar que el Universo Social al que pertenecemos, está constituido por un conjunto estructurado de partes, de un único y complejo mecanismo de organización, que no es controlado por la mayoría de la colectividad. Así mismo, se oculta la naturaleza real de los intercambios, a través de una aparente igualdad de oportunidades entre todos los hombres. Y que esta simulación entre las personas, impide que se vean las relaciones económicas y las leyes generales que gobiernan dichas relaciones.

Cada uno de los momentos específicos de este complejo sistema, se encuentra históricamente determinado con base a las exigencias, del capital, pero esto se nos presenta como naturalmente dado, como algo mecánico e inmutable-

que está ahí porque no podría dejar de hacerlo, y así, no es sólo la mercancía la que se metamorfosea en un fetiche, sino la mayoría de los aspectos de relación entre seres humanos.

Ahora bien, es importante aclarar que si las mercancías, los instrumentos de producción, o bien las mismas relaciones sociales son fácilmente consideradas como algo dado e inevitable, ello sucede en la medida en que estos objetos y hechos son considerados en forma aislada del conjunto del sistema de intercambios del capitalismo.

Es precisamente la ausencia de una comprensión del sistema como totalidad, lo que determina que cada persona en cuanto individuo aislado, caiga en esa falsa visión de la realidad, la cual es posible superar a través de la lucha política obrera, que fundamenta el reconocimiento activo de los trabajadores asalariados como la clase fundamental para el buen funcionamiento del sistema.

Es entendible que debido a la complejidad del capitalismo moderno, y a la aparente impersonalidad del poder, sea difícil distinguir el cuadro conjunto, que supera la apariencia parcial y falsamente natural que mencionábamos y que demuestra los motivos históricos debido a los cuales una minoría de personas se beneficia del sistema capitalis

ta, dependiendo para ello de la explotación que ejerce sobre la mayoría.

En este sentido, lo que denominábamos falsa conciencia existe en primer término como una no-conciencia de la realidad, o como una conciencia parcelaria y deformada de la situación que hemos descrito. Dicha conciencia se convierte en falsa y no sólo parcial o ausente, cuando se racionaliza de acuerdo a la visión del mundo que la burguesía se encarga de difundir a toda la sociedad. Nosotros -- pensamos, y es precisamente lo que nos interesa demostrar, que podemos equiparar a la falsa conciencia con la normalidad dominante.

Hasta aquí hemos tratado de expresar muy brevemente las contradicciones en que se basa la sociedad capitalista, ésto, para demostrar que la normalidad que se nos impone -- en dicha sociedad, no es precisamente lo que al inicio de este inciso planteábamos como sinónimo de normal, pues a -- lo que en verdad corresponde, es a una falsa visión de la realidad que nos rodea.

Así pues, y para terminar este inciso que trata de aclarar el paso de lo normal a lo patológico, podemos concluir las siguientes ideas:

- 1o. Los conceptos de normal y patológico pertenecen al mundo subjetivo de los valores.
- 2o. Dichos conceptos constituyen un juicio - que califica una actitud, y no la descripción de la actitud.
- 3o. Lo que se define como normal corresponde a los intereses de la clase dominante de una sociedad.

Es decir, que el paso de lo normal a lo patológico, sería un camino subjetivo, sobre todo en el área que nos interesa, el área de la mente, donde los parámetros para decidir si una conducta es normal o patológica, dependerán no tanto de las funciones biológicas u orgánicas del organismo, sino más bien de una conducta socialmente aceptada o no.

#### B) EL ENFERMO VISTO A TRAVES DE UNA ETIQUETA.

Según lo expuesto en el inciso anterior, podemos observar que el paso de lo normal a lo patológico, no es algo totalmente claro, pues en ambos conceptos, pueden ser ubicados dentro del terreno subjetivo de los juicios de valor y por tanto no corresponden a categorías universales.

En realidad, y sobre todo si hablamos de enfermedades mentales, la patología implica más que nada una violación a las reglas de juego imperantes en una determinada -

sociedad, es decir, el "loco" no puede estar enfermo de algo tan abstracto como la mente, y el término enfermedad, hace referencia a un desorden de tipo emocional, que se observa a través de una serie de conductas consideradas anómalas.

En este sentido, al hablar de "enfermedad mental", generalmente no hacemos referencia a alguna alteración biológica, ya que a pesar del desarrollo de la psiquiatría de tipo positivista, que se dió sobre todo en la segunda mitad del siglo pasado, aun en la actualidad no se ha podido comprobar que exista una relación directa entre lesiones físicas y comportamientos atribuídos a la "enfermedad mental".

Haciendo un poco de historia a este respecto, podremos ver que a principios del siglo XIX, con la evolución del Iluminismo, el trastorno mental se consideró como producto de la enfermedad y de la alteración de la capacidad moral o perversión de la voluntad. Antes de este período, durante los siglos XVII y XVIII, se buscaba a través de médicos empíricos, una alternativa curativa, o la pura restricción física o el confinamiento, ya que existía la hipótesis de que la locura se debía a una enfermedad del cerebro y de la médula.

Los finales del siglo XVIII y principios del XIX --

trajeron más complejidad a la curación de las enfermedades mentales, ya que se convirtió en una mezcla de procedimientos médicos "tradicionales", tales como purgas, sangrías, ayunos, reposos, baños calientes o helados, etc., además de tratamientos educativos y reeducativos. Esta concepción que encontraba su origen en el Iluminismo, fue la que preponderó durante toda la primera mitad del siglo XIX, y se basaba en la idea de que la mente necesitaba disciplinarse.

Acompañando a este tipo de orientaciones, fueron apareciendo durante la misma época, una serie de tendencias más humanitarias y liberales que trataban de reducir la violencia imperante en el trato que se les daba a los enfermos. Esta corriente es lo que se denomina "tratamiento moral", o "reformismo humanitario" y estuvo representada por Chiarugi, Pinel, Tuke, etc.

Ahora bien, volviendo al desarrollo de la psiquiatría positivista, ésta, como ya dijimos, cobra auge sobretudo en la segunda mitad del siglo XIX, cuando volvió a prevalecer el intento de traducir el problema de la locura, a un concepto naturalista de proceso morboso, o sea de enfermedad.

Este proceso se dió mediante una progresiva distin-

ción entre diferentes "entidades patológicas", que presentaban características específicas, y que por tanto necesitaban tratamientos apropiados a las mismas. Es en este punto donde se empiezan a establecer etiquetas y a hacer clasificaciones, comenzándose también a distinguir con algo más de claridad, entre la locura y la insuficiencia mental, o bien, entre la melancolía y el delirio; con Morel y posteriormente con Kraepelin, se reagruparon una serie de casos psiquiátricos bajo el concepto de demencia precoz, el cual constituye, lo que en la actualidad se denomina esquizofrenia.

El gran desarrollo de la ideología médico-positivista en el área psiquiátrica, se debió en gran medida a la ideología ochocentista de la ciencia, a la evolución del método clínico y a los grandes éxitos de la medicina en general, y cabe aclarar, que dicho desarrollo no contribuyó a comprender el trastorno mental, ni fue un elemento de liberación para los internados en los manicomios.

Por el contrario, hasta ese momento, los principios del tratamiento moral habían abierto la posibilidad de entender a la enfermedad mental como extravagancia y desviación de la moral y la voluntad, actitudes que debían ser condenadas y reprimidas, pero sin olvidar que se trataba de una crisis humana, que como tal, podía reeducarse me---

dante el trabajo, la dignidad, y el llamamiento a la responsabilidad; mientras que el nuevo modelo médico positivista de enfermedad mental, no dejaba posibilidades, pues un mal infeccioso producía manchas rojas en la piel y la enfermedad mental producía síntomas psiquiátricos. En este sentido, el enfermo mental ya no constituía una persona -- que actuaba de manera anómala, sino que era un organismo -- que funcionaba defectuosamente, con un comportamiento que resultaba incomprensible.

Este determinismo mecanicista, no se concretó a la psiquiatría, ya que la medicina positivista de esa época, tendía a interpretar otro tipo de casos: por ejemplo el -- del criminal, en la misma forma que la locura, pues ambos eran producto del desarrollo temporal de un mecanismo fatal, inserto en la misma constitución física del individuo. Así, las causas de la enfermedad mental, se buscaban en -- alguna predisposición heredada, en degeneraciones biológicas o bien en una desconocida afección del cerebro.

En esta forma, la sociedad rechazaba sus propias -- contradicciones como posibles productoras de los "frutos malos", que de acuerdo con dicha visión nacían ya diferentes en su interior. De tal manera que se reducía al enfermo a una desviación de la salud y por tanto, se le quitaba cualquier relación con las contradicciones históricas o --

los problemas civiles, quedando convertido en un mecanismo descompuesto, netamente negativo, al que eran cerradas las puertas del tratamiento y únicamente mediante represión se controlaba.

Este autoritarismo basado en el castigo con respecto al enfermo mental, ya no se escudaba en la religión, como pudo haber pasado en la Edad Media, o en la razón de Estado, como en el siglo XVIII o bien en la moral iluminista, como después de la Revolución Francesa, sino se escudaba en la ciencia y el progreso.

Así, a partir del momento en que el loco es etiquetado como "enfermo mental", de acuerdo a una visión positivista de las cosas, se borra cualquier responsabilidad colectiva y la locura, el comportamiento antisocial y la marginalidad, se convierten en puros males biológicos que originan actos contra el orden civil y la sociedad.

Estas ideas, han sido en conjunto superadas, y la esperanza de fundar una psiquiatría totalmente dependiente de la medicina, quedó frustrada en el siglo XIX, dejando como herencia, la elaboración de un sistema basado en la clasificación de comportamientos patológicos, que enumerados uno a uno, fueron separados de cualquier contexto y se convirtieron en hechos que pretendían ser objetivos, deno-

minándoseles "síntomas psiquiátricos".

Sin embargo, y a pesar de que estas ideas, como ya dijimos, se han ido superando, etiquetar al individuo que presenta cierto tipo de conducta que sale de las normas -- establecidas por la sociedad, como "enfermo mental", es un fenómeno que aún podemos observar en la actualidad.

Así pues, en nuestros días, las corrientes que sitúan a la enfermedad mental dentro del terreno físico, han sido prácticamente anuladas, sobre todo, a partir del surgimiento y desarrollo del psicoanálisis, que entre sus -- principales contribuciones, cuenta con la introducción de una concepción psicológica y dialéctica del trastorno mental, que empieza a ser visto como resultado de un conflicto entre exigencias sociales y humanas muchas veces contradictorias. En esta forma, el "loco" adquirió con el psicoanálisis, el derecho a una psicología que además de ser -- comprensible, era fundamentalmente la misma para el sano y el enfermo, dado que las dinámicas del inconsciente, se encontraban determinadas por leyes universales.

En la actualidad, todo aquel que padece algún trastorno mental, sigue siendo tratado en el interior de la -- Institución Psiquiátrica, más que por lo que es, por la -- etiqueta que se le colocó al entrar. Ello no obstante, las

posibilidades que abrió la evolución de la teoría psicoanalítica, la cual, a pesar de poseer limitaciones, motivadas sobre todo por la época que le tocó vivir a Freud, y de haberse desarrollado dentro de un plano más bien elitista, no deja de ser un instrumento que nos permite comprender la "subjetividad" del enfermo mental.

En tal sentido, y para finalizar este inciso, nos gustaría insistir en que no se trata de negar que los individuos a los que a través de la ciencia médica, que como hemos visto no da cabida a la solución de todos los trastornos mentales, han sido etiquetados como "psicóticos", "neuróticos", etc., sean de alguna forma diferentes a los que se considera como normales, ya que es obvio que si existe un consenso general que los aparta, ello se debe a que hay ciertas características que los diferencian. Ahora bien, lo que dichas características hacen, es demostrar que quienes son conocidos como locos, constituyen un núcleo de personas que se han apartado de las normas sociales imperantes, pero de ninguna manera nos muestran que dichas personas padezcan alguna enfermedad, entendida ésta en su sentido más común de definir, como alteración.

La salud vegetativa no es controlable. Se vegeta, se dice, cuando se vive sin control orgánico. La llamada locura, insistimos, no tiene que ver con esto, pues consti

tuye una calificación subjetiva, de acuerdo a una tabla de valores muchas veces convencional y como se dijo en páginas atrás, sujeta a condiciones históricas, geográficas y temporales. Diagnosticar cambios de la "salud psíquica": ¿ese es el problema!, sobre todo si no se atienden las contradicciones sociales que provocan rígidas normas, impuestas por el uso de la costumbre e incluso de la ley.

Así pues, no pretendemos negar la presencia del fenómeno denominado "enfermedad mental", lo que sí queremos señalar y dejar bien claro, es que la existencia de dicho fenómeno, es algo que tiene que ver con la ruptura o desviación del sistema normativo, más que con alteraciones -- de orden físico, aclarando por supuesto, que pueden existir algunos casos en los que la presencia de conductas -- "anómalas", sea provocada por alguna lesión orgánica o hereditaria, sin embargo dichos casos son una minoría y por tanto no son válidos para hacer generalizaciones, sino más bien se presentan como excepciones.

### C) REACCION SOCIAL FRENTE AL ENFERMO MENTAL.

De lo que hasta aquí se ha expuesto, se desprende - que la "enfermedad mental" no constituye una enfermedad en el sentido usual de la palabra, es decir, generalmente no se basa en alteraciones de tipo orgánico o biológico, más-

bien es una forma de desviación con respecto a las normas imperantes de una sociedad.

Debemos pues, profundizar un poco más en el significado del concepto de desviación. Podemos observar, que si tomamos su significado preciso, el término desviación no indica excepcionalidad o algo desmesurado o infrecuente y tampoco corresponde a la idea de lo que es inadecuado. En realidad, el concepto desviación, puede incluir todos estos aspectos, pero implica sobre todo, un juicio de fondo-moral.

Desviarse, indica ser indeseable socialmente, debido a una oposición de hecho al código moral y a las convenciones dominantes, de allí, que el concepto de desviación sea normativo, ya que es violatorio de normas consideradas como "justas", "sanas" y "morales", así como connota pasar sobre prohibiciones impuestas y aceptadas en un determinado momento de la vida social.

Una persona que se considera desviada, es aquella a la que atribuyen un comportamiento distinto del de la mayoría, que permite caracterizarla en contraste con su ambiente social. Este ambiente, al mismo tiempo que posee normas que el desviado ha infringido, posee también sanciones para castigar al infractor.

Es decir, que la sociedad toma, ya sea formal o informalmente, una serie de medidas coactivas que tienden a devolver al desviado a lo que se considera comportamiento normal, neutralizando para ello sus acciones, o marginándolo de manera más o menos radical del resto de los individuos de la sociedad, es decir, de los "normales".

Desde el momento en que la desviación se va a referir a normas impuestas, su significado va a variar de -- acuerdo a la cultura de que se trate, a los períodos históricos, y a las categorías sociales específicas. Ello se debe, a que las normas sociales son producto de la conven---ción, y por tanto, un comportamiento que se desvía no por -- acuerdo a principios absolutos y universales, sino a partir de lo que decide la clase que se encuentra en el poder en una determinada forma de sociedad.

Como ya afirmábamos en el Inciso anterior, la clase dominante es la que tiende a imponer a toda la sociedad, - aquellos modelos de comportamiento que se deben considerar como aceptables, y los que, por el contrario, se consider--ran prohibidos y por tanto acarrearán alguna sanción.

Las normas establecidas en una determinada forma de organización social y como consecuencia los comportamien--tos que se consideran desviados, se encuentran estructura-

dos en tal forma, que van a tender a favorecer la estabilidad y el orden social constituido.

En general, la mayoría de las culturas desarrolla una ideología de la desviación, es decir, posee tanto ideas como teorías que tienden a justificar que se utilizan formas represivas para contener la desviación. Y en la base de estos planteamientos, podemos encontrar los que se refieren a la negación de la relatividad o convencionalidad propias de la desviación. Esto se explica fácilmente, si tomamos en cuenta que es más sencillo imponer un código de la desviación, cuando se castiga al sujeto, como violador de un ordenamiento absoluto.

Dentro de culturas en las que impera lo religioso, el infractor será generalmente identificado como el que viola algún ordenamiento moral, cuya procedencia es divina. Por lo que se refiere a las culturas basadas en un orden "secular", sobre todo cuando predomina la ideología científica, el orden social tiende a encontrar su justificación ideológica, en la objetividad de las leyes naturales. Cuando esto sucede, se identifica todo desvío con la enfermedad o con seres biológicamente anormales.

Podemos observar, que la influencia del Positivismo

médico, que se dió a finales del siglo pasado, sobre la --  
psiquiatría y la criminología europeas, contribuyó a acen-  
tuar esta tendencia, al grado de que en la actualidad, toda  
vía sobreviven los conceptos de "delincuente tendencial" o  
"psicópata degenerado". Estas tesis clasifican al violador  
de normas penales, como un determinismo contrario al con--  
cepto de reintegrarlo a la vida en sociedad.

En nuestros días, existen teorías que tienden a - -  
acentuar la importancia de factores sociales y circunstan-  
cias ambientales de la vida, en la determinación de compor-  
tamientos etiquetados como "desvíos". Esto contrasta con -  
las concepciones anteriores, que hablaban de predisposicio-  
nes genéricas o enfermedades congénitas.

Es interesante observar, que en sociedades capita--  
listas, el desviado con respecto a las normas, ni es igual,  
ni sufre los mismos castigos en todos los casos, y que en-  
realidad va a ser la posición económica y social que ocupa  
la que va a determinar su destino.

Es decir, que los ladrones, prostitutas, enfermos -  
mentales, vagabundos, alcohólicos, etc., representarán los  
modelos de desviación si son pobres, y en este sentido, --  
constituirán la imagen a evitar a través de calificativos-  
degradantes, evidentemente negativos y claros para todos.-

Sin embargo, existen también los ladrones, estafadores, especuladores, alcohólicos, enfermos mentales, etc., que por ser "privilegiados" en la escala social, no se consideran "desviados" y rara vez sufren algún castigo de orden moral o legal.

Así pues, podemos concluir que la constitución y permanencia de los comportamientos desviados, son producto del orden social que ataca a una minoría de sujetos, que son utilizados para los fines específicos de dicho orden.

La mayoría de las veces, el desviado es víctima de una situación de injusticia social desde el principio, sin embargo, a partir del momento en el que se le marca o califica como tal, la etiqueta empieza a ocultar y a negar el hecho de que es una víctima, absolviendo en esa forma al sistema social de cualquier responsabilidad.

Es decir, que a pesar de ser un efecto de la sociedad, a la locura, identificada con todo desvío, se le atribuye un carácter individual y por tanto se les desliga de males producidos por la vida en colectividad.

Al hablar de "locura" en algunas páginas de este trabajo, nos referimos a un término que carece de significado preciso y científico. En realidad, lo que se conoce

por locura, es una forma de manifestarse que se presenta - como algo irracional e imprevisible. La distinción entre - trastorno mental y normalidad es un proceso gradual, ya -- que por un lado nadie se encuentra inmune de trastornos de algún tipo, y por el otro, lo que se denomina "trastorno"- es una serie de dificultades de tipo personal que respon-- den a las mismas leyes que determinan la psicología y el - comportamiento supuestamente normales.

Podemos afirmar que el conjunto que se conoce por - "trastornos psíquicos", "trastornos mentales", o "trastor-- nos nerviosos", lo que pretende designar, es todo lo que - dentro del campo de la desviación, se supone puede ser so-- metido a tratamiento. Sin embargo, cabe preguntarse qué es lo que se va a tratar, porque en realidad la "mente" o --- "psique", no constituyen un objeto que pueda ser sometido-- a terapias, como el hígado, los pulmones, o cualquier otro órgano tangible de nuestro cuerpo. El término "mente" es - una metáfora, que se refiere a algunas de las funciones -- del individuo, que le sirven para mentener las relaciones-- con los demás y con el mundo exterior, por lo que la mente es una de las funciones de un órgano específico: el cere-- bro.

En base a ello, la ideología psiquiátrica supone -- que los trastornos mentales deben ser tratados a través --

del cerebro, a pesar de que en la gran mayoría de los casos, este órgano no demuestre alteración de ningún tipo, como para considerar que funciona mal y que es el causante de las dificultades del individuo.

Si queremos escapar a todas estas contradicciones, es necesario que cambiemos la orientación, ya que el individuo sea que se encuentre mentalmente sano o no, no es un mecanismo determinado únicamente por sus leyes internas y que funciona totalmente por su cuenta, sino por el contrario, el individuo existe y se tipifica como un ser social, que se encuentra inmerso en una determinada sociedad y en un punto característico de las relaciones sociales de producción. En realidad no es su manera de ser individual lo que determina su modo de ser social, sino exactamente lo contrario; es su posición y su práctica sociales dentro de las relaciones de producción imperantes, las que en última instancia van a determinar su forma de actuar, de sentir y pensar.

Así pues, es más acertado decir que una persona se ha encontrado o se encuentra en una situación social que le presenta problemas que él no es capaz de resolver, que hablar de trastorno mental.

Ahora bien, por lo que se refiere a la imagen social

de la locura que circula generalmente, ésta es desde un -- principio inversamente simétrica o complementaria a la ima gen de la normalidad. La sociedad designa a la locura la-- labor de recoger, ejemplificar o exacerbar lo equivocado e irrazonable, de tal forma, que locura es lo imprevisible, -- lo que se encuentra fuera de los esquemas, lo destructivo-- de las propias bases del consenso social.

Sobre esta parte negativa que constituye la imagen-- de la locura, las personas construyen desde la infancia el aprendizaje de los comportamientos que la sociedad aprueba es decir, construye lo que más adelante será su propia nor malidad. Así, la imagen de la locura se clarifica, depen-- diendo de la necesidad de cada uno de entender su propia -- normalidad, de cultivarla y de mantenerla intacta.

El desarrollo psicológico de todos nosotros, se -- constituye y refuerza a través de experiencias infantiles-- con respecto al mundo que nos rodea, siendo toda relación-- entre niño y adultos, una relación de tipo educativo que-- con el paso de los años va determinando las conductas a se guir del niño que se convierte en hombre. En este sentido, la idea de la educación, o de lo que se debe hacer, encie-- rra dentro de sí misma su parte negativa: la imagen de la-- inesperienza infantil, del absurdo o de la espontaneidad-- del pequeño no sujeto a convencionalismos o tabús sociales.

Esta imagen negativa se le presenta al niño con amenaza de perder el apoyo y a veces el afecto de las personas de las que depende, tanto en un sentido material como psicológico.

Es común que a un niño se le inquiete cuando ha hecho algo que a los padres no les parece bien, ¿pero, estás loco?, y esta frase va a ser muy significativa para él, -- pues va a empezar a marcar los límites de lo que no se debe hacer. De ahí, que muchas veces se le atribuya a la locura un carácter subversivo, pues el no estar loco, quiere decir ser razonable, o lo que es lo mismo, no hacer en todo momento lo que se quería hacer, o no decir todo lo que se piensa, en otras palabras, aceptar la falta de libertad. Sin embargo, cabe aclarar, como ya habíamos mencionado, -- que la locura no es verdaderamente "libertad", o una protesta eficaz, a pesar de que debido al modo de entender y adquirir la racionalidad a través de la educación y la vida social, se le identifique con esa imagen algunas veces.

Por otro lado, esa educación es difícil de aprender dentro de las sociedades burguesas avanzadas, pues el niño al crecer, se dará cuenta de que las normas de comportamiento y los criterios de lo que es bueno y malo, no son absolutos, sino que varían dependiendo de las clases sociales, del modo de ver las cosas, de las diferentes culturas

y subculturas, y de las personas concretas. Así, las imágenes que representan lo que es razonable y lo que no lo es, pueden considerarse complejas, por todas las rígidas contradicciones de las que están compuestas, debido a la necesidad de defender una medida personal y un orden social, que se encuentran amenazados por serias contradicciones internas.

Dentro de la racionalidad capitalista, que es "la razón de la sinrazón", que surge de una forma de violencia extraña y antagonista con respecto a las necesidades reales de la mayoría de los individuos, cualquier propuesta que pueda parecer irracional o pueda presentar una opción alternativa, es inmediatamente reprimida. En este sentido, la sociedad en que vivimos, se ve obligada a deshacerse de cualquier desviación categórica, ya que no debe correr el riesgo de interpretar erróneamente los criterios de la normalidad dominante.

Para finalizar este inciso, podemos afirmar que el "loco" se encuentra marginado de la sociedad, porque ésta no puede permitir conductas que no encajen, como normales, dentro de los modelos establecidos por ella. De ahí, que el lugar que ocupe una persona improductiva y problemática para el sistema social, llámese "enfermo mental", "dipsomano", "ladrón", etc., dentro de la sociedad, va a estar de-

terminado por su característica contradictoria, que neces  
ta ser aislada, como medida profiláctica, para que no oca-  
sione mayores problemas.

## II. EL SURGIMIENTO Y DESARROLLO DE LA INSTITUCION PSIQUIATRICA.

Es un hecho que lo conocido actualmente como "enfermedad mental", constituye un fenómeno que se ha presentado desde que la sociedad humana adquiere sus primeras formas. Lo que ha variado, ha sido la denominación del fenómeno, así como las medidas para tratarlo, pues definitivamente no es lo mismo hablar de "locura" en la Antigüedad que en la Edad Media o en el Renacimiento. O bien en la actualidad.

Así podemos afirmar que el Manicomio o Institución Psiquiátrica tradicional que conocemos hoy día, es producto de las necesidades específicas del Modo de Producción Capitalista, y por tanto, corresponde a este período de desarrollo histórico, la ubicación de su surgimiento.

Ahora bien, para entender mejor a esta Institución que nos ocupa en la presente Tesis, es necesario dejar bien -

claro el hecho que enunciamos, y para ello describiremos - brevemente sus antecedentes en cuanto a la concepción de - la locura y su tratamiento, y expondremos las condiciones - históricas que rodean su surgimiento, pasando por último a hablar del desarrollo de la Institución.

#### A) ANTECEDENTES DE LA CLINICA.

Para este inciso, nos basaremos principalmente en - el libro de Rosen (1), que nos describe ampliamente, el lu - gar que las diferentes culturas y épocas han reservado a - los "locos".

Para empezar, se afirma que la creencia de que las - enfermedades mentales eran causadas por una fuerza sobrena - tural, o bien por la ira de Dios, que de esta forma casti - gaba el pecado, se encontraba muy difundida en la Antigue - dad. Concretamente en Israel, todas aquellas personas que - osaban desobedecer los mandatos divinos y violar sus órde - nes, eran amenazados con castigos horribles, entre los que se podía encontrar la amenaza de la locura. En este senti - do, es interesante observar que el Deuteronomio que data - del siglo VII A de C., pero que se basa en la tradición an

(1) ROSEN, G. Locura y Sociedad. Sociología Histórica de - la Enfermedad Mental. Ed. Alianza Madrid, España. 1974.

terior, contiene la siguiente advertencia de parte de Moisés hacia su pueblo: "Si no obedeces la voz de Yavpe, tu Dios guardando todos sus mandamientos y todas sus leyes... Yavé te herirá de locura, de ceguera y de delirio..." (Deuteronomio 28: 15 28). Lo mismo encontramos en el profeta Zacarías que vivió en el siglo VI A. de C y que dice: "Aquel día, dice Yavé, heriré de terror a los caballos y de locura a los jinetes..." (Zacarías, 12: 4), refiriéndose al castigo de Dios hacia los atacantes de Jerusalén.

Rosen nos pone el ejemplo de Saúl, que de acuerdo a la Biblia y a otros textos, estaba "loco", y al que se recomendó la música como terapéutica. Esto es curioso, pues a pesar de que sin duda había una gran tradición musical, el hecho de usarla para "curar" no se explica por aquéllo. Lo que le dijeron a Saúl fué: "Busca un hombre hábil en el arte de teñir la lira, y cuando el mal espíritu de Dios esté sobre tí, que la toque y curarás...". Es decir que a través de la música se desharía de la locura.

En general, la creencia en espíritus malignos que se introducían en las personas, se encontraba bastante extendida en casi todo el mundo, y precisamente a partir de la intromisión de este tipo de fuerzas, se han explicado con frecuencia las conductas anormales de diversos géneros.

En las literaturas de Egipto, Babilonia, y Asiria, se pueden encontrar una serie de ejemplos de esta creencia, que por otro lado también estaba muy difundida en el área mediterránea del Próximo Oriente.

En Israel, podemos ver que su religión popular incluía también la creencia en la posesión por espíritus malignos o extraños, aunque en el Antiguo Testamento, sólo quedan indicios de dicha religión. Como se sabe esa primera parte de la Biblia se escribió en hebreo y el Nuevo Testamento, en Griego.

Es en este sentido que se puede entender mejor el uso terapéutico de la música vocal e instrumental. El tratamiento de una dolencia causada por espíritus intrusos es bastante simple, ya que se trata de suprimir o apaciguar la causa, y para ello se pueden usar varios medios, entre los que se encuentra el poder mágico de la música, utilizado desde la antigüedad hasta el presente, por los curanderos primitivos o los chamanes modernos.

Así tenemos que "cuando el mal espíritu de Dios se apoderaba de Saúl, David cogía el arpa, la tocaba y Saúl se calmaba y se ponía mejor, el espíritu malo se alejaba de él....." (I Samuel 18: 10-11).

Por otro lado, en base a un estudio etimológico, se puede observar que "locura" en hebreo significaba también "comportarse como profeta". En general, parece que entre los antiguos israelitas, la manifestación de una conducta impulsiva, desordenada e irracional, constituía un criterio objetivo para definir la locura. Y parece, ésta era la base para calificar también a los profetas, ya que hacían cosas extrañas y actuaban de un modo peculiar que producía a algunos, respeto y miedo y a otros, desprecio.

Aquí, es interesante observar, cómo existían fronteras que marcaban dentro de los israelitas, las conductas excéntricas que se aceptaban socialmente (las de los profetas), y por otro lado, el límite de lo que se consideraba psicopatológico, aunque por supuesto en esa época no se hablara de ello en dichos términos.

En general, en la antigüedad se consideraba a la locura como un asunto privado, y los locos no violentos andaban sueltos, vagando por las calles de la ciudad y las carreteras, e incluso, eran muchas veces perseguidos por los niños y los vagabundos que se burlaban de ellos. Esta costumbre era practicada por los miembros de las "clases bajas", ya que quienes pertenecían a casas acomodadas o nobles, eran confiados al cuidado de un servidor personal o se reclusían en el hogar. Todo esto sucedía siempre que -

el loco no constituyera un peligro de agresión para el resto de la comunidad.

Si existía peligro de que el "loco" se lastimara así mismo o atacara a alguna otra persona, se le mantenía siempre en la casa, donde era controlado.

Por lo que se refiere a la cultura grecorromana, encontramos que en ella había básicamente dos explicaciones para el origen de la locura, por un lado la popular, que lo atribuía a causas sobrenaturales o a la intervención divina y por el otro lado, la médica que hablaba de efectos naturales que alteraban la actividad psíquica.

La medicina griega rechazó toda explicación sobrenatural del desorden mental, para estudiarlo en términos --- esencialmente fisiológicos, siendo ésta, una actitud que se mantuvo desde Hipócrates hasta Galeno y sus sucesores. La locura era considerada como una enfermedad, o un síntoma de enfermedad, que había sido originado de igual manera -- que las dolencias tipo corporal. Esta opinión encontraba su base en la teoría que explicaba no sólo la enfermedad mental sino la enfermedad en general: la teoría humoral.

De acuerdo a esta idea, el cuerpo humano se compo--

nía de cuatro humores: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra, producidos por procesos fisiológicos en varias partes del cuerpo. Además, a cada humor correspondía una cualidad básica: calor, frío, sequedad y humedad. La enfermedad tenía lugar, cuando algún factor externo o interno, propiciaba un exceso de aquellas cualidades básicas, que al actuar sobre los órganos producían efectos perjudiciales. En esta forma, la locura, que era la enfermedad de la mente, se producía por el exceso de uno de los humores. La llamada melancolía y algunas otras formas de enfermedad mental, por ejemplo, eran producto de la abundancia de la bilis negra bajo ciertas condiciones.

Por otro lado, y como ya habíamos mencionado, el pensamiento popular achacaba la anomalía mental a la acción de alguna fuerza sobrenatural o de un ser que entraba en el cuerpo, o que producía su efecto desde afuera. Esta consideración de la locura como posesión o como consecuencia de cualquier otro poder sobrenatural, no constituye un fenómeno de tipo aislado, sino por el contrario es un ejemplo de la creencia bastante generalizada entre los pueblos primitivos, de que muchas de las enfermedades y alteraciones que el hombre padece son obra de agentes que sobrepasan el límite de las fuerzas naturales.

Ahora bien, si la locura se entendía como la posesión por parte de un ser divino, no era raro observar que el "loco" fuera asociado con el mundo sobrenatural, y que por tanto, inspirara el respeto propio de lo misterioso e inexplicable. Debido a este lazo con lo esotérico, el "loco" era situado en un lugar aparte con respecto a los demás hombres, y en ese sentido, el individuo llegaba incluso a ser considerado como superior a las personas vulgares porque en circunstancias adecuadas podía desplegar poderes extraordinarios que incluían el don de la profecía.

De hecho podíamos encontrar esta actitud aún en la Grecia de Platón, que pensaba en una especie de "locura -- inspirada", cuando observaba en el Timeo, que nadie logra conseguir la inspiración ni la verdad profética cuando se encuentra en su sano juicio, siendo la adivinación únicamente posible, durante la inconsciencia del sueño o cuando la mente está afectada por alguna enfermedad o posesión. En el Fedro de Sócrates, se encontrará una exposición más característica y positiva de esta asociación entre locura e inspiración, al afirmarse las ventajas de la locura divina, la cual es dividida en cuatro tipos: profética, mística, poética y erótica. Ese estado supuestamente más sensitivo sigue identificándose popularmente con la inspiración!.

Regresando a Platón, este distingue dos clases de locura, por un lado la que resulta de diversas enfermedades de los hombres y por otro, la que se debe a una ruptura divina de las normas consagradas a la conducta social.

A Sócrates lo condenan por violar normas referentes a la corrupción de jóvenes, no obstante que la moral pagana era muy diferente a la de las religiones monoteístas -- posteriores.

Por otro lado, y a pesar de que los locos eran considerados como "tocados" por la divinidad, eran personas a las que había que evitar, ello debido a que el contacto -- con lo sagrado, al igual que el contacto con la impureza, debía ser evitado por peligroso. En la Grecia del siglo -- V, A.de C., la locura se tomaba como consecuencia de una maldición divina, y por lo tanto, el loco era impuro y se le tomaba como de mal agüero, así, el cruzarse con un lunático lo exponía a uno al poder maligno que residía en esa persona. Para defenderse de este mal o contagio se celebraban ritos de exorcismo y hasta escupir se utilizaba con este fin. Esta práctica era común entre los romanos y Plinio comenta que en los casos de epilepsia al escupir se evita el contagio.

Otro medio de evitar contacto con los locos, era -- arrojarles terrones o piedras para ahuyentarlos, método que también usaron en Roma.

Hacia el siglo V, A. de C., a pesar de que el miedo y el respeto influían aún en la actitud hacia los locos, - ya se había manifestado otro tipo de opiniones. Sócrates - sugirió esta situación con su comentario "de que los hom--- bres de antaño no consideraban la locura como una vergüenza ni como una desgracia", lo cual implica que ya en su -- tiempo, la gente sí pensaba que era vergonzosa y que des-- honraba.

La actitud con respecto al enfermo mental, reflejaba ni más ni menos estas ideas, ya que nadie intentaba --- ocultar a los dementes o a los retrasados mentales de la - vista pública, por lo que constituían una parte visible de la experiencia cotidiana. En general, la reacción de la comunidad ante estos individuos, estaba compuesta de una mezcla de miedo y deprecio, con un toque de compasión. De tal forma que, el miedo a la locura, se mantenía por un lado - como consecuencia de las antiguas ideas, y por otro, por - la creencia de una posible violencia por parte del perturbado.

Es decir, que en Grecia y Roma, los locos se encontraban en gran medida privados de una posición socialmente aceptable, y constituían el blanco de las bromas del populacho que los ridiculizaba y maltrataba.

En general, entre los antiguos griegos y romanos, el loco era definido como tal, a partir de su orientación con respecto al concepto de realidad aceptado, del estilo y coherencia de su conducta; y de las consecuencias de ésta para él mismo y para los que lo rodeaban. Y dentro de sus leyes, lo tenían en cuenta principalmente en relación con una protección de la propiedad, y para asegurar que no dañara a los demás, en este sentido es interesante citar el pasaje de "Las Leyes" de Platón.

"Si la enfermedad, la vejez, el mal carácter o todas estas causas reunidas hacen que un hombre desvaríe hasta la extravagancia, de manera que ello pase inadvertido a todos -- los que no vivan con él, y arruina su casa, porque sigue siendo el dueño de sus bienes, mientras que el hijo no sabe qué hacer y no se decide a acusarlo de demencia, he aquí lo que la ley prescribe en su caso. El hijo irá a encontrar a los más ancianos de los guardianes de las leyes, y les expondrá la triste desgracia de su padre. Estos, después de un maduro examen le dirán si debe o no intentar la acusación. En caso afirmativo, ellos mismos le harán de testigos y abogados en la causa una vez condenado el padre no tendrá ya el derecho de disponer de la mínima parte de sus bienes pero permanecerá en la casa tratado como a un niño el -

resto de sus días....." (2).

Nos parece que ésto es importante, porque se empieza a ver un tratamiento dentro de las leyes civiles, para las personas que se encuentran afectadas mentalmente, y por -- tanto, no son capaces de cuidar adecuadamente su propiedad es decir que el interés en este sentido, es lo que ya de-- cíamos antes, proteger la propiedad privada y no al enfermo. Y quizás estos sean los orígenes de las posteriores -- concepciones de la locura que le niegan todos los derechos civiles a los dementes.

Por lo que se refiere a los esclavos porque no hay-- que olvidar que en la época a la que nos estamos refirien-- do, el modo de producción era de tipo esclavista, aquellos que enloquecían no recibían ningún tipo de protección por-- parte de sus dueños, ya que ni el Estado ni la Ley se sen-- tían obligados con respecto al enfermo mental, y las veces que se invocaba la norma legal, era para protegerse contra la demencia. En general un esclavo que perdía el juicio -- era echado a la calle, donde vagabundeaba y era apedreado.

Podemos encontrar algunas semejanzas entre las le--

---

(2) PLATON. Las Leyes XI 929 D-E, pág. 1487.

yes griegas y las romanas, en lo que se refiere al tratamiento del enfermo mental. En caso de locura, los romanos nombraban a un "curator" que se hacía cargo de la propiedad del alienado o "furiosus", esto ya se disponía en el más antiguo Código Romano: La Ley de las Doce Tablas, que data del siglo V, A. de C..

En esa época no existía un procedimiento a través del cual se pudiera declarar de manera oficial que una persona era demente. En general las declaraciones de locura procedían de la familia o del clan (gens) y según parece, los jurisconsultos nunca discutían cuándo se podía considerar demente a una persona, pues este punto se tomaba como una cuestión de hecho que no necesitaba ser regulada por la ley.

Esta situación encontraba en parte su origen y finalidad, en el hecho de que la Ley de las Doce Tablas, era esencialmente una codificación de las costumbres vigentes, en un cuerpo legal, que reflejaba el carácter eminentemente agrícola de la comunidad romana, la cual, según parece, al principio se hizo cargo de todos sus miembros que eran incapaces de actuar legalmente ocupándose de su tutela.

Posteriormente, cuando la tutela del clan desapare-

ció, el individuo que había estado sujeto a dicha custodia pasó a depender de un "agnates" que ejercía control sobre su persona y propiedad. En caso de que no hubiera un tutor legítimo, o que éste fuera inadecuado, el pretor o el gobernador de las provincias podía intervenir para nombrarlo ya que en un principio no había la posibilidad de una deci sión testamentaria, situación que mas adelante fué aceptada. Por lo que se refería a los esclavos, no podían ser -- mantenidos estando mentalmente enfermos y si perdían la ra zón después de ser emancipados el magistrado podía nom--- brar un tutor.

Además de lo que se refiere a la propiedad, en la - Grecia y Roma antiguas los locos no podían casarse, com--- prar propiedades, ser testigos etc., es decir, que care--- cían de lo que podríamos denominar derechos civiles.

Los griegos y romanos también confiaban el cuidado- de los locos a parientes y amigos, y ya Platón hablaba de- la necesidad de mantenerlos dentro de las casas. En gene-- ral, existían dos formas de controlar a los locos, ya fue- ra manteniéndolos en casa, asignándoles un sirviente perso- nal para su custodia, siempre que la familia pudiera permi tirse el gasto que ello suponía, o bien, no sólo encerrar- los en el interior de las casas, sino atarlos o incluso co

locarlos en el cepo.

Durante la República y el Imperio, los romanos emplearon tácticas parecidas.

En resumen, podemos afirmar que dentro de las culturas griega y romana, el problema de la locura era tratado sobre la base de la costumbre, en tal forma que la familia o los amigos de las personas afectadas, eran los encargados de cuidar de ellas.

La comunidad, a través de sus instituciones públicas, tomaba algunas medidas, pero, generalmente con el objetivo de proteger a la sociedad y a las propiedades que el enfermo poseía o le habían sido determinadas.

En general, la ley griega tomaba poco en cuenta al loco, mientras que los romanos avanzaron un poco más y desarrollaron un marco legal, con instituciones como la tutela, que contribuían a crear una pauta para la evolución del derecho en relación con el enfermo mental.

Por lo que se refiere a los doctores, porque no hay que olvidar que ya en esas culturas se empezaba a dar una explicación médica al fenómeno de la locura, estos en la

mayoría de los casos, jugaban un papel pobre en el tratamiento de este tipo de trastornos como problema de la comunidad. Por otro lado no existen testimonios que comprueben que fuera necesario algún examen o diagnóstico de tipo médico, para calificar a la "dike paranoias" (como la denominaban los griegos), o la "cura furioso" (para los romanos). En general, se podía observar que los locos indigentes que se dedicaban a vagar por las calles no recibían ninguna -- atención médica y eran objeto de la burla popular. Aqué---llos que sí poseían medios económicos, podían costarse el tratamiento de un médico. Por último cabe aclarar que muchos de ellos, con o sin dinero, recurrían a tratamientos de tipo mágico y religioso, ya fuera porque iban de acuerdo a sus creencias sobre el origen del trastorno, o porque se desesperaban de no obtener resultados por otros medios. Este procedimiento se fué extendiendo en gran medida durante los últimos siglos del Imperio Romano.

Todo ésto, heredó la cultura greco-romana a la Europa medieval, y es muy importante mencionarlo, porque a -- partir de estas rudimentarias ideas, fue que se desarrolló el posterior tratamiento de la enfermedad mental.

Por lo que se refiere al período del medioevo, se -- puede afirmar que las autoridades públicas poseían única--

mente responsabilidades muy limitadas con respecto al enfermo mental el cual gozaba de libertad siempre que no causara alborotos públicos. La tutela del alienado, correspondía generalmente a sus parientes y amigos, tocándole a las autoridades comunales sólo aquellos que eran considerados demasiado peligrosos para mantenerlos en casa, o bien, quienes no tenían a nadie que se hiciera cargo de ellos. Por último, los que podían perturbar a la sociedad.

En ciertos lugares se admitía a los enfermos con trastornos graves, así como a los agitados, dentro de los hospitales generales, tales como el Hotel Dieu, en Paris. Otras instituciones poseían habitaciones separadas o un servicio especial para estos pacientes y ya en 1326 se erigió una Dolhaus (casa de locos) dentro del Georgshospital de Elbing en los dominios teutónicos. Así mismo en el archivo municipal de Hamburgo, del año 1375, se habla de una Tolkiste (celda de locos). Por lo que respecta a Erfurt el Grosse Hospital reconstruido en 1385, tenía un Tolboken (cabaña de locos) en la que se encerraba a los alienados.

También podemos encontrar estas instituciones en Inglaterra, donde en 1403 el Hospital de St. Mary of Bethlem de Londres, tenía entre sus nueve internados, a seis hombres enajenados. En otras partes del país los hospitales--

generales normalmente recibían a los enfermos mentales.

Aquellos locos que procedían de otras comunidades, eran generalmente devueltos a su ciudad de origen, pero antes eran encerrados en la prisión municipal. Esta práctica era propia de Alemania, pero no se limitaba a esta área.

El que generalmente se encargaba de llevar al loco a su destino era un empleado público, un carcelero o un ayudante de verdugo siendo pagados los gastos de manutención por la municipalidad, durante el arresto y el transporte.

Para tratar al enfermo mental, también se recurría al exorcismo o peregrinación a algún santuario religioso, a instancias de las autoridades seculares y eclesiásticas.

Ya durante el siglo XVI se empezaba a manifestar una tendencia a colocar a los enajenados dentro de instituciones especiales, ello, en parte debido, a las actitudes sociales de los reformadores protestantes y al nacimiento del gobierno absolutista. Sin embargo, y a pesar de las numerosas variaciones que se podían dar de acuerdo a la localidad de que se tratara el tratamiento aplicado a los enfermos mentales durante el siglo XV en Europa Oeste y Cen-

tral, se basaba en el principio de la responsabilidad limitada de la comunidad, y siempre que podían las autoridades comunales trataban de evitar lo que consideraban cargas innecesarias, actuando únicamente cuando no había parientes, o estaba comprometida la seguridad de la comunidad.

En general el concepto y tratamiento de la enfermedad mental durante los siglos XV y XVI, encontraba su origen en las ideas de la antigüedad clásica, que ya hemos -- descrito, con las modificaciones propias del cambio de vida y de ideas que se dió durante la Edad Media. Además de los dogmas teológicos y las creencias populares sobre la -- posesión demoníaca y la brujería que adquirieron especial -- preponderancia en este período.

Ahora bien, es importante mencionar que las actitudes sociales con respecto al individuo que se encuentra -- mental y emocionalmente perturbado, han ido variando de -- acuerdo a la época de que se trate, así, durante el período medieval y el Renacimiento, las manifestaciones de irracionalidad eran consideradas como elementos fundamentales -- para la estructura universal y del hombre. Los del medio -- evo, pensaban que había fuerzas imperiosas que contribuían no sólo a la rectitud y perfección del individuo, sino tam -- bién de la naturaleza. Además existían normas en ésta, que

no se debían violar, porque ello llevaría al vicio; de -- allí que al final de la Edad Media, especialmente durante el siglo XII y posteriormente, la locura fuera situada en la categoría de los vicios.

Varias personas que se han dedicado al estudio de la baja Edad Media, han hablado del sentimiento de melancolía y pesimismo por el que estuvo caracterizado este período. Existía la impresión de que había un destino que amenazaba y decidía sobre los hombres y mujeres, lo cual, era acentuado por la convicción de que se aproximaba el fin de los tiempos, y de que el último día se encontraba cercano.

Cabe aclarar, por otro lado, que este sentimiento no era totalmente injustificado pues a quienes vivieron esa época, les tocó ver cómo se desintegraba socialmente el mundo, para dar paso a un nuevo orden de cosas, pues no hay que olvidar que a este período corresponde la transición del sistema feudal a la monarquía absoluta y a la primitiva nación-estado. Así mismo la comunidad cristiana dirigida por la Iglesia Romana se desmonoraba.

Es ante este contexto que la locura vista como una revelación de la verdad religiosa pasó a ser un medio para

alcanzar el conocimiento. Es decir que la demencia constituía una fuerza primitiva de revelación ya que se ponían al descubierto los abismos de amenaza, destrucción y mal, que se encontraban al acecho bajo la ilusoria superficie de la realidad. O lo que es lo mismo que la locura desmascaraba lo insoportable de las cosas del mundo que de otra forma no podríamos ver.

Si la locura aumentaba ésto era una clara señal de que se acercaba el fin del mundo del que también era una causa, porque se debía a la insensatez humana que había desatado fuerzas negativas y de destrucción. Este tema que aborda la "locura cósmica" constituye un elemento fundamental para el desarrollo del arte y la literatura de los siglos XV y XVI.

La irracionalidad, tomando el concepto de Locura, tuvo un lugar importante durante el Renacimiento, época en la que existía escasa distinción entre las diferentes "especies de locura". Así Erasmo hablaba de imbéciles y locos sin diferenciarlos claramente e hizo decir a Estulticia -- que éstos últimos eran los más felices de todos.

En gran parte la identificación de estupidez e irracionalidad, era un reflejo del cambio de actitud respecto-

a la idea anterior de que la locura era un fenómeno cósmico que nacía del corazón de los hombres y que por tanto, era elemento integrante de las gentes y cosas. Así durante los siglos XVII y XVIII, la enfermedad mental fué desterrada de la escena social en la teoría y la práctica.

Este cambio de actitud respecto al enfermo mental que se dió durante esa época en Europa, puede ser analizado y explicado a partir de factores socioeconómicos, filosóficos y morales.

Es en esta época que se pueden ubicar las bases para el surgimiento del asilo y para entenderlo, es necesario examinarlo en relación con el avance de la institución en la cual tiene su origen: el hospital.

El hospital en el período del medioevo era esencialmente una institución eclesiástica, que no tenía como principal cometido la asistencia médica. A partir del siglo XIII, los hospitales pasaron a depender cada vez más de la jurisdicción secular, y a medida que las ciudades europeas prosperaban, y que la burguesía se hacía más poderosa, los jefes de los municipios tendían a hacerse cargo de las actividades de la Iglesia. Ello se debía en gran medida, a la necesidad de las autoridades civiles de independizarse-

de la soberanía eclesiástica, e incluso, de someter dicho poder. Esto, no quiere decir que el clero fuera eliminado, pues los monjes y monjas continuaron atendiendo a los enfermos como antes lo único que cambió, fue que las autoridades municipales pasaron a ser responsables de los hospitales, y hasta la fecha en muchos de nuestros países, hay hospitales atendidos por religiosas.

Según la perspectiva medieval, los pobres, los enfermos, y los desvalidos, podían ser considerados casi necesarios para salvar el alma de un caritativo donante, y en este sentido, era una parte necesaria de la sociedad y se ponía poco interés en mejorar su situación, sin embargo durante la baja Edad Media y especialmente después de la Reforma, este enfoque del problema, cambió de manera radical.

Así, a pesar de que las causas de la pobreza no habían cambiado mucho entre los siglos XII y XVI, las circunstancias económicas y sociales sí alteraron su significado al tiempo que intensificaron su efecto lo cual trajo como consecuencia que la ya mala situación de los pobres empeorara a comienzos del siglo XVI. El creciente desempleo, el alza de los precios, el cercado de los campos así como otros factores relacionados con éstos, desembocaron en pro

blemas de paro, vagabundeo, y mendicidad, problemas a los que tuvieron que hacer frente los gobiernos desde el siglo XVI hasta el XVIII.

Este proceso que se siguió, estuvo esencialmente influído por la Reforma, el pensamiento mercantilista y el nacimiento de la monarquía absoluta. Y a pesar de que la intervención de las autoridades civiles puede ser observada en algunos casos antes del siglo XVI la idea de que el cuidado de los pobres, incluida la ayuda médica, no correspondía a la Iglesia sino que era una responsabilidad de la comunidad, se estableció definitivamente durante el período de la Reforma.

Si antes se toleraba la presencia de la ociosidad, en este período se le criticó arduamente sobre todo, porque si esas personas dedicadas a la mendicidad hubieran -- usado su fuerza de trabajo para producir, se habría acrecentado la riqueza.

Para enfrentar este tipo de problema, se recurrió a una política de internamiento y asistencia domiciliaria, y se fomentaron las instituciones que llevaron esta política a la práctica. Había por ejemplo, asilos y correccionales en Inglaterra, Zuchthausen, en Alemania, y Hospitiaux -

Generaux, en Francia. Muchas de estas instituciones no eran nuevas, sino que se habían desarrollado a partir de servicios preexistentes para situaciones concretas que se habían presentado; pero es hasta finales del siglo XVII y XVIII que se desarrollaron plenamente.

Con el paso del tiempo, los hospitales generales reunieron las características de institución penal, asilo, taller y hospital, constituyendo su principal objetivo, castigar la inmoralidad y la conducta antisocial. Es interesante hacer notar, la analogía que existe entre este procedimiento y la forma como eran tratados los leprosos en el período medieval, cuando se les apartaba de la sociedad al desterrarlos al Hospital General.

Es decir, que se creaba un espacio vital socio-psicológico aislado, para todos aquellos individuos que se atrevían a infringir o a separarse del orden moral, establecido por su situación social, ocupación o relación familiar.

Así y volviendo a la concepción de la locura, podemos afirmar que lo que sucedió al final del siglo XII, no fue simplemente una evolución de las instituciones, sino que se dió un cambio en la percepción social de lo que era

la irracionalidad y la locura, basado en un nuevo concepto de la naturaleza humana, que correspondía a diferentes cambios de tipo económico, político y social.

Durante los siglos XVII y XVIII, lo que constituía la piedra de toque era la razón y su uso adecuado. Era ella, la que daba la pauta, y toda divergencia de dicha pauta, era irracional.

Por otro lado la teoría de la monarquía absoluta, - pregonaba que la relación entre un gobernante y sus súbditos, es la misma que se da entre padres e hijos, y por tanto, es al monarca al que corresponde velar por la seguridad y el orden de su pueblo.

Para lograrlo, había que tomar ciertas medidas con respecto a las personas consideradas como "infractoras sociales" y se incluía dentro de este amplio repertorio, a todos aquellos que habían traspasado los límites determinados por la familia, la posición social, las instituciones religiosas, el orden político, las relaciones de propiedad etc. Este tipo de personas era enviado a las "correccionales" para que, se decía, sentaran cabeza, y en esa forma, - en la Francia de finales del siglo XVII y del XVIII, los locos eran internados en los mismo establecimientos que la

gente que mostraba una conducta socialmente inaceptable, o en los términos de la época, una actitud irracional (prostitutas, ladrones, vagabundos. etc.).

En este sentido, el enfermo mental era internado -- desde una calificación social y no médica, ya que se le en cerraba no para recibir asistencia y curación, sino para - proteger a la sociedad.

Es obvio que la única conexión que existía entre es te heterogéneo grupo de transgresores sociales, era precisamente eso, el haber roto con las normas que la sociedad le marcaba, por lo que debía sujetarse a castigo, correc--- ción y encarcelamiento.

Para concluir este Inciso, es importante hacer no-- tar el proceso que siguieron los locos desde la Antigüedad hasta el siglo XVIII. A través de lo que hemos expuesto, - se puede observar que los locos deambulaban libremente por las calles (con algunas excepciones), incluso durante el - medioevo, y que es debido a una necesidad social de con--- trol, que por primera vez se les interna en forma masiva.

Es decir, que se recurre al internamiento como una- forma de encarcelamiento que castiga determinadas conduc--

tas socialmente inaceptables, y no como una posibilidad te  
rapéutica.

Este es el verdadero origen del internamiento psi--  
quiátrico y posteriormente cuando se recurre a la explica--  
ción de tipo médico, lo único que se está haciendo es encu--  
brir el aislamiento que en sí, como se sabe, al incomuni--  
car a un hombre de los demás puede ocasionar graves altera--  
ciones.

Así pues va a corresponder al desarrollo capitalis--  
ta que propicia por otro lado el surgimiento del Positivis--  
mo, el crear toda una cobertura de tipo médico que expli--  
que y justifique la necesidad real que tiene el sistema de  
segregar a todos aquellos individuos que además de ser im--  
productivos económicamente hablando, constituyen una con--  
tradicción para dicho sistema y por tanto un "problema so--  
cial".

En el siguiente inciso, trataremos de representar -  
el panorama histórico en el que puede ser ubicado este cam--  
bio de conceptualización y de trato del enfermo mental.

B) CONDICIONES ECONOMICAS POLITICAS Y SOCIALES QUE-  
RODEAN EL SURGIMIENTO DEL ASILO.

Podemos ubicar el surgimiento del asilo, a fines -- del siglo XVIII y principios del XIX, por lo que para en-- tender el proceso que determinó su nacimiento, sería impor-- tante revisar la historia de esa época, sobre todo en el - Continente Europeo, que es donde tiene lugar el proceso -- que nos interesa.

Como es bien sabido es precisamente en el siglo --- XVIII (en 1789, para ser más exactos), que tiene lugar uno de los acontecimientos que marcó un violento cambio del -- sistema monárquico hasta entonces imperante. Es en esta fe-- cha que estalla la Revolución Francesa y con ello, se des-- ploma violentamente el Antiguo Régimen que da paso al po-- der de la burguesía.

Ha sido tan grande su influencia tanto en Europa co-- mo en el resto del mundo, que para poder comprender mejor-- el siglo XIX, caracterizado por el orden político, así co-- mo por el desarrollo de la democracia y de las nacionalida-- des, se hace necesario exponer, aunque sea en forma breve, sus orígenes y desarrollo.

La primera cuestión a este respecto sería el preguntarse por qué si la Revolución Francesa es el acontecimiento a través del cual la burguesía logra imponer su poder, estalla precisamente en Francia y no en alguno de los otros países europeos que empezaban a industrializarse.

Esto se explica en parte, si tomamos en cuenta que la Revolución Industrial que se desarrolló en Inglaterra, y que trajo como consecuencia el advenimiento del capitalismo y del maquinismo, no condujo al país a la insurrección, debido a que la burguesía que se estaba beneficiando con esa revolución, contaba ya con el poder, que se repartía tanto con la aristocracia como con el rey, desde hacía más de un siglo. Es decir que no encontraba ningún obstáculo en la Corona para la libertad de movimiento que necesitaba.

En Francia, por el contrario la burguesía había ido adquiriendo cada vez un mayor poder, en parte debido a que el comercio exterior se había cuatruplicado a raíz de la muerte del Luis XIV, pero a este poder se oponía la centralización monárquica, la cual al ser tan grande facilitaba un movimiento general, que los escritos filosóficos y sobre todo los fisiócratas, propiciaban al atizar el descontento popular. Sin embargo, la causa principal que podemos

encontrar para que la revolución estallara en Francia, fué la resistencia feudal que a través del siglo XVIII, se había ido incrementando.

No se trata aquí de citar en detalle todos los factores que propiciaron la Revolución Francesa, pensamos que es suficiente con enunciarlos, como lo hicimos, en una forma muy general, sin embargo en el aspecto del desarrollo filosófico que se da en esta época, es importante ahondar un poco más, pues es a partir de cómo se va modificando lo -- que el hombre va descubriendo sobre sí mismo que se va desarrollando el concepto de locura y su tratamiento.

Sin que pretendamos rehacer aquí la historia del -- pensamiento francés durante aquel siglo, se debe aclarar -- el significado de lo que denominamos "filosofía" o ideas -- filosóficas; con ellas queremos englobar al movimiento que se dió dentro del pensamiento que fué desarrollado y se -- precisó a partir de la muerte de Luis XIV, y cuya finalidad era la Revolución.

Este movimiento consistió en substituir dentro de todos los campos, a la tradición, la autoridad y demás ideas por el concepto de razón. La razón había constituido para los clásicos del siglo XVII, un principio regulador de sín

tesis y medida, que se subordinaba a la fé y a la inspiración. Para finales del siglo, la razón cambió de sentido, pasando a ser una facultad analítica y crítica que ponía todo en duda y se enfrentaba en forma violenta a la fé y a los misterios y fue entonces que se transformó en racionalismo.

El carácter que distinguía a esta filosofía era el individualismo racionalista, el naturalismo radical y la proclamación de la independencia absoluta de la criatura.

Es decir, que el espíritu del siglo al romper con la tradición se fundó en la preponderancia de la razón, lo cual dió origen a que la ciencia social que los escritores políticos trataron de crear, pretendía que la moral fuera una moral social.

El principio que conmovió profundamente al siglo XVIII fué la guerra declarada al cristianismo a partir del Renacimiento y que constituyó dentro del orden del pensamiento, la diferencia fundamental entre la Edad Media y los "Tiempos Modernos".

Con el hundimiento del Medioevo perdió fuerza el mundo cristiano y el hombre que creía estar descubriendo

lo "humano", empezó a cambiar todos los valores, para construírse un mundo que le fuera digno. De acuerdo a la lógi- ca, el renacimiento del ideal pagano debió haber conducido a Europa a un naturalismo radical sin embargo la población era todavía profundamente cristiana, y la Iglesia se reco- bró por lo que tuvo lugar el renacimiento de un humanismo- cristiano.

El clasicismo francés que se dió durante el siglo - XVII, era en cierta forma una reacción católica, monarquí- ca y racionalista contra la revolución humanitaria europea y este manantial naturalista y racionalista se convirtió - en el siglo XVIII, en la corriente Volteriana y Enciclope- dista. La escolástica medieval se presentaba entonces como el final de un circuito intelectual que había durado tres- siglos.

Es decir que lo que caracterizó la lucha en el te-- rreno de las ideas a partir de la Revolución, fué el cho-- que de dos concepciones del mundo: por un lado la idea opti- mista revolucionaria, basada en el naturalismo y el racio- nalismo, con todos sus dogmas sobre la bondad del hombre - y del progreso indefinido, y por otro el pesimismo de los- cristianos que consideraban al hombre producto del pecado- original.

En general, las ideas del siglo XVIII son numerosas y contradictorias, ya que la época misma, sufría una contradicción interna entre las dos ideas con las cuales se trataba de revelar el orden antiguo, y seguidamente de reconstruir el nuevo orden: razón y naturaleza.

Sin embargo, se pueden resumir en tres los principios de la revolución intelectual, que estaban en la base de todas esas reformas: en primer lugar, tendríamos la idea de la excelencia humana es decir la convicción de que el hombre es un ser profundamente bueno y razonable, o sea un optimismo humanitario, al que se oponía el dogma cristiano del pecado original. Estaba también la creencia en el derecho a la felicidad en la vida presente y por último la de un progreso indefinido.

A partir de estas premisas los filósofos llegaron a la conclusión de que el mundo era completamente intelegible, es decir, que algún día todo acabaría siendo conocido porque no existen límites para el conocimiento, y de que a partir de esa comprensión, el hombre sería libre.

A grandes rasgos, estas son las ideas que se encuentran en la base de la Revolución Francesa, la cual no describiremos en detalle, baste recordar lo que ya mencioná-

banos, que es a partir de ella que se da el ascenso de la burguesía al poder.

Después de asumido el poder la burguesía francesa - tuvo una serie de conflictos internos que condujeron a sendas guerras civiles y cambios gubernamentales. Así tenemos que al aplastar al jacobinismo primero y a los realistas -- posteriormente, la burguesía republicana puso, después de la caída de Robespierre, los cimientos de un gobierno moderado.

Posteriormente, la República dictatorial, constituyó un ensayo de estabilización que fracasó caracterizado - por la anarquía y la miseria en el interior, y por el poderío en el exterior. Después vino la "republicanización" de Europa, y el gobierno vivía de expedientes y sobre todo de la guerra de conquista que alimentaba tanto al país como a los ejércitos.

Esta época se caracterizó por un cansancio del pueblo incluso de las victorias obtenidas, y por el abandono de la intensa fé republicana.

La acaudalada burguesía se encontraba cansada de -- tantos problemas políticos, y era hostil no sólo al jacobini

nismo, sino también hacia el realismo que le hacía temer una posible devolución de los bienes nacionales.

Así cuando Bonaparte, después de una brillante campaña, regresó a Francia, encontró a una opinión pública -- que deseaba a un pacificador, que terminara con el desorden interior y la incertidumbre exterior, situación que -- aprovechó para organizar un vasto complot entre los miembros del Directorio, el cual culminó el 18 y 19 Brumario, año VII (1799), con el derrocamiento del Directorio por parte del ejército.

La Revolución había terminado así, consolidada en sus principios por los hombres de Termidor y de Brumario, en provecho de un poder personal conservador de conquistas civiles y sociales, aprovechándose del cansancio general.

Durante el tiempo que duró su mandato (como Primer-Cónsul, Cónsul Vitalicio y Emperador), Napoleón depuró la magistratura y la administración e hizo de la burguesía, más que en ninguna otra época, la base sobre la cual se apoyaba todo el cuerpo social. Es por ella y para ella que gobernó, y sus políticas como la de evitar que los campesinos retornaran al feudalismo, encontraban su origen en ese interés de clase.

El código Civil tan importante en esta etapa salió del cambio revolucionario, así como la instrucción pública de los "lycéés" o la creación de la Legión de Honor, fueron muestras palpables de la preocupación bonapartista por unificar los espíritus de las clases media e ilustrada que constituían el armazón del régimen.

Por lo que se refiere al área económica, Napoleón utilizaba las ideas de Colbert y por lo tanto quería reglamentar la producción y los cambios, así como, conseguir más dinero extranjero, a través de exportaciones o conquistas.

Para 1814, el Imperio Napoleónico se encontraba hundido, y dejaba a Europa en un caos tremendo, ya que después de tantas guerras y conquistas, Francia recobró las mismas fronteras que tenía en 1792. Así, muchos de los territorios de que fue "desposeída", o sobre los cuales había establecido su influencia durante los últimos veinticinco años, tuvieron que enfrentar una situación incierta, puesto que por muchas razones era bastante difícil de establecer en ellos, el mismo statu quo de antes de 1789.

Debido a ello, los Aliados decidieron realizar la reunión de Viena que estaría constituida por un Congreso -

General, en el que participarían los mismos soberanos o -- sus Ministros Exteriores. Este Congreso, tenía como objetivo llevar a cabo una gran reorganización europea, distri--- buir entre los vencedores aquel gran conjunto de territo-- rios de acuerdo con exigencias de la política de equili--- brio y procurar la estabilidad regular del nuevo estatuto- internacional de Europa.

Además de la Revolución Francesa y el posterior pe- ríodo de Restauración en Europa, durante el siglo XVIII y más concretamente a fines de éste en Inglaterra se dió también la ascensión al poder de la burguesía a través de una Revolución, que a pesar de no ser totalmente armada, por - tratarse más bien de una Revolución Industrial, tuvo gran- des consecuencias para el desarrollo europeo y mundial.

Lo que se conoce con el término de "Revolución Industrial", fue una serie de cambios profundos que trajeron -- como consecuencia la transformación de la Gran Bretaña --- agrícola y ganadera del medioevo, continuada bajo los ---- Stuardos, en un país industrial, que llegó a ser la prime- ra potencia del mundo en este ramo, por más de un siglo.

La transformación de la que hablamos, no se limita- ba exclusivamente a la industria, e incluso dentro de la -

misma, no fue posible, sino por la coincidencia de circun-  
tancias muy complejas, es decir, por una serie de transfor-  
maciones concomitantes que en un momento dado la favorecieron  
y permitieron.

Todos los descubrimientos teóricos y prácticos, y -  
el espíritu de empresa propios de la época, no pudieron --  
dar frutos hasta que tuvo lugar una evolución social que -  
agrupó la propiedad en un menor número de manos y substituyó  
el cultivo del suelo con la ganadería, poniendo en esta  
forma a disposición de la industria, introducida ya en la-  
era del maquinismo a una masa de brazos convertidos en inútiles.

Este proceso, es lo que Marx denomina la acumula---  
ción originaria, que en Inglaterra se produjo en forma clási-  
ca. En este país la clase obrera fue creada principalmente  
a través de una expropiación violenta de la tierra a --  
los pequeños campesinos y por el licenciamiento de los e--  
jercitos feudales, lo que trajo como consecuencia que fue-  
ra lanzada al mercado de fuerza de trabajo, una gran masa-  
de proletarios libres y desposeídos de medios de produc---  
ción y de vida.

Esta expropiación violenta de los pequeños campesi-

nos sirvió para ampliar en forma considerable el mercado-interno, pues convirtió a éstos en vendedores de su fuerza de trabajo y por consiguiente en compradores de medios de vida y además los factores de producción que antes eran generados en gran medida por los pequeños productores pasaron a ser elementos del capital y por lo tanto mercantlas.

Ahora bien la acumulación de dinero necesaria para que este proceso que desembocó en el cambio del modo de producción feudal al capitalista tuviera lugar, surgió básicamente de las ganancias que obtenían los capitalistas comerciales y usureros de la Edad Media; de la explotación y saqueo de las colonias, del comercio, de esclavos, de la deuda pública, etc.

En resumen podemos afirmar que la estructura económica burguesa se creó en sus orígenes históricos, de la estructura económica feudal. Los productores directos pudieron disponer libremente de su persona y estuvieron en la obligación y capacidad para vender su fuerza de trabajo sólo cuando dejaron de ser esclavos o siervos o fueron desposeídos de sus propios medios de producción en el caso de los pequeños productores mercantiles.

Así, la conversión de productor directo en obrero - asalariado significó por un lado, su liberación de la esclavitud o de la servidumbre feudal, pero por otro, también colaboró a desvincular y dissociar de él los medios de producción de vida de las garantías de subsistencia -- que aunque de manera precaria ofrecían las instituciones feudales y la pequeña propiedad mercantil.

En general este era el panorama histórico que presentaba Europa a fines del siglo XVIII y principios del XIX, época en la que se da nacimiento a lo que denominamos el "asilo". Como se podrá observar, dicho panorama se caracterizó por guerras y enfrentamientos constantes así como por la ascensión de la burguesía al poder y por la búsqueda de un equilibrio que restableciera el orden perdido.

Es decir, nos hallamos frente al surgimiento de un nuevo Modo de Producción: el Capitalista, que por un lado necesitaba terminar, después de un período de intensas luchas y sumamente agitado, con todos los elementos que por intentar contra el orden, pudieran perjudicar el buen funcionamiento del sistema. Y por el otro nos encontramos -- también, frente a un sistema que requería de hombres productivos que permitieran acrecentar las ganancias.

Así pues, es lógico que ante este estado de cosas surgiera la necesidad de controlar a todos aquellos, que por una u otra causa no se pudieran integrar al proceso social como "productores de bienes y servicios", y que -- por tanto, ocasionaban una molestia al sistema imperante.

Si a ésto agregamos el desarrollo científico y filosófico que condujo al desarrollo del Positivismo, comprenderemos mejor la ubicación como "enfermo" que se hace del loco hasta entonces considerado como una persona que carecía de razón; así mismo entenderemos la necesidad que se dió de internarlo en un lugar para enfermos: el hospital, que debido a las características peligrosas que se -- atribuían a dichos enfermos debería poseer también una estructura de tipo carcelario.

### C) EVOLUCION DE LA INSTITUCION PSIQUIATRICA.

Como hemos venido afirmando, el surgimiento y desarrollo de la Institución Psiquiátrica como tal, coincide con el surgimiento y desarrollo del capitalismo, que como modo de producción, necesita a los hombres que puedan vender su fuerza de trabajo al mismo tiempo que marginan a quienes no lo hacen.

En este contexto, se debe entender el cambio con -- respecto a la opinión en el siglo XVII de que la locura -- constituya esencialmente la pérdida de la verdad racional, y un error que debía ser rectificado a través de medidas disciplinarias, ya que, esta idea entrañaba una forma de tiranía, que privaba al individuo de un derecho muy importante para el desarrollo capitalista: la libertad.

De ahí que la ley del 26 de marzo de 1790, que suprimía las lettres de cachet y revocaba las ordres arbitraires, así como la ley del 18 de agosto de 1792, que disolvía las congregaciones y órdenes, llevaron a la desaparición de las instituciones correccionales, con lo que la mayoría de los internados fueron puesto en libertad.

Es dentro de este orden de cosas, que se hacía necesaria la ubicación del "loco" o "alienado", como un enfermo "pues no se le podía seguir considerando como al resto de los desviados", que se controlaban a través de los centros correccionales.

Por lo que se refiere a Inglaterra, su legislación tendía cada vez más, en el curso de la segunda mitad del siglo XVIII, a favorecer la iniciativa privada dentro de la asistencia; debido a ello, se organizaban especies de --

grupos de seguridad, y se favorecía a las asociaciones -- de socorro. Respecto a los cuáqueros, éstos habían desempeñado dicha labor desde hacía más de un siglo, debido a razones económicas y políticas de ahí que en 1793 se aprobara una ley para el "fenomeno y sostén de las sociedades - amistosas", que constitufan asociaciones cuyo modelo tomaron a menudo los cuáqueros, los cuales a traves de colectas y donaciones, reunían dinero para aquellos de sus miembros que lo necesitaran.

Los miembros de estas asociaciones eran dispensados por la misma ley, de lo que se conocía como "removal" y -- que impedía a una parroquia hacerse cargo de un indigente - de un enfermo pobre, que no fuera originario del lugar, - teniendo además órdenes de mandarlo a su parroquia de origen.

A grandes rasgos, éste podría ser el cuadro jurídico que rodeó el surgimiento de la institución denominada - "Retiro".

Por otro lado, los cuáqueros siempre se habían preocupado por asistir a los insensatos, y desde que se iniciaron como grupo, habían tratado con las casas de internamiento, pues generalmente se les consideraba blasfemos y -

se les encerraba.

En 1791, una mujer de la secta fue internada en un "establecimiento para insensatos" cerca de la ciudad de - York, y después de algunas semanas, durante las cuales no se le permitió a nadie visitarla, la mujer murió. Este incidente, motivo a Samuel Tuke a pensar en la posibilidad de construir una institución de este tipo, manejada por la secta y esta idea cristalizó en 1796 con el Retiro de --- York, el cual, según nos dice Foucault en su "Historia de la Locura en la Epoca Clásica", puede ser inscrito en la gran reorganización legal de la asistencia de fines del si glo XVIII, que trae como consecuencia una serie de medidas a través de las cuales el Estado burgués inventa de acuerdo a sus necesidades la beneficencia privada.

Por lo que se refiere a Francia, las condiciones de "liberación de los encadenados de Bicêtre", fue de otra na turaleza. La ley de 1790 había previsto la creación de una serie de hospitales, que se destinarían a los insensatos, sin embargo para 1793 no existía ninguno de ellos. Bicêtre había pasado a ser "casa de los pobres", y se encontraban allí, como antes de la Revolución los indigentes, condenados, ancianos, y locos además de los enviados por la Revolución.

Independientemente de la confusa mezcla que componía la población de Bicêtre, éste constituía el principal centro de hospitalización para los insensatos y había adquirido una función médica, que se hizo visible con el nombramiento de Pinel (ampliamente conocido como experto en las "enfermedades del espíritu") para las enfermerías de Bicêtre lo que prueba que la presencia de los locos había pasado ya a ser un problema de tipo médico. Lo que Pinel hizo fue quitarles las cadenas a los alienados en las mazmorras.

Según Foucault, tanto las acciones de Pinel como las de Tuke han sido mitificadas, ya que en realidad "ocultan todo un movimiento discursivo que vale a la vez como descripción de la alineación y como análisis de su expresión:

- 1° En la relación inhumana y animal que imponía el internamiento clásico, la locura enunciaba su verdad moral.
- 2° Esta verdad, desde que se la deja, libre de aparecer se revela como una relación humana en toda su idealidad virtuosa: heroísmo, fidelidad, sacrificio, etc.

3° Ahora bien, la locura es vicio, violencia como lo demuestra demasiado bien la rabia de los revolucionarios.

4° La liberación en el internamiento en la medida en que es reedificación de una sociedad por el tema de la conformidad a los tipos, no puede dejar de curar...(3).

Así lo que en realidad hizo Tuke fué crear un asilo donde el terror, libre de la locura, fué sustituido por la angustia y el miedo en lugar de reinar fuera de las puertas de la prisión, actuaba bajo las capas de la conciencia presionada. Es aquí donde va a nacer el Vigilante con autoridad, que en ese momento quizá únicamente contaba, como poder coercitivo, con su presencia, pero que con el desarrollo de la Institución Psiquiátrica, va adquiriendo una serie de instrumentos que aumentan su poder.

En Francia, el asilo de la época positivista, fundado por Pinel, no constituyó un dominio libre a la observación del diagnóstico y la terapéutica, sino que más bien era un espacio de tipo judicial, en el que se acusaba, lle

(3) FOUCAULT M. Historia de la locura en la época clásica-Ed. Fondo de Cultura Económica Breviario 191 México D.F. - 1976.

vaba a juicio y condena, y no se liberaba más que a través del arrepentimiento.

Ahora bien, lo mas importante tanto del Retiro de - York, como de Pinel en Bicetre y Salpetriere, es la ubicación de la locura como enfermedad mental, que trae por consecuencia la adquisición de un gran poder del médico.

Hasta ese momento se encontraban en el asilo las estructuras mismas del confinamiento, pero separadas y deformadas sin embargo al surgir el médico como personaje dentro del cuadro que estamos observando, desaparece el sentido más anticuado del confinamiento, y la enfermedad mental con las significaciones que en la actualidad le atribuimos. Si antes el médico no tenía parte alguna en la vida del confinamiento a partir del momento que hemos citado, se convierte en la figura esencial del asilo.

De esta forma, la medicina del espíritu adquiere por primera vez en la historia de la medicina occidental, una autonomía casi completa ya que desde los griegos, no era sino un capítulo de la misma y en el momento descrito pasa a convertirse en uno de los pilares sobre los que se basa el hospital psiquiátrico actual.

Es decir, a partir de las estructuras cradas por Tu-  
ke y Pinel la Institución Psiquiátrica empieza a desarro-  
llarse como tal y a adquirir las características que hoy -  
en día le conocemos y que en el siguiente capítulo descri-  
biremos más detalladamente.

Así pues podemos afirmar que a fines del siglo XVII  
y durante el XVIII el Estado se vió ante la necesidad de -  
"controlar" a una serie de personas que a pesar de no ser-  
directamente clasificadas como delincuentes constituían u-  
na amenaza a la tranquilidad social y a la estabilidad del  
orden establecido. Dichas personas se consideraban como --  
"anormales" debido a sus características especiales y desde  
un principio el objetivo con respecto a ellas fué proteger  
al Estado con un sistema de control colectivo y represivo-  
que sólo en una segunda instancia trataba de ofrecerles al  
gunas formas de asistencia caritativa individual o de tra-  
tamiento.

La asistencia, fue concebida principalmente como --  
concentración y reclusión en lugares aislados, y como tute  
la a un nivel de supervivencia de todos aquellos indivi---  
duos que no podían vivir más que de esa manera que defini-  
tivamente atentaba contra el orden y la tranquilidad so---  
cial. En esta forma la asistencia psiquiátrica quedó desde

un principio ligada a cierto grado de represión.

Los hospicios de internamiento que después se convirtieron parcialmente en hospitales, las casas de asistencia para pobres y abandonados, los institutos para inválidos y para viejos las cárceles, la prisión para deudores y vagabundos, los leprosarios y los manicomios, recibieron durante los siglos XVII y XVIII a una gran infinidad de personas que ingresaban en una u otra de estas instituciones debido al azar y a criterios variables de acuerdo a los períodos históricos y al ambiente de cada lugar.

El desarrollo de la Revolución Industrial, trajo como consecuencia la formación de nuevos estratos marginados, e introdujo necesidades con respecto a la organización y racionalización social de los "desviados". Es decir que el desarrollo del sistema manicomial, que se da en la segunda mitad del siglo XVIII y en la primera del XIX, se debió en gran medida, a exigencias de orden político-sociales, aunque también fué resultado de la tarea de separar al culpable, de acuerdo a los criterios de humanidad, razón y derecho imperantes en la época.

III. ANALISIS ESTRUCTURAL DE LA  
INSTITUCION PSIQUIATRICA

A) DEFINICION DE INSTITUCION TOTAL.

A pesar de que todas las instituciones que componen nuestra sociedad, tienden a absorber parte del tiempo y del interés de sus miembros, es en las que se denominan Instituciones Totales, en donde la tendencia abosrbente o totalizadora se hace más evidente.

Dicha tendencia, se encuentra simbolizada por todos aquellos obstáculos, que de alguna manera, se están oponiendo a la interacción social de sus miembros con el exterior, así como al éxodo de éstos. Dichos obstáculos, generalmente encuentran su forma material en las puertas cerradas, los alambres de púas, los muros de gran altitud, los barrotes de las ventanas, etc.

Por otro lado, si observamos la sociedad moderna, nos daremos cuenta que existe un ordenamiento social básic-

co, en el que los individuos tienden a dormir, trabajar y utilizar su tiempo libre, en diferentes lugares, con diversos coparticipantes y bajo autoridades distintas. En las Instituciones Totales, por el contrario, la característica principal podría ser descrita, como una ruptura de las barreras que normalmente separan estos tres ámbitos de la vida, y que da como resultado, que todos los niveles de la cotidianidad de sus miembros, se desarrollen en el mismo lugar, bajo igual autoridad única y en compañía de un gran número de otros miembros, que son requeridos a hacer juntos las cosas.

Otro aspecto importante de las Instituciones Totales, es que la actividad que realizan diariamente los internos, está estrictamente programada desde arriba, de tal manera que una actividad conduce en un momento dado a la siguiente, logrando su imposición a través de un sistema de normas y de un cuerpo de trabajadores encargados de ver que dicho sistema sea respetado. En este sentido, las diversas actividades obligatorias, son integradas en un solo plan racional, concebido por la Institución de acuerdo a sus "objetivos propios".

Queremos recalcar que cuando nos referimos a los "objetivos propios" de la Institución, disociamos éstos de los objetivos de los miembros de la Institución, pues esta

mos convencidos que los primeros difieren de los segundos.

Este aserto, se basa en un análisis de la Institución Psiquiátrica, que nos demuestra, que este tipo de hospitales, tiene como función principal, la de vigilar y controlar a todas aquellas personas que por padecer algún problema mental, se encuentran fuera del proceso productivo social y que en un momento dado pueden ser consideradas peligrosas para el resto de los elementos que hacen trabajar dicho proceso.

Así pues, si lo que los diferentes tipos de Instituciones Psiquiátricas persiguen, no es tanto la reincorporación del paciente a la sociedad, sino más bien a su aislamiento de ésta, es obvio que los intereses y objetivos de la Institución se van a acercar más a los de la sociedad que segrega que a los miembros excluidos de la misma.

Es por ello, que no podemos identificar los intereses y necesidades inherentes a una Institución, que tiene como objetivo defender a los miembros que sí se encuentran integrados a la sociedad, de aquéllos que rompen con las normas que ésta marca, con los intereses de los que precisamente son considerados como los agresores. Y esta idea, puede generalizarse a otro tipo de Instituciones Totales, como la cárcel, los reformatorios juveniles, los interna-

dos, etc.

Volviendo al tema que nos ocupa en este Inciso, que es el esclarecimiento del concepto de Institución Total, - podemos decir que uno de los elementos claves que constituyen este tipo de Instituciones, es el que muchas de las necesidades humanas, se manejan mediante la organización burocrática de conglomerados humanos.

En este sentido, y a reserva de una mejor clasificación de todos aquellos que integran el hospital psiquiátrico, que más adelante se hará en el Inciso que trata sobre la estructura general del Manicomio, podemos hablar de dos grupos de personas, como componentes de las Instituciones-Totales.

En primer lugar, estarían los internos, los cuales constituyen la mayoría y viven dentro de la Institución, - teniendo un limitado contacto con el mundo que se encuentra más allá de sus cuatro paredes. Este grupo, es manejado por un personal que generalmente se limita a cumplir su jornada de trabajo, y que se encuentra socialmente integrado al mundo exterior.

La relación que existe entre el personal y los in-ternos, es de dominación, en la que los segundos, son ex-

cluidos de todas las decisiones que se toman sobre ellos.

Hasta aquí, nos hemos limitado a enunciar una serie de características que conforman lo que se denomina una -- "Institución Total", sin embargo, no hemos tratado de formular una definición de la misma. Pensamos que es el momento para condensar lo que se ha dicho, con el fin de darle -- una definición más concreta al concepto que nos ocupa.

Así pues, entenderemos por "Institución Total", -- aquel espacio territorial, habitado en forma permanente, -- por un gran número de individuos en situación más o menos parecida, que se encuentran aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, y que comparten en su encierro una rutina diaria, planeada y administrada formalmente de manera jerárquica, por un personal que existe expresamente para ello.

Ahora bien, si hemos tratado de aclarar el concepto de Institución Total, es porque la Institución Psiquiátrica, tema de nuestra Tesis, cumple todos los requisitos necesarios para ser considerada como tal.

Además de la Institución Psiquiátrica, en nuestra -- sociedad coexisten otros tipos de Institución Total, los cuales no consideramos necesario analizar aquí, para el de

sarrollo de nuestro tema. Es conveniente, sin embargo, men  
cionarlos aunque sea en forma breve.

Según E. Goffman (4) podríamos dividir las Institu-  
ciones Totales que componen nuestra sociedad en cinco gran-  
des grupos. En primer lugar estarían aquellas que tienen -  
como función, el cuidado de todas las personas que además-  
de ser inofensivas, no cuentan con la capacidad necesaria-  
para valerse por sí mismas, y que por tanto, dependen de -  
los demás para seguir viviendo; en este grupo, se encuen-  
tran los hogares para inválidos, ancianos, huérfanos, indi-  
gentes, etc.

El segundo grupo estaría constituido por las Insti-  
tuciones que se encargan de quienes son incapaces de cui-  
darse por sí mismos, pero que a diferencia de los que se -  
encuentran en el primer grupo, son considerados como amena-  
za involuntaria para la comunidad. Aquí están los hospita-  
les de enfermos infecciosos, las clínicas psiquiátricas y  
los leprosarios.

Un tercer tipo de Instituciones Totales, sería el -  
que es organizado para proteger a la sociedad contra quie-

(4) GOFFMAN E. Internados. Ed. Amorrortu. Argentina 1972, -  
pp. 17-19.

nes intencionalmente pueden ponerla en peligro, y dentro - de este tipo se encuentran las cárceles, los campos de concentración, etc.

El cuarto grupo, está constituido por las Institu-- ciones destinadas al mejor cumplimiento de una tarea de carácter laboral; a este grupo corresponden escuelas de in-- ternos, cuarteles, etc.

Por último, tenemos las Instituciones que sirven -- para formar a diferentes tipos de religiosos y que son las siguientes: abadías, monasterios, conventos y otros claus-- tros.

A partir de la clasificación que propone Goffman, - podemos concluir que a excepción de los dos últimos grupos, los cuales pueden ser considerados como formativos, los -- otros están compuestos por Instituciones que se encargan - de aquellas personas que por diferentes causas, son estériles para la sociedad, al no querer o no poder integrarse - al proceso productivo.

Ahora bien, cabe aclarar que no todos aquéllos que se encuentran fuera del proceso productivo, se convierten en un obstáculo para su reproducción. En realidad, a este nivel tenemos únicamente tres tipos de marginados: los en-

fermos contagiosos, los criminales y los locos. Esto nos parece importante, ya que la Institución Total dedicada al control de los "locos", combina elementos de las Instituciones Totales que se encargan de los enfermos y de los criminales, es decir, de las cárceles y de los hospitales. Esta idea, quedará más clara en el siguiente Inciso de este capítulo, ya que allí expondremos en forma detallada, las características de la Institución Psiquiátrica.

#### B) ESTRUCTURA GENERAL Y FUNCIONES DEL MANICOMIO.

En la actualidad, la Institución Psiquiátrica sigue siendo básica y fundamentalmente lo que se conoce como "manicomio", que es el modelo típico de la estructura de internamiento psiquiátrico.

Ya se ha visto la relación que existe entre las necesidades estatales de control y represión con respecto a ciertos aspectos de las clases sociales subalternas, y el surgimiento del manicomio.

Por tanto, el manicomio puede ser llamado "hospital psiquiátrico", siendo en realidad los dos términos sinónimos, pues aunque trate de aparentarse lo contrario, esta Institución constituye sólo secundariamente un organismo con fines terapéuticos.

Ahora bien, podemos afirmar que el manicomio en - - nuestros días, responde a funciones de diferentes niveles. Su primera función es la que se refiere al orden público-- dependiendo su organización interna de ella. Por otro lado, va a ser también esta función social, la que determine las relaciones que la Institución maniente de manera formal e informal con la policía, la cárcel, los tribunales, y en - general con todos los organismos administrativos encarga-- dos del orden público.

En segundo lugar, tiene lazos estructurales con una serie de organismos entre los que destacan los centros de asistencia social, los de higiene mental, etc., que podrían ser denominados los canales de internamiento, y que son -- los que mantienen al manicomio como un centro de poder - - coactivo.

En tercer lugar, el manicomio es también una empresa, una fuente de trabajo y de lucro, un centro de poder-- económico. Cuando se considera cualquier institución no -- productora de bienes, como es el caso del manicomio, es fá cil creer que esta institución existe, se desarrolla y fun ciona exclusivamente para una serie de finalidades técni-- cas, que pueden ser resumidas genéricamente, bajo el nom-- bre de producción de servicios. Sin embargo, las cosas no-

son tan simples y el servicio de custodia, represión, reeducación y tratamiento, producido por el manicomio, es en realidad el subproducto de un organismo disfuncional, que tiende sobre todo a desarrollarse como empresa y a servir a intereses mercantiles.

Por otro lado, es el poder político el que instituye el manicomio y le pide que exista como tal, exigiéndole a la dirección del mismo, la garantía de que la Institución funciona sin ocasionar problemas a la colectividad, y que es bien aceptada por la opinión pública.

En los organismos de este tipo, la cohesión, la fuerza y en general la "vida cotidiana", funcionan de manera un tanto autónoma: la Institución existe por sí misma, se autoalimenta y está estructurada a todos los niveles en una serie de hábitos, roles y circuitos de poder sumamente fuertes, tendiendo los mismos a oponerse a cualquier intrusión, o intento de cambio contra métodos tradicionales.

Esto se debe, a que allí convergen circunstancias de diversos tipos: intereses políticos, porque no hay que olvidar que una Institución de este tipo es una fuente de trabajo importante, un centro de poder de la comunidad local y un campo de maniobras económicas; intereses financieros ligados a la renta, ya que las instituciones manicomia

les administran actualmente presupuestos ingentes, además de estar algunas veces implicadas en especulaciones inmobiliarias; intereses económicos ligados al beneficio, en especial al industrial (piénsese en los fármacos, cuyo consumo anual y por tanto sus ingresos, crecen en una forma vertiginosa); y en menor medida el área de la construcción, de los alimentos, y de todos los servicios que requiere para seguir funcionando, así como los encargos de trabajo de los internados; intereses individuales y corporativos, sobre todo de los médicos, pues el manicomio desarrolla entre otras cosas, una función de tipo didáctico y de carrera; intereses ligados a la seguridad de empleo de todo el personal subordinado: que generalmente depende de aquél para vivir, y que va de los centenares de enfermeros y cuidadores hasta los empleados administrativos y de intendencia.

En base a ello, se puede afirmar que el número de personas que identifican a la Institución con su provecho individual, y que por tanto al defenderla protegen su estabilidad e inmovilidad, es muy grande.

Los dependientes subordinados, y en especial los enfermeros, no pueden ser integrados plenamente a la clase obrera, pues en realidad constituyen un "estrato", esencialmente pequeño burgués, que en general busca la seguri-

dad del puesto de trabajo, además de una serie de beneficios marginales.

Según nos dice Jervis (1) después de haber participado en la vida de los enfermos subalternos de los hospitales psiquiátricos, queda la impresión de que las supuestas finalidades de custodia y terapéuticas, que justifican la existencia de dichas Instituciones, son secundarias o simplemente inexistentes.

Incluso afirma, que algunas veces tiene la impresión de que los mismos internados no existen, o son únicamente fragmentos de la Institución, de los cuales no vale la pena hablar, ya que, perpetuamente entran, salen, se intercambian, formando un impersonal tíovivo sin fin.

Por otro lado, una gran parte de los aspectos aparentemente teóricos del manicomio, que van del número de personal administrativo y asistencial a la organización interna, al uso y abuso de los fármacos, al número de bajas de los pacientes crónicos, etc., tiene como origen los intereses políticos y corporativos y la gestión burocrática que tanto el personal como la Institución hacen de sí mismos.

---

(1) JERVIS, G. Manual Crítico de Psiquiatría. Ed.: Anagrama. Barcelona, 1979.

En base a lo que Goffman dice en su libro Internados (2), podemos concluir que la estructura interna de los manicomios revela un mundo complejo, gobernado por leyes no escritas y no evidentes, y en donde la estructura del poder, la división de los roles, el sistema de premios y sanciones a través de los cuales los internos se insertan en su propia función y son desanimados de abandonarla, también constituyen un todo complicado.

En el interior del manicomio existe una ficción médica y hospitalaria, que es la que rige. Así, se tiende a presentar al manicomio como un "hospital especializado", para hacerlo parecer más eficiente y humano, justificando su alto nivel de poder.

Cuando el paciente ingresa, es acogido por personas con bata blanca que lo someten a ritos de expoliación y sumisión, bajo el aval de pseudorazonamientos de "orden técnico". Algunas veces, incluso el portero del manicomio viste bata blanca, a pesar de que ello carezca de toda justificación higiénica, pues en realidad es simplemente un uniforme, que sirve para recordar que quien encierra lo hace en nombre de la ciencia.

---

(2) GOFFMAN E. Op. cit. p.

El tratamiento que se le reserva al paciente, sobre todo cuando es internado como "forzoso", en una de las secciones cerradas es un itinerario de despersonalización, de degradación activa, de anulación de su integridad psicológica y muchas veces de pura violencia física.

En el libro ya citado de Goffman, éste describe perfectamente lo que él denomina "la carrera moral" del enfermo en la Institución, término que se refiere a la secuencia regular de cambios que tiene lugar en el individuo internado, a partir del momento en el que ingresa al manicomio, entre ellos, destaca la importancia de la sustracción de la ropa y los objetos físicos, como un símbolo de la sustracción de la propia identidad social y de la inserción en un mundo sustancialmente afín al carcelario, que es gobernado por una compleja y férrea pirámide de poder.

Si consideramos que quien ingresa en el manicomio se encuentra generalmente poseído por fuerte angustia, y que la Institución lo agrede desde el inicio, nos daremos cuenta de que el manicomio, de manera mucho más incisiva que la cárcel, es el mecanismo de destrucción de una identidad ya poco segura, así como la anulación definitiva del respeto por sí mismo.

A ésto, contribuye en gran medida, la mistificación

que existe acerca de las funciones terapéuticas. Quien va -- a dar a la cárcel, a un asilo para ancianos, a un hospital, a un cuartel o a un internado, se encuentra prisionero de una Institución que manifiesta en forma no demasiado ambigua, sus propios fines, sin embargo, en el manicomio la ambigüedad es radical y no queda claro al interesado, por -- qué motivo preciso su destino se liga a dicha Institución -- y no a la cárcel, el hospital o su propio domicilio. En realidad, se encuentra frente a una Institución que en el fondo es sobre todo una cárcel, un lugar de depósito, pero todo ello barnizado bajo el aspecto de hospital.

Probablemente, alguien haya intentado antes del internamiento, ofrecer al paciente una racionalización de tipo médico, en caso contrario, ésta será dada en el momento del ingreso, al iniciarse el ritual médico del examen de orina, de reflejos, la temperatura, de la ficha clasificatoria en general. Posteriormente, será guardar cama durante la visita del doctor, la vigilancia permanente "en caso de que se encuentre un poco angustiado", o se sienta mal, -- y los casi inmediatos tratamientos farmacológicos.

Otro momento en el que la ficción médica se hace -- evidente, es cuando el paciente sale del manicomio. Muchas veces las características sociales que motivaron su internamiento, siguen presentes e incluso, la familia expresa --

cierta perplejidad frente al regreso, pero esto no es toma do en cuenta, porque a criterio del doctor, el "enfermo" - está "tranquilo", ha entendido que debe decir que ya no -- tiene las ideas de antes, ha pasado un buen período de - - tiempo durante el cual, recibió un ciclo de electroshock, - o de psicofármacos, y además hacen falta camas. Así, la baja es impuesta por un acto de autoridad médica, práctica-- mente semejante al del internamiento.

La base de la psiquiatría manicomial, y el por qué-- algunas veces alarma, se encuentra en la inversión de cau-- sas y efectos que lleva a cabo.

Es decir, que el internado en el manicomio mantiene cierto comportamiento, en gran medida ocasionado por los - tratamientos que está recibiendo, así como por el tipo de-- relaciones interpersonales a que está sometido, sin embar-- go, la ficción médica permite suponer que el comportamien-- to del internado constituye un hecho autónomo, debido a su "enfermedad", y que dicho comportamiento, justifica los -- tratamientos y las relaciones interpersonales que lleva.

Creemos importante insistir en la necesidad de com-- prender que el comportamiento de cualquier persona, ya sea que esté o no mentalmente alterada, no puede ser entendido

correctamente, a menos que se deje de considerar de manera independiente respecto al tipo de relaciones humanas que esa persona ha mantenido en el pasado, y mantiene en ese preciso momento.

Por otro lado, también hay que admitir que en la sociedad exterior, existen mecanismos psicológicos interpersonales de inducción de comportamientos, que pueden ser juzgados como anómalos, pero en el interior del manicomio se vuelven más activos y violentos, dejando al paciente con menos posibilidades de defenderse de ellos.

De lo que Goffman plantea, podemos concluir que por lo que se refiere al internado en el manicomio, y especialmente al internado crónico, la estructura de vida a la que se le obliga, constituye una estructura de comportamiento-institucional, que está compuesta de sumisión, agresividad, regresión y refugio en esquemas psicológicos empobrecidos y en comportamientos rígidos e inarticulados.

En general, la Institución Manicomial tiende a introducir a los pacientes en moldes preconcebidos, teniendo generalmente dos modelos diferentes y bastante precisos -- dentro de los que se intenta uniformar el comportamiento de los internos. El primer modelo está constituido por una persona de carácter silencioso, activa y colaboradora, que

ayuda y trabaja sin hacer preguntas y sin hablar de sus -- problemas, el segundo caso es el de paciente con tenden--- cias infantiles y pasivas al que se debe ayudar en todo momento, incluso a defenderse de sí mismo.

Jervis describe al manicomio de la siguiente manera:

"El manicomio es un universo custodiador burocrático y pseudocientífico, en el cual el poder del médico es absoluto y carente de -- versificaciones y el objetivo general de la gestión del enfermo es la disciplina y la -- tranquilidad . . . ." (3).

En realidad, la vida cotidiana de la Institución si gue una pirámide sumamente rígida, que se refiere tanto a los enfermeros, como a los mismos pacientes, entre los que siempre hay un preciso e informal orden jerárquico.

En este sentido podemos realizar el análisis de cuatro diferentes niveles:

- 1o. Nivel de repartición de los espacios.
- 2o. Nivel de repartición de las competencias.
- 3o. Niveles de poder.
- 4o. Nivel de técnicas de control y represión.

---

(3) JERVIS. G. Manual Crítico de Psiquiatría. Ed. Anagrama. Barcelona, España, 1979.

En primer lugar, hablaremos de la "repartición de los espacios", pues consideramos que incluso a este nivel que podría no ser tomado muy en cuenta, existe una división de orden jerárquico.

En general, la mayoría de los hospitales psiquiátricos son construídos en forma aislada con respecto al desarrollo urbano, y no los encontramos dentro del conjunto de instituciones de Seguridad Social encargado de la atención de los problemas de salud.

Todo ello aunado a la arquitectura de los mismos, que contribuye a apartarlos de la sociedad aún más, a través de altos muros, barrotes en las ventanas, etc. Esto se debe a lo que ya mencionábamos en otra parte de esta Tesis y que se refiere al deseo de los miembros de la comunidad de apartar lo más posible de la misma, a aquellos individuos que por representar una contradicción social, no sólo no son aceptados, sino que se pretende negar su existencia para lo cual lo más sencillo es aislarlos.

En general, podemos encontrar la misma estructura arquitectónica en todos los Hospitales Psiquiátricos, los cuales, como ya decíamos antes, se encuentran aislados y en su exterior están rodeados por muros, barrotes, etc.

Así, separando el mundo de lo "sano" del mundo del "enfermo", tenemos la entrada que conduce en primer lugar al pabellón dedicado a las personas que de acuerdo a sus características "patológicas" y según el criterio médico, podrán salir en un futuro tal vez no demasiado lejano. - - Posteriormente encontramos los pabellones de largo plazo, y por último están los destinados a quienes tienen treinta y hasta cincuenta años de hospitalización, y en donde ya no se usan "técnicas curativas" sino únicamente medidas de contención que eviten que estos "locos incurables" den problemas.

De esta distribución, podemos concluir que la división del hospital en pabellones de diferentes plazos, significa que de acuerdo a la mayor o menor posibilidad de salir, o lo que es lo mismo, a la mayor o menor posesión de características patológicas, algunos internados se encontrarán en una situación privilegiada con respecto a los -- demás.

En conclusión, podemos afirmar que la misma estructura del hospital psiquiátrico, introduce grandes diferencias entre los pacientes e impide su socialización, propiciando un aislamiento múltiple. De allí, que no sea casual que en la última sección, en el lugar más apartado con respecto al mundo exterior, se encuentren los enfermos que se

gún el criterio médico no tienen la más mínima posibilidad de reintegrarse algún día a la sociedad.

Por lo que se refiere a la repartición de competencias y de poderes, podemos decir que los segundos dependen de los primeros, ya que normalmente a quien posee una competencia superior le corresponde un mayor nivel de poder. Y cabe aclarar que este nivel de poder al que nos referimos, no es algo meramente teórico, ya que puede palparse cuando un psiquiatra entra a algún pabellón y los enfermos dejan lo que hacían para acercarse a él, viéndolo generalmente como un líder, cuyo grado de humanización dependerá en cada caso, de vocaciones y de la sensibilidad del médico.

Ahora bien, es fácilmente observable que esta repartición de competencias de la que hablamos, sigue un modelo de tipo jerárquico o piramidal, que en su parte más alta ubica al director, el cual es el encargado de mantener el vínculo entre el hospital y el mundo exterior, así como de responder ante el poder estatal y judicial por el buen funcionamiento de la Institución, lo cual en realidad se va a reducir a cumplir un mandato.

En este aspecto cabría hacerse la pregunta de qué se entiende por buen funcionamiento, pues resulta paradójico

co que los suicidios u homicidios que ocurren en el interior, pueden no ser investigados y de cualquier forma se da por hecho que constituyen parte de la manera violenta de vida del interior de los manicomios. ¿Qué es pues lo que en realidad debe garantizar el director?, nosotros responderíamos que la función del control social de la Institución, es por ello que lo que sucede en el interior de la misma, no es tan importante para quien otorgó el cargo ejecutivo, como una probable huída de los internos, lo cual sí puede afectar a la sociedad y desde luego el prestigio de la seguridad de la Institución.

Dentro de esta pirámide de la que hablamos, el siguiente nivel corresponde a los médicos psiquiatras que son los que poseen el poder técnico y constituyen el sector al que corresponde tomar las decisiones sobre los pacientes.

Dependiendo del grado de avance técnico y de nombradía del hospital, podemos encontrar, también, una división dentro del nivel de los psiquiatras.

Después de éstos, se encuentran los enfermeros, que son los que están en contacto directo con los enfermos y los que de acuerdo a las instrucciones de los doctores se encargan del tratamiento.

Dependiendo de la categoría del hospital, existirán trabajadores intermedios como psicólogos, trabajadoras sociales, etc., los cuales, a pesar de encontrarse por encima de los enfermeros, no poseen el poder técnico de los médicos, sobre el que se basa la Institución, y por tanto, no llegan al nivel de éstos.

Así pues, es una estructura piramidal la que va a definir el área de competencia del personal técnico que labora en un hospital psiquiátrico, y es importante dejarlo claro, porque de allí se desprende la falta de socialización del conocimiento, que implica que los trabajadores no intervengan en las decisiones, que afectan tanto a los internos, como al funcionamiento del hospital.

Por último, si deseamos hablar de las técnicas de control y de represión, hay que dejar aclarado, que la Institución Psiquiátrica se funda en el concepto de vigilancia. Ahora bien, las técnicas de control de la conducta son: de contención, tratamiento fármaco, aislamiento en pequeños cuartos, psicobiologías, terapias de Shock, etc.

Dichas medidas, quizá sean más efectivas como parte de la sugestión, que no debe ser olvidada como elemento clave, en la relación psicológica del paciente y del médico, ya que su efectividad terapéutica está todavía sujeta

a discusión.

Lo que pretendemos decir, es que de acuerdo a los valores normativos que son los que rigen este tipo de Instituciones, la amenaza de tratamientos temidos es más eficaz que su aplicación, pues el miedo de recibirlos, previene una acción contraria a lo deseado por la Institución.

En este sentido, las técnicas de las que hablamos constituyen una sanción, una regla, un límite de tipo normativo y una amenaza teórico-práctica, que va a controlar la conducta de los internos, obligándolos a actuar de acuerdo a los patrones de conducta considerados como normales. De allí, que afirmemos que las técnicas apuntan a reforzar la idea de que el hospital psiquiátrico es una Institución que está cerca de la violencia, y que tiene como objetivo fundamental, controlar a los enfermos mentales, que a pesar de no poseer ningún virus, son tratados como si pudieran contagiar a quienes se encuentran "sanos de la mente".

Para concluir el análisis sobre los diferentes niveles de un hospital psiquiátrico, podemos afirmar que existe una división jerárquica de los espacios de la Institución, y que al distribuir los mismos hay una diferencia bien definida entre los pacientes.

Así mismo, podemos encontrar este orden jerárquico - en la división de competencias y de poderes, lo cual no ha - ce sino reproducir una división de clases que se da en la - sociedad exterior.

Por último, también podemos concluir que a través - de una serie de técnicas de contención de la conducta, el - enfermo se encuentra controlado en el interior del manico - mio.

Tenemos así, que los instrumentos que se utilizan - para lograr una mayor disciplina, se han ido perfeccionando - con respecto a los que se usaban hace algunos años, pasan - do además a constituir algo científico. Estos instrumen - tos o técnicas serán usados de acuerdo a la sección en la - que se encuentre el interno, pues como ya vimos, también - en este aspecto hay jerarquías.<sup>4</sup>

En general, lo más utilizado en la actualidad son - los psicofármacos y en especial los neurolepticos, que - - ofrecen varias ventajas, ya que son sedantes que provocan - control de aquellos comportamientos que más problemas oca - sionan a la Institución, y que en fuertes dosis incluso - - llegan a disminuir y bloquear la movilidad voluntaria. A - pesar de que este tipo de medicamentos puede producir a la - larga daños hepáticos, cardíacos y renales, constituye un -

instrumento menos cruel que las inyecciones de azufre coloidal que se aplicaban como castigo doloroso e inmovilizador, ya que producían una fiebre bastante alta, o bien, -- que los electroshock que privan de la memoria reciente al enfermo, aparte de la conmoción que le causa y del daño físico que también pueden originar en el cerebro, de tal forma que una persona que fue internada por padecer trastornos mentales y que no tenía ninguna lesión cerebral, a partir de este tipo de tratamientos puede adquirirlas.

Por lo que se refiere a los psicofármacos, podemos observar que su utilización generalizada en dosis muy fuertes, tiene una utilidad terapéutica limitada, muchas veces dudosa y algunas veces inexistente, y que sirven más a la Institución que al enfermo, ya que dan la posibilidad de reducir la vigilancia, las violencias directas y las contenciones, aunque muchas veces constituyen una camisa de fuerza farmacológica que también destruye al enfermo, pero que, insistimos, a pesar de ello, son mejores que la violencia manicomial tradicionalmente aplicada.

Es lógico que después de cierto tiempo en un ambiente como el aquí descrito, la persona más "sana", mentalmente hablando, podrá pasar a engrosar las filas de los que -- por claridad en el uso común del lenguaje, hemos llamado -- "locos". Ya anteriormente habíamos hablado de que el inter

no presenta una conducta "institucional" que está determinada por todo lo que constituye el "manicomio". Ahondaremos un poco más en este tema y trataremos lo que se denomina "psicosis institucional".

Como ya afirmábamos, después de un período de años, que algunas veces pueden ser de meses, el internamiento -- dentro de un hospital psiquiátrico, provoca invariablemente un tipo de comportamiento que es característico, y que se conoce como psicosis institucional, neurosis institucional o regresión institucional. Podemos así, ver cómo el internado se va encerrando poco a poco en sí mismo, convirtiéndose en un ser abúlico, que busca depender de los demás, indiferente, inherte, sucio, muchas veces malhumorado, que tiene regresiones a comportamientos infantiles, que -- adopta actitudes y "tics" estereotipados, adaptándose a -- una rutina de vida limitada y pobre de la cual no desea salir, y que sufre frecuentemente crisis delirantes autoconsolativas.

El origen de este tipo de actitudes, que por otro -- lado también se encuentra en los campos bélicos de concentración, es la vida ahistórica y atemporal que llevan las secciones de los crónicos, así como lo sórdido y vacío de su cotidianeidad. De ahí que todos los enfermos crónicos --

se parezcan entre sí.

Si dichas secciones se condujeran en forma más activa, responsable y humana, ello probablemente se traduciría en la desaparición de este tipo de comportamientos institucionales, así como de los catatónicos, de los incontinen--tes, de los sucios y de los violentos.

Por último, y para terminar este Inciso, dedicado - al análisis de la estructura y funciones del manicomio, cabría aclarar que cuando se denuncia como hemos tratado de hacer la realidad que rodea a la Institución Manicomial, - se puede caer en la falsedad de considerarla como un mundo en sí mismo, que posee sus propias y arcaicas leyes.

Es importante no caer en una denuncia de tipo mora--lista y emotiva que censure al manicomio como una "aberra--ción de la sociedad civil", y no como parte de un sistema--coherente que necesita de él.

Así mismo, hay que aclarar que el concepto de "Ins--titución Total" a partir del cual definimos a la Institu--ción Psiquiátrica, debe ser entendido en su especificidad, por que si no, correríamos el riesgo de reducir el análi--sis del manicomio, a una serie de estructuras generales de relaciones interpersonales, a estereotipos sociológicos --

abstractos, etc., que nos conducirían a perder de vista la historicidad de estas estructuras, o sea su razón de ser social y política.

Es decir, que nos veríamos imposibilitados para comprender algo muy importante, la continuidad del manicomio, con lo político y con la realidad exterior de los muros de las Instituciones Totales, realidad formada por la familia, los ambulatorios médicos, los hospitales civiles, las comisarías de policía, etc., así como la especificidad psiquiátrica del manicomio con referencia a las demás Instituciones Totales de reclusión.

Así, si estudiamos al manicomio como una realidad encerrada en sí misma, no podremos comprender que la Institución Psiquiátrica tradicional, obtiene una gran parte de su poderío institucional, a partir de su característica contradictoria de constituir al mismo tiempo un producto de la sociedad exterior y un mundo cerrado que se encuentra separado de ella.

### C) EL MUNDO DEL INTERNO.

Para hablar del mundo del interno, nos basaremos fundamentalmente en la obra ya citada de Goffman, "Internados", ya que es allí donde mejor se describe la forma en-

que pasan los días los pacientes de los hospitales psiquiátricos.

Un número relativamente pequeño de pre-internados - ingresa en forma espontánea al hospital psiquiátrico, ya - sea porque lo considere útil, o por concordar con la decisión de sus familiares. Es probable que esta actitud del - enfermo, se deba a haber advertido en su comportamiento, - algo que se tomó como prueba de que estaba perdiendo la ra zón o el dominio sobre sí mismo.

Junto con este descubrimiento, se le presenta al -- nuevo interno la necesidad de ocultar a los otros, lo que - considera las verdades sobre sí mismo, las cuales, consti- tuyen una serie de comportamientos (como oír voces, perder la orientación del tiempo y del espacio o sentirse perse-- guido), que de acuerdo a los estereotipos culturales y so- ciales, se cõsideran síntomas de la pérdida del juicio.

Esto implica, la distinción radical entre lo que -- es normal y lo que no lo es: entre un mal y un bien esta-- blecidos al margen de la propia medida personal, y cuyo -- valor ha adquirido un carácter dogmático y definitivo.

La norma supone en general, un límite dentro del -- cual el hombre sabe que tiene que vivir, provocando la su-

peración de dicho límite, violentas crisis de inadaptación, debidas no tanto al estado emotivo en el que se encuentra, como a la ansiedad que le produce la conciencia de la anormalidad de su conducta, con respecto a un valor aceptado y reconocido como único y definitivo.

Al superar este límite, el hombre se siente abandonado a sí mismo, y sin los necesarios afianzamientos implícitos del grupo al que pertenece, con lo cual, se produce en él un estado de ansiedad y depresión muy fuerte.

Para quién haya llegado a considerarse, con mayor o menor justificación, como mentalmente desequilibrado, ingresar en un hospital psiquiátrico podría suponer en - - cierta medida un alivio, ya que transforma rápidamente su status social y en lugar de aparecer ante sí mismo como una persona discutible, que trata de conservar su integridad, se convierte en alguien oficialmente discutido, pero no tanto ante sus propios ojos.

Hay la experiencia contraria, del enfermo que con la hospitalización empeora, a pesar de que ésta haya sido voluntaria, pues transforma en una situación objetiva lo que hasta entonces no había considerado más que una experiencia personal.

Una vez ya dentro del hospital, el paciente que ha ingresado en forma espontánea, queda inmerso dentro de la misma rutina de experiencias de los que ingresan por la fuerza.

La entrada de los pacientes al hospital, puede darse en tres formas distintas: en primer lugar, mediante la súplica o amenaza de los familiares; en segundo, por la fuerza y por último, a través de subterfugios que lo induzcan sin que él esté totalmente consciente de lo que hace.

Según Goffman, la carrera del pre-ingresado puede ser considerada como un modelo de exclusión, ya que aparece como un hombre que cuenta con derechos y relaciones con el mundo que desaparecen en cuanto empieza su estancia hospitalaria.

Cabría añadir aquí, que en realidad el verdadero momento en el que empieza a excluirse, es cuando es definido como "enfermo". Así podemos afirmar que este proceso se mueve a diferentes niveles, generalmente interrelacionados entre sí, que son causa y al mismo tiempo efecto uno del otro: la exclusión de lo real que hace el enfermo, y la exclusión que lo real hace del mismo.

El retroceso de lo real a los ojos del paciente - -

psiquiátrico, se ve confirmado por la restricción del espacio vital que le es concedido, de tal manera, que cuando finaliza el proceso de los enfermos institucionalizados de los hospitales psiquiátricos, ya no es posible determinar hasta qué punto ha actuado "la enfermedad" en sí, o el propio internamiento.

El hecho de que el enfermo mental sea considerado fundamentalmente un excluido, puede por otro lado confirmarse, por la motivación que origina su internamiento: "peligroso para los demás y para sí mismo, y motivo de escándalo público", que es como queda generalmente definido cuando entra en el hospital, dejando evidentemente de lado, su carácter de sujeto que sufre una enfermedad y pasando a ser considerado exclusivamente como la personalización objetiva de aquello que la sociedad teme.

La historia de la mayoría de los "enfermos mentales" presenta casos de transgresión de normas propias de la vida social, ya sea en su propio ambiente familiar, en el lugar de trabajo, en una organización semipública como la iglesia o un almacén, o bien en zonas abiertas como calles o parques. Generalmente aparece, así mismo, el testimonio de un acusador, que resulta ser quien inicia el ciclo que conducirá al acusado a la hospitalización.

Desde el punto de vista social, los tipos de transgresión que conducen al internamiento, son diferentes de los que llevan a otro aspecto de marginación, como podría ser la privación de la libertad, la pérdida del trabajo, el tratamiento psiquiátrico no institucional, etc., sin embargo, los factores que determinan dichas diferencias, son muy poco conocidos, y después de estudiar los casos de internamiento, resulta muchas veces evidente que en algunos de ellos habrían podido tomarse, como solución, otro tipo de medidas.

Por otro lado, es importante hacer notar, que por cada tipo de transgresión que conduce a una denuncia, existen otras, algunas veces incluso muy similares en el aspecto psiquiátrico, que no llevan a las mismas consecuencias.

En realidad, el establecer una separación entre las transgresiones que hubieran podido justificar el internamiento, y las que verdaderamente son usadas con este fin, encontramos que lo que efectivamente determina, son una serie de situaciones externas a la "enfermedad mental" en sí, como la situación económica del interesado, la publicidad que recibió la transgresión, la proximidad o lejanía de un hospital psiquiátrico, la opinión de la comunidad sobre el tratamiento que realiza, los hospitales de que dispone y así sucesivamente.

Por otro lado, también pueden haber situaciones o--  
puestas, igualmente importantes, que permiten evitar ese -  
destino. Además, una vez adentro, y como ya mencionábamos-  
en el inciso anterior, dejar el hospital está determinado-  
por factores que no siempre tienen que ver con la "desapa-  
rición de la enfermedad".

En base a todo ello, no creemos posible que la so--  
ciedad pueda continuar considerando oficialmente que las -  
personas internadas en los hospitales psiquiátricos, se en-  
cuentran en esa situación por ser "enfermos mentales". In-  
clusive, podemos afirmar que el número de dichos "enfermos  
mentales" que viven libremente fuera de los hospitales, se  
aproxima y la mayoría de las veces supera, al número de -  
internados por lo que la conclusión lógica, es que lo que  
marca la diferencia entre unos y otros, no es el tipo de -  
enfermedad que padezcan, sino más bien una serie de facto-  
res externos a la misma.

Conforme el "enfermo mental" se va definiendo así,-  
la realidad que lo rodea se va suavizando paulatinamente,-  
y sus actos de protesta o de provocación, dejan de ser hi-  
rientes, por lo que a sus ojos, parece que hubiera perdido  
una realidad a la que antes podía asirse y así dejar cons-  
tancia de su presencia en ella.

En esta forma, desde el momento en que se ha conver-

tido en "enfermo" precisamente por su relación perturbada con lo real, pasa a ser objeto de un proceso que lo lleva a la hospitalización, así como de una serie de relaciones irreales, que confirman la separación entre él y la realidad.

Así como antes, el mundo aparecía ante él con toda una pesada problemática, a la cual no había conseguido enfrentarse, después de ser oficialmente declarado "enfermo" se siente inmerso en una realidad ligerísima, en la cual se dan soluciones inmediatas a todo, soluciones que por -- otro lado, él considera como hilos de una red que se ha -- tendido para atraparlo.

Esta transformación de la realidad, es precisamente la que marca el momento decisivo en el que el "enfermo" es definitivamente objetivado en su nuevo papel, y al presentarse como un problema frente a la realidad, ésta lo -- rechaza como tal, suavizando así todas sus contradicciones para facilitar su hospitalización.

Una vez dentro del hospital psiquiátrico, pasa a -- ser parte de un mundo que contiene una sola dimensión, en que se da por descontado, que su existencia carece de problemas, puesto que todos aquellos elementos que pudieran -- ocasionarlos, son explícitamente rechazados.

El momento del internamiento, marca el paso del papel de persona intencional, al de "persona enferma", que precisamente en cuanto tal, ha perdido su intencionalidad o ha quedado reducida a una pura "intencionalidad enferma".

Así, esta dimensión fundamental en todo comportamiento, desaparece en la medida en que deja de ser reconocida como intención de los actos de los enfermos, y pasa a ser considerada como un síntoma de "enfermedad".

En este sentido, una vez que se le ha negado la posibilidad de tener relaciones problemáticas y por lo tanto intencionales, el enfermo se encuentra dentro de un papel-objetivante que de por sí inhibe toda intencionalidad, y lo que en un principio no era sino interpretación subjetiva de su comportamiento, por parte de la Institución, se convierte en una situación objetiva y real, confirmada por la forma de actuar.

Siendo una persona recién llegada a esta clase de Instituciones, el nuevo internado se encuentra despojado de cualquier tipo de convicción, satisfacciones o defensas de las que le eran habituales, y sujeto a una serie de experiencias mortificantes, sin libertad de movimientos, más que dentro de los límites permitidos, obligado a llevar una vida en común y sometido a la autoridad de un personal

que supuestamente vela por él.

Es cuando empieza a sufrir experiencias degradantes que el nuevo interno debe aprender a manejarse de acuerdo al "sistema de salas". En la mayoría de las Instituciones Psiquiátricas públicas, dicho sistema consiste generalmente, en una serie de estructuras de vivienda graduadas, que se organizan en torno a las salas, las unidades administrativas llamadas "servicios" y diversos grados de status ambulatorios.

El "peor" de los niveles, por lo general ofrece únicamente bancos de madera para sentarse, comida más bien regular y un rincón para dormir. El nivel "mejor", puede incluir una habitación individual, el privilegio de moverse dentro del hospital y tal vez incluso de salir, relaciones no demasiado mortificantes con el personal, comida discreta y diversas posibilidades de recreo.

Así, si el interno desobedece las normas generales de la Institución, recibe un severo castigo, que podría -- traducirse en una "pérdida de privilegios"; si por el contrario obedece, se le permitirá incluso volver a disfrutar de algún pequeño placer, del que evidentemente ya gozaba - antes de ingresar al hospital.

Después de haber destinado a alguna de las salas al internado, se le explica que las restricciones y privaciones a las que va a enfrentarse, no son motivadas por el -- mantenimiento de unas normas absurdas o de criterios econó-- micos, sino que forman parte del tratamiento que él necesi-- ta recibir para curarse y únicamente será trasladado a un-- nivel superior, cuando el personal médico lo considere con-- veniente. Es decir, que la asignación a una determinada -- sala, no se presenta como un premio o un castigo, sino co-- mo expresión de las condiciones del paciente y de su grado de socialización.

Aquí conviene aclarar sin embargo, que incluso en -- el caso de que al enfermo se le presentara su adscripción-- a una determinada sala, como premio o castigo, no se mejo-- raría en absoluto el concepto de sí mismo; en realidad, -- sólo se cambiaría en apariencia la naturaleza de la coer-- ción que domina al enfermo, ya que a pesar del clima pater-- nalista, se sentiría separado de quienes pueden decidir su suerte y su asignación a una "sala peor", ya fuera por sus -- condiciones psíquicas o como castigo a una acción reproba-- ble, y seguiría pensando que se trata de un atropello mo-- ral contra él, que no dispone de armas para defenderse.

Habría que añadir también, que en caso del castigo y del premio (que forzosamente se basan en un juicio de --

carácter moral que distingue tajantemente entre lo bueno y lo malo), entraría en juego la aceptación de parte del enfermo, de la bondad tanto del premio como del castigo, - - identificándolos directamente con el juicio formulado.

El retroceso a un "peor" departamento, como expresión del grado de socialización y de las condiciones del paciente, conserva todavía un carácter agresivo contra el propio enfermo, que le permite reaccionar con igual agresividad contra las imposiciones.

Por el contrario, en el caso del premio y el castigo, entraríamos de lleno en una situación peligrosa y únicamente en apariencia más liberal, que supone una organización psiquiátrica de carácter paternalista, en la cual el enfermo podría encontrarse en un clima más profundamente - institucionalizante que el sistema coercitivo tradicional.

En realidad, podemos afirmar que con la superación de las ataduras físicas, se ha liberado al enfermo actual de su estado de sujeción por la fuerza, sin embargo, ante dicho estado, era capaz de rebelarse deliberada y personalmente mediante sus "excesos", pero con la aparente "libertad" que algunas veces se le ofrece, puede producirse un estado de sumisión todavía más enajenante, ya que se entremezcla con sentimientos de entrega y reconocimiento ha-

cia el médico, lo que crea una relación más estrecha, más irrompible y mucho más profundamente mortificante y destructiva que cualquier atadura física, en resumen, un nexo de absoluto sometimiento y total entrega a la persona que se dedica a cuidarlo.

Todo ello lleva a lo que podría ser denominado como una institucionalización benigna en apariencia, pero de malos resultados, ya que en el paciente se acumulan sentimientos confusos que pueden desembocar en efectos más negativos para su conducta.

IV. EXPERIENCIAS PSIQUIATRICASALTERNATIVAS.

Ya desde la primera mitad del siglo pasado, se había empezado a desarrollar el principio de "un tratamiento moral" a los pacientes, así como el de abrir las puertas de los manicomios. Es precisamente por esa misma época, -- que se empiezan a dar los primeros intentos de lo que se denomina "ergoterapia", es decir, reeducar el comportamiento de los internados, usando para ello la actividad física y laboral, por ejemplo en comunidades agrícolas. Posteriormente, aproximadamente por 1930, reapareció una orientación similar sobre todo en Holanda.

Por lo que se refiere al régimen de puertas abiertas, entendiéndolo éste como la posibilidad de los pacientes de un pabellón psiquiátrico de alejarse con sólo empujar la puerta, y sin necesidad de ir acompañado, también volvió a tener un gran impulso en este siglo, después de 1950, y sobre todo en Inglaterra, al grado de que según D.H. ---

Clarck, en 1968, más del 90% de los internados ingleses y galeses, gozaban de un régimen de puertas abiertas.

Como vemos, desde hace tiempo se han pensado las formas para renovar la Institución Psiquiátrica, sin embargo, es hasta mediados de este siglo, que debido a una mayor toma de conciencia de la situación imperante en este tipo de Instituciones, así como a la necesidad de más fuerza de trabajo, se realizan cambios que a pesar de no ser radicales, pueden constituir algún avance con respecto a la Institución Psiquiátrica tradicional.

Dentro de estos cambios, podemos hablar precisamente del surgimiento de las estructuras psiquiátricas alternativas, que es el tema que a continuación desarrollaremos.

#### A) LA COMUNIDAD TERAPEUTICA.

Ya en el siglo pasado, un valiente psiquiatra inglés, ayudado por treinta enfermeros, abrió las puertas y eliminaba las contenciones en un Hospital Psiquiátrico de quinientos enfermos. En ese momento, iniciaba en forma intuitiva lo que más de cien años después sería llamado por el inglés Maxwell Jones, "Comunidad Terapéutica".

De esa época hasta la fecha, ha surgido la práctica

psicoanalítica, se han descubierto fármacos que permiten - transformar el aspecto del enfermo mental, etc., y sin embargo, dentro del medio psiquiátrico, sigue existiendo un - escepticismo e inercia que no se explican.

La Comunidad Terapéutica se presenta, no como un con - glomerado de enfermos, sino precisamente como una comuni - dad que se encuentra organizada de tal manera, que el movi - miento de las dinámicas interpersonales entre los grupos - es permitido, presentando las características de cualquier otra comunidad de hombres libres.

Ahora bien, por lo que se refiere a la "terapeuti - cidad", no todas las comunidades son terapéuticas; en los - cuarteles, por ejemplo, los internados son hombres libres, que a pesar de ello, se deben sujetar a las reglas de la - comunidad a la que pertenecen, tales reglas encuentran su - origen en la necesidad de una eficiencia que permita la - buena marcha organizativa. Dicha eficiencia, generalmente se obtiene mediante el acoso a sus miembros, mientras se - encuentren dentro de la organización.

Sin embargo, una comunidad terapéutica no podría ba - sarse en estos presupuestos, ya que si tomase, como lo hi - zo la Institución Psiquiátrica tradicional, la mortifica - ción individual del enfermo, escudándose para ello en la e

ficiencia institucional, en el orden o en la seguridad general, caería dentro del clima que pretende destruir.

Por lo tanto, de donde este tipo de comunidades debe partir, es de las exigencias del enfermo, a través de las cuales, tendría que intentar adaptar a su alrededor, el espacio vital que se necesita para extender y desarrollar el potencial terapéutico que cada uno de los miembros de la comunidad emana hacia los otros.

Tanto el enfermo, como el médico, el enfermero, el personal administrativo y todo aquel que se encuentra dentro de la Institución, están obligados con este cometido. Es decir, que todo se orienta hacia el objetivo de crear un clima, en el que sea posible acercarse recíprocamente en una comunicación humana, que al ser espontánea, inmediata y recíproca, se convierte en terapéutica.

El desarrollo de la Comunidad Terapéutica llevado a cabo por Maxwell Jones en 1952, parece la solución más obvia para un tipo de "enfermo" que tiene dificultades y obstáculos individuales y con los demás. Pero esta medida que aparentemente es tan obvia al enunciarla, se presenta mucho más difícil en su aplicación práctica, ya que significa abrir las puertas del hospital psiquiátrico, que hasta ese momento se mantenían cerradas en un mundo que al impe-

dir cualquier expresión y exigencia personal, no presentaba contradicciones, al mundo de la dialéctica, de la oposición y del acuerdo obtenido, no por la fuerza, sino a través del convencimiento.

A partir de estas ideas, fácilmente podría sacarse una falsa imagen de la Comunidad Terapéutica como de un mundo ideal en el que todos son buenos, donde las relaciones se caracterizan por el humanitarismo y el trabajo es altamente gratificador. En fin, una imagen parecida a la realidad mistificada que nos presenta la televisión, donde todos somos invitados a participar en una vida sin contradicciones y por tanto irreal.

La Comunidad Terapéutica debe, por el contrario, ser precisamente la negación de este mundo ideal, ya que todos los miembros que la componen (enfermos, enfermeros, médicos, etc.), se encuentran unidos en un compromiso, en el que las contradicciones de la realidad representan la médula de la que surge la acción terapéutica.

Ahora bien, ¿cuáles podrían ser las diferencias básicas entre una Institución que se considera tradicional y una Comunidad que aspira a ser terapéutica?. En realidad, en ambas Instituciones el internado sigue el itinerario hospitalario, en el sentido de que su jornada se está desa

rrollando dentro de una comunidad que tiene algunas funciones esenciales, tales como comer, dormir y hacer que transcurra el tiempo.

La diferencia, es que mientras que en la Institución tradicional, el hacer pasar el día constituye un acto meramente pasivo, y que es vivido como tal por todos los miembros de la organización (los enfermos esperan las diferentes comidas y los enfermeros dejan pasar las horas vigilando, con interrupciones esporádicas por alguna actividad que ha sido definida como "pasatiempo"), en la Comunidad que se dice Terapéutica, cada acto de cada uno, adquiere un significado activo de estímulo recíproco, precisamente terapéutico. Esto quiere decir, que todos los momentos del día, así como todos los movimientos de los miembros de la Comunidad, tienen como fin crear un clima que posibilite la reconstrucción de la iniciativa personal, de la espontaneidad y de la capacidad creadora, reprimidas al principio por la "enfermedad" y después destruidas por la Institución.

Así pues, la Comunidad Terapéutica tiende a la creación de una estructura más psicológica que material, en la que cada uno de sus miembros trate de estimular al otro mediante la creación de relaciones interpersonales, que también satisfagan la necesidad de protección recíproca.

En este sentido, la función protectora que dentro del hospital tradicional se encuentra de alguna manera representada por los barrotes, alambradas, rejas, etc., en la Comunidad Terapéutica son desarrolladas por la comunidad misma, a través de las reuniones que periódicamente se llevan a cabo en su interior, y que constituyen el eje alrededor del cual gira la vida hospitalaria.

Otro elemento que diferencia a la Comunidad Terapéutica del hospital tradicional es la ergoterapia, ya que mientras para las Instituciones tradicionales, el trabajo tiene únicamente la función de pasatiempo, en la Comunidad Terapéutica debe adquirir nuevamente su valor terapéutico, si se le toma como una ocasión de encuentros, de relaciones interpersonales espontáneas y como estímulo al desarrollo de una posición creadora anteriormente destruída en Instituciones tradicionales.

Pero además, el trabajo puede estimular a los enfermos "crónicos" que han perdido todo sentido de valor personal, a través de una nueva "conciencia de trabajo", que les permite rechazar la gratificación como muestra de beneficencia.

Únicamente exigiendo una retribución como justa recompensa, a lo que el trabajador da a la sociedad, el en-

fermo consigue hacerse reconocer en su valor de intercam--  
bio. Es decir, que el elemento fundamental, no es tanto el  
lograr una reivindicación salarial, como el hecho de que  
a través de ella, el enfermo confirma su propio valor per-  
sonal.

Por otro lado, para poder trabajar sobre estas ba--  
ses, la Comunidad Terapéutica es una organización que debe  
tender a la horizontalidad, en comparación con la vertica-  
lidad característica de los hospitales psiquiátricos tradi-  
cionales. Esto es así, porque cada uno de los miembros de-  
la Comunidad es indispensable para la marcha de la misma, -  
y cada uno a su vez necesita contar con la colaboración de  
todos.

Es decir, que dentro de la Comunidad Terapéutica, -  
se da un cambio en los roles que anteriormente ocupaban --  
los pacientes y el equipo de trabajo en el interior de las-  
Instituciones Psiquiátricas tradicionales, pues el enfermo  
deja de constituir en el proceso de su tratamiento un obje-  
to pasivo al que hay que vigilar.

Por lo que se refiere a las experiencias Anti-psi--  
quiátricas, que se han desarrollado sobre todo en Inglate-  
rra (con Cooper, Laing, Esterson, etc.) y en Italia (con-  
Basaglia, Jervis, etc.), se basan precisamente en los prin-  
cipios de la Comunidad Terapéutica. Es decir, que niegan -

la verticalidad de las Instituciones Psiquiátricas, apoyan la apertura de las mismas, utilizan la ergoterapia, evitan las medidas de contención, etc. Sin embargo, se diferencian de la citada Comunidad, en que para ellos tal método no es la meta a alcanzar, ya que a pesar de ser una mejor alternativa que el manicomio, no deja de ser una Institución, y este movimiento no aspira a modificar sino a destruir a la Institución Psiquiátrica.

En resumen, podemos afirmar que la orientación típica de la Comunidad Terapéutica, se encuentra actualmente extendida a todo el mundo, (aunque sólo en una pequeña minoría de las Instituciones Psiquiátricas), y que se basa, en una responsabilización recíproca entre el personal y los pacientes; así como en la discusión en grupo de todos los problemas que puedan estar suscitándose en la sección, y en la confianza y potencialidad terapéutica de todos, incluidos los pacientes.

A continuación, pondremos un ejemplo de la forma cómo estos conceptos de lo que es la Comunidad Terapéutica, son aplicados en la vida real y cotidiana de una población. Para ello, recurriremos al libro de Armando Córdova y colaboradores (1), donde se exponen las actividades de la Co-

(1) CORDOVA A y otros. Teoría Práctica de la Psiquiatría Social. Ed. Científico-técnica. La Habana, Cuba, 1976.

munidad Terapéutica, que se encuentra ubicada en el bloque central del tercer piso del Hospital docente "Comandante - Manuel Fajardo" en la Habana, Cuba.

Esta comunidad cuenta con 5 cubículos, 3 dedicados a la atención de mujeres y 2 al de hombres, cada cubículo tiene 6 camas y 2 habitaciones con 2 camas cada una, lo -- que en total da 34 camas. Las dos habitaciones se utilizan indistintamente para hombres o mujeres, según las necesidades existentes. Hay además áreas para tratamientos, un comedor, una terraza descubierta, la estación de enfermeras y el salón de trabajo y de reuniones del equipo.

Quien dirige el equipo es el jefe de servicios, el cual tiene bajo su cargo la organización del programa de actividades terapéuticas y científicas que se deben desarrollar. Dichas actividades, lo mismo que las conductas a seguir y los tratamientos a aplicar, tienen su origen en la discusión en conjunto del equipo y los pacientes.

Corresponde al Jefe del equipo, el designar en un determinado caso qué miembro del mismo equipo, deberá asumir una mayor responsabilidad.

Dentro de esta Comunidad Terapéutica, los otros --- miembros del equipo médico son dos instructores, dos resi-

dentes, una psicóloga, dos trabajadoras sociales psiquiá--  
tricas, un ergoterapeuta, una enfermera jefe especializada,  
para el turno de la mañana, dos enfermeras no especializa-  
das para la tarde y noche respectivamente y dos auxiliares  
generales.

De acuerdo a su método de trabajo, es factible que-  
la Comunidad continúe sus actividades a pesar de que algu-  
nas veces no se cuente con la presencia de algún médico.

La terapéutica está basada en cuatro aspectos funda-  
mentales:

1o. Reuniones de la Comunidad Terapéutica- Compre-  
den las reuniones diarias entre los pacientes y el equipo-  
médico, las juntas psicoterapéuticos que incluyen una lectu-  
ra comentada de los periódicos, un almuerzo con ellos en -  
la terraza, etc.

2o. Reuniones del equipo para el control de las di-  
ferentes actividades- Son reuniones exclusivas del equipo-  
médico, que se basan en las reuniones con la Comunidad, ya  
que es a partir del material recogido de ellas y de las si-  
tuaciones surgidas allí, que se llevan a cabo las discusio-  
nes y se deciden las conductas a seguir.

### 30. Ergoterapia o terapia ocupacional y recreación-

La ergoterapia es un arma de la psiquiatría moderna, que le da la posibilidad al ergoterapeuta de observar la conducta de los pacientes frente al trabajo; dichas observaciones las transmite al equipo médico, que a su vez le da instrucciones de qué hacer en cada caso así como de las actividades que convienen más o menos a determinado paciente.

40. Psicoterapia familiar- Esta constituye un complemento, ya que el tratamiento de cada paciente se enriquece con el trabajo que se realiza semanalmente, a través de la psicoterapia con los familiares de los ingresados, mientras dura su estancia dentro de la Comunidad. En esa forma, se incorpora al familiar tanto en la rehabilitación del paciente, cuando vaya cada fin de semana a visitarlo, como en su reincorporación definitiva a la familia, una vez que se le de de alta. Así mismo, ayuda a disipar las dudas y preocupaciones de los familiares sobre los enfermos. A esta psicoterapia familiar acude el equipo de trabajo de la Sala correspondiente, por lo que hay un grupo de psicoterapia familiar para los hombres y otro para las mujeres.

Según nos afirma la Dra. Yolanda Leyva Marín, encargada de esta Comunidad, la terapia de grupo, la resociali-

zación, la posibilidad de compartir con personas normales- que diariamente entran y salen de la Comunidad y que representan la comunicación y el contacto diario de los pacientes con el exterior, junto a la recreación compartida con el equipo médico de trabajo (salidas de fin de semana, visitas diurnas o nocturnas a cines, teatros, ballets, trabajo productivo, etc.), contribuyen a mantenerlos en constante actividad y a evitar o disminuir la alineación a que estos pacientes están predispuestos.

. Creemos que de esta visión que nos presenta la Comunidad Terapéutica, la conclusión lógica es que se trata de una mejor alternativa que la constituida por el "manicomio tradicional", sin embargo, es importante comprender que esta idea humanizada de democratización que lleva consigo, - puede constituir también, una cobertura que brinda instrumentos más refinados y eficaces de opresión y mistificación.

Es decir, que cada vez se hace más obvia la ineficacia de la Institución Psiquiátrica tradicional, para solucionar el problema de la "enfermedad mental"; así mismo, - también el paso del tiempo ha contribuido a crear un mayor rechazo hacia las estructuras de violencia que son inherentes a dicha Institución.

Ante esta situación, es necesario que surjan alternativas que reivindiquen el papel de la Institución Psiquiátrica, como el organismo capaz de controlar la enfermedad mental, y es en este punto que entra la Comunidad Terapéutica, como un intento de hospital, que sin perder totalmente las características propias de las Instituciones Totales, ya mencionadas en un capítulo anterior, posea una ideología típicamente democrática, humanitaria y permisiva.

Ahondando en este tema, podemos afirmar que los intentos por mejorar la estructura manicomial, tienen su origen en diferentes tipos de exigencias.

En primer término se encuentra el poder estatal, -- que puede estar interesado en recobrar por lo menos parte de la fuerza de trabajo que se encuentra inútil en los manicomios, esto sobre todo, si existe una demanda de hombres superior a la oferta. Esta situación difícilmente se da o se ha dado en nuestro país, y de allí que haya -- menos interés por el tema, pero en la naciones industrializadas que se han visto envueltas en las diferentes guerras, esta idea sí es aplicable.

En segundo lugar, observemos que al humanizar y racionalizar la Institución Psiquiátrica, las exigencias de

la opinión pública también juegan un papel importante.

En tercer término, no podemos olvidar a los mismos médicos, enfermeros y técnicos en general, que se encargan de la operación de estas Instituciones, ya que ellos mismos puede moverse independientemente de las presiones externas, en favor de esta humanización y renovación de que hablamos.

En resumen, podemos afirmar que la "Comunidad Terapéutica", es una respuesta que surge ante el manicomio tradicional, como producto de las exigencias tendientes a lograr una mayor humanización del mismo, pero en el fondo no deja de ser un manicomio no tradicional, que algunas veces permite vislumbrar relaciones humanas diferentes, pero que también en el fondo, no posee directamente la verdadera realidad social y política que es la que se encuentra fuera de sus muros.

En realidad, es la técnica neo-capitalista de autogestión, la que ofrece a los psiquiatras manicomiales y a los encargados del orden público, una forma un poco más humana, eficaz e indolora, de administrar las ya citadas antiguas finalidades de asistencia, represión y reeducación de las personas consideradas "Enfermas Mentales", que hay-

que separar de su ambiente.

Así, la ideología interclasista que habla de igualdad, de tolerancia y de comunidad, no sirve necesariamente a una toma de conciencia, aunque no podemos negar que en determinados momentos históricos y en situaciones concretas, la Comunidad Terapéutica se puede convertir en algo políticamente importante y positivo.

Sin embargo, también puede ocurrir lo contrario, y la Comunidad Terapéutica puede constituir una coartada --- asistencial, que sirva como cobertura de problemas políticos más graves y más reales.

Por lo que se refiere a la idea de que dentro de este tipo de Instituciones se ha abolido la violencia, podemos afirmar que dicha idea en realidad está ocultando el hecho de que cualquier caso psiquiátrico, entraña en sí mismo una violencia, y que todo tratamiento psiquiátrico, especialmente en el interior de la Instituciones de internamiento, se basa en una relación de poder que no se puede eliminar y que se sustenta precisamente en los privilegios de clase que caracterizan a la sociedad en general.

Es decir, que consideramos a la Comunidad Terapéutii

ca como una de las alternativas que surgen ante la presión que se desarrolla para mejorar a la Institución Psiquiátrica, y que dicha alternativa es definitivamente más humana, pero que de ninguna forma rompe con lo que se encuentra en la base de cualquier Institución dedicada al cuidado y contención de los "locos", por lo que en realidad, no deja de participar en la violencia y represión propias de cualquier Institución de este tipo.

B). ESTRUCTURAS DE ASISTENCIA PSIQUIATRICA EXTRAMAMICOMIAL.

Este tipo de estructuras ha logrado un desarrollo considerable, sobre todo en el transcurso de los últimos 20 años, y actualmente constituye en casi todas las sociedades industrializadas de Occidente, un factor importante dentro de los instrumentos de asistencia y control social.

La razón que posee más validez para desarrollar estos servicios, puede considerarse bastante simple: todas y cada una de las personas que se internan (o que son internadas) podrían ser mucho mejor tratadas, si no se las separara de su ambiente natural, es decir, si no se recurriera al internamiento.

Según nos dice Jervis, "Las estructuras manicomiales están constituidas, sobre todo, por ambulatorios, pero hay también, y de acuerdo a los casos otro tipo de diversas y posibles formas organizativas, como son los equipos volantes de intervención y asistencia domiciliaria; o los centros de asistencia diurna que son en su mayoría conocidos como "hospitales de día"; o los centros de asistencia nocturna, minihospitales psiquiátricos (en general utilizados para casos agudos y organizados en ocasiones como Comunidades Terapéuticas); secciones psiquiátricas en hospitales civiles; dispensarios psiquiátricos (Walk-in clinics); centros de barrio para antiguos internados; miniapartamentos para pacientes solos y relativamente autónomos; centros de rehabilitación para alcohólicos; consultorios para niños que no marchan bien en la escuela; centros diurnos para minusválidos psíquicos; centros de psicoterapia familiar o de la pareja; ambulatorios y clínicas para toxicómanos, a veces en los países anglosajones, clínicas autogestionadas y así sucesivamente"..... (2)

Tanto los ambulatorios como las sedes principales son habitualmente denominados centros de "higiene mental" en lugar de ambulatorios psiquiátricos. Esta denominación no corresponde a la realidad, pues en todo caso deberían -

(2) JERVIS, G. Op. Cit. Pag. 132.

llamarse centros de "salud mental", pero tiene su razón de ser, por un lado en el deseo de no alarmar a la gente, y - por otro, en un concepto tradicionalmente ingenuo de lo -- que es la prevención de los trastornos psíquicos.

Por lo que se refiere a su organización general, es tos servicios se encuentran influenciados por lo que constituye el modelo francés del "sector psiquiátrico". Este "sector", es la racionalización y el desarrollo de las tra dicionales relaciones existentes entre el manicomio y la - sociedad exterior.

Si tomamos su significado más amplio, la asistencia psiquiátrica de "sector" no es más que la asistencia públi ca fuera del manicomio; ahora bien, en un sentido más es-- tricto "sector" implica un tipo particular de relación en- tre manicomio y existencia exterior.

Hace tiempo que los manicomios han empezado a ser-- virse de los ambulatorios, ya sea situados en su interior-- o bien, en localizaciones descentralizadas. En realidad, se les utiliza para diagnosticar nuevos casos de posibles- internamientos, o también, y más frecuentemente, para las "visitas de control" que bajo amenaza más o menos explíci- ta de un nuevo internamiento, se imponen generalmente en -

fechas fijas a quienes después de un período prolongado de "enfermedad" han sido dados de alta.

Este principio es ampliado por el "sector" , y se divide al manicomio en una serie de unidades de tratamiento o internamiento, que cuentan con secciones de ingreso, observación y casos agudos, cada una de las cuales sirve para internar únicamente a los pacientes que provienen de partes del territorio geográfico, de antemano definidas.

Posteriormente, en cada zona respectiva o sectores del territorio, se crean unidades psiquiátricas externas y ambulatorios que se encuentran en estrecha vinculación con parte del hospital, atendidas por el mismo equipo, y que forman prácticamente un solo complejo organizativo con la unidad de internamiento.

Ya sea que dependan del hospital psiquiátrico, o -- que se administren en forma independiente, las estructuras extramanicomiales poseen una importancia variable del interior del territorio.

Generalmente se limitan a una serie de ambulatorios en los que los pacientes después de haber hecho "cola", -- son recibidos por el asistente social, quien los canaliza-

con el médico, que después de una breve plática les da una larga lista de medicinas y en ocasiones, alguna ayuda económica. En caso de que las cosas funcionen algo mejor, el asistente social realiza visitas domiciliarias y el médico les presta un poco de más atención a los pacientes.

En un gran número de casos, la existencia de un --- "hospital de día", brinda a un cierto número de pacientes - algunas ventajas respecto al internamiento, pero el tipo - de actitud tanto del personal como de la administración interna, no son generalmente muy diferentes a las del manicomio.

Ahora bien, por lo que se refiere a las intervenciones psiquiátricas de tipo domiciliario, éstas se pueden -- convertir en una invitación a la familia del paciente para que lo vigilen, en lugar de constituir una real asistencia domiciliaria, y en tales casos, dichos pacientes son sometidos a una represión cotidiana, producto de problemas interpersonales que les atañen directamente.

Por otro lado, las secciones psiquiátricas dentro - de los hospitales civiles, constituyen un caso especial, y hace aproximadamente 25 años se consideraba que ésta podía ser una alternativa real para el manicomio, sin embargo, -

actualmente debido al descubrimiento de que con esfuerzos razonables es posible lograr una disminución de las camas de los hospitales psiquiátricos, se duda de la plena utilidad de las mencionadas secciones.

En general, dentro de un hospital civil no son tolerados los enfermos más seriamente trastornados, y su sección psiquiátrica, se llena regularmente con casos leves - que cabría tratar sin necesidad de recurrir al internamiento, de tal forma, que el número de pacientes en el local psiquiátrico no disminuye sino por el contrario, en algunos casos aumenta, pues el hospital civil puede ser considerado también como un canal de internamiento.

Este tipo de secciones, ayuda además a legitimar la idea de que las "enfermedades mentales" constituyen enfermedades similares o iguales a las orgánicas, es decir, que no sirven a los pacientes, ni a sus familias y mucho menos a la población, a tomar conciencia de que este tipo de problemas son eminentemente psicológicos, interpersonales y sociales, y que generalmente no corresponden a ninguna lesión de tipo orgánico.

Otra cosa es, la posibilidad que en nuestros días - puede considerarse como una necesidad, de usar en forma --

eficaz para ayudar al tratamiento de los casos psiquiátricos, a los dispensarios de los hospitales civiles. En realidad, el dispensario debería usarse para limitar los internamientos en el manicomio. Así mismo correspondería al hospital civil, tratar dentro de sus secciones "normales" muchos casos que también presentan problemas considerados psiquiátricos, como los alcohólicos crónicos, o los arterioscleróticos cerebrales, recurriendo para ello, a la ayuda del personal especializado en el área psiquiátrica.

Toda esta crítica que se hace a las Instituciones Extramanicomiales, no quiere decir que no se acepte que dichas estructuras poseen un sentido y una utilidad que constituyen un progreso real con respecto al manicomio tradicional, sobre todo, en la medida en que logran asistir y rescatar pacientes que de otro modo, terminarían en un hospital psiquiátrico.

Además, también estamos conscientes de que constituyen un adelanto no sólo dentro del sector civil, sino del político, ya que en lugar de secuestrar problemas humanos -- fuera de su ámbito, es decir, en vez de ocultar el resultado de contradicciones sociales en el interior de un espacio cerrado, administra estos problemas y estas contradicciones en su mismo seno: la sociedad.

Sin embargo, no queremos que estos aspectos positivos de las estructuras que nos ocupan, nos impidan tomar conciencia del papel que socialmente juegan, ya que, como hemos venido repitiendo, pueden constituir una mitificación en caso de que únicamente se limiten a ofrecer una asistencia tecnificada, medicalizada o puramente caritativa a individuos que de otra forma, no terminarían en un hospital psiquiátrico, ya sea porque sus dolencias psicológicas no son tan graves, o bien porque sólomente presentan problemas originados por la miseria o la inadaptación hogareña y social.

Según nos dice Jervis: "la escasa utilidad terapéutica de la mayoría de los ambulatorios de higiene mental, se comprueba por el hecho de que los numerosísimos pacientes que acuden a ellos, tienden frecuentemente a dividirse en dos categorías: o son leves pacientes neuróticos que consultan, con pobres resultados, muchísimos médicos, y prueban muchísimas medicinas; o son pacientes psicóticos que, por el escaso tiempo que el ambulatorio puede dedicarles, son rápidamente enviados al manicomio, "al abrigo de responsabilidades", incrementando por consiguiente los internamientos ..... (3)

(3) JERVIS, G. Op. Cit. Pag. 137.

Insistimos pues, en la necesidad de ubicar debidamente a las estructuras psiquiátricas extramanicomiales, ya que pueden convertirse en un arma de dos filos, que por un lado constituye un gran avance con respecto a las Instituciones tradicionales, pero que por el otro, también pueden constituir un freno para el desarrollo de las ideas críticas hacia aquéllas.

Además, si estas estructuras se extienden sin un -- control real, pueden transformarse en una forma más de -- control social y de medidas represivas, que al igual que el manicomio, encierran y ocultan las contradicciones sociales en un local con apariencia de institución técnica.

Las formas de control social pueden constituir una alternativa del Estado ante formas más tradicionales, sin embargo, si no funcionan, se recurre a la últimas. Un --- ejemplo, lo podemos encontrar en los Estados Unidos, donde en 1963 el presidente Kennedy dió comienzo a un vasto programa de desarrollo de lo que se denominaba "Mental Health Centers" (en español, los Centros de Salud Mental) los cuales, estaban ubicados en el interior de los barrios pobres de las grandes ciudades norteamericanas.

Supuestamente su meta era ofrecer a los negros que componían los ghettos, estructuras psiquiátricas y asistenciales eficaces, con ello se obtendrían más votos para las elecciones, pero al mismo tiempo se controlaba una situación urbana que cada día se hacía más explosiva, a través de formas de intervención psiquiátrica y socio-psiquiátrica.

Este intento no tuvo éxito, y antes de que terminara la década de los sesentas, ya era un fracaso que tuvo que ser abandonado, pasando el control de los ghettos, por un lado al aumento del subsidio que permitiera a sus habitantes obtener lo necesario para la supervivencia, y por otro a formas de control policíaco eficientes y brutales. Dentro de este panorama, la asistencia social y psiquiátrica, la escolar y la lucha contra las drogas, forman únicamente una parte subsidiaria de esta política.

Dentro de las estructuras psiquiátricas que nos ocupan en este inciso, citábamos al Hospital de Día, como una de las más usadas. Lo mismo que en el caso de la Comunidad Terapéutica, recurriremos al libro Teoría y Práctica de la Psiquiatría Social, para brindar un ejemplo de la forma como trabaja un "hospital del día".

Otra vez nos remitiremos a Cuba, que en la Sala de Psiquiatría del Hospital Docente " Manuel Fajardo", inició este servicio en el año de 1962, como consecuencia de las visitas que realizaron dirigentes cubanos al Hospital Allan Memorial, en Montreal, Canadá.

Posteriormente, en 1968, se le ubicó fuera del citado hospital y se decidió que éste y todos los demás, había que situarlos cerca del centro clínico quirúrgico, de base, de cada región. Además, debería mantener relaciones con los policlínicos integrales.

Los servicios que brindan los Hospitales de Día cubanos, son los siguientes:

- a) Terapéutica somática y biológica, que incluye - psicofármacos, electrochoques, insulina modificada, electrosueños. etc.
- b) Psicoterapia Individual.
- c) Psicoterapia de grupo.
- d) Psicoterapia de relajación muscular.
- e) Psicodrama y cine debate con fines terapéuticos.
- f) Trabajo individual y colectivo dentro y fuera - de la Institución.
- g) Actividades recreativas y culturales que ayudan

al surgimiento y desarrollo de nuevos intereses.

Este tipo de hospital, sigue en su organización interna, los principios que rigen a la Comunidad Terapéutica, y sus actividades diarias se basan en ellos.

Es interesante señalar que tanto en el caso de la Comunidad Terapéutica como en el de los Hospitales de Día, cubanos, juegan un papel importante todos esos instrumentos que hemos considerado "violentos" y que como ya mencionábamos no desaparecen en este tipo de estructuras y que están constituidos por psicofármacos electroshocks, etc.

## V. CONCLUSIONES

A través de los cuatro capítulos que hasta aquí se han desarrollado, hemos intentado dejar bien clara la situación en que se encuentra el "enfermo mental", al que la sociedad aísla a través de una serie de estructuras de nominadas Instituciones Psiquiátricas.

Hablábamos de que lo que motiva el ingreso del "enfermo mental" al manicomio, es fundamentalmente la etiqueta - que se le coloca de "peligroso para sí mismo y para los demás", de allí, que adopte una función puramente negativa con respecto a la Institución que trata de defender el mundo de lo "sano", del de la "locura".

Si empezamos por reivindicar el papel de la contradicción como uno de los elementos que permiten el desarrollo social, es porque generalmente dicho papel es negado y como consecuencia, todo lo que representa una contradicción, es automáticamente reprimido.

El "loco" es precisamente eso, una contradicción -- que atenta contra el "normal funcionamiento" de las relaciones sociales dadas, al desviarse del conjunto de normas y valores, establecido y aceptado por la mayoría de la sociedad.

Sin embargo, este hecho es ocultado a través de un sistema ideológico constituido por la misma sociedad y respaldado por la ideología médica, y en lugar de hablar de un control de elementos conflictivos a través del internamiento en Instituciones especialmente creadas para ello, se señala una necesidad "terapéutica" de internamiento.

En realidad, cualquier sociedad que cuente con estructuras basadas en una discriminación económica, cultural y en un sistema competitivo, desarrolla en su interior áreas de compensación que son utilizadas como válvulas de escape del sistema.

En parte, esta ha sido la labor del enfermo mental, quien por ser un excluído que no está en posibilidades de conocer los límites de su "enfermedad" ha sido convencido de que cualquier respuesta suya a la realidad que se le obliga vivir, es un acto provocado por su padecimiento.

Esta situación ha sido propiciada y apoyada por el sistema social y por la ideología médica, que al reconocer el carácter incomprensible del fenómeno de la "locura" como una desviación biológica a la que no queda otra alternativa que aislar, ha apoyado científicamente dicha situación.

En este sentido, es de suma importancia comprenderlo que significa el concepto de enfermedad mental, ya que como afirmábamos en el primer capítulo, la locura no constituye, en la mayoría de los casos, una alteración biológica de las funciones del organismo (incluyendo al cerebro), sino que más bien debe considerarse como una conducta que por apartarse de lo que el consenso general ha definido como sistema normativo, es catalogada como anormal.

Todo este tema ya se encuentra ampliamente tratado en el primer capítulo de esta Tesis y por tanto, no hay para qué seguir ahondando en él, baste añadir que en la mayoría de los casos, el concepto de enfermedad mental, no hace referencia a una dolencia física ocasionada por un desequilibrio orgánico real, en el sentido común de la palabra.

Ahora bien, generalmente se cae en simplificaciones al interpretar el problema planteado por este concepto, --

por lo que es importante aclarar a qué nos referimos cuando rechazamos la idea tradicional de la locura, que la considera como el efecto de un accidente orgánico que se da a nivel individual.

En realidad, este rechazo no significa que calificamos la condición de sufrimiento psicológico que existe en algunos individuos, como una característica de origen exclusivamente social y más concretamente, como resultado de un proceso arbitrario de etiquetamiento que convencionalmente la sociedad lleva a cabo.

Lo que sí puede ser arbitrario, es partir de dicho proceso, para plantear la necesidad terapéutica de internar a personas que aparentemente se encuentran "enfermas" de la mente, cuando en realidad la necesidad de controlar a través de una marginación a dichos individuos, surge del mismo sistema social, que ve en ellos un problema irresoluble que es mejor aislar.

Es decir, que a través de toda la ideología dominante, se invierten los papeles y se plantea que el ingreso a una Institución Psiquiátrica, es necesario para aquel individuo que por diferentes razones ha sido considerado enfermo mental, ya que en el interior de dicha Institución, se le dará el tratamiento adecuado para lograr su recupera---

ción; sin embargo, la realidad es completamente a la inversa, pues en el momento de internar a un "loco" en un manicomio, el objetivo principal que se persigue es proteger a la sociedad de un elemento que le está ocasionando problemas.

A partir de este objetivo, y no de un interés terapéutico (que de existir, figura en un segundo plano), nace la Institución Psiquiátrica, la cual como expusimos en el segundo capítulo, surge como una necesidad concreta del Modo de Producción Capitalista.

En este sentido, la Institución Psiquiátrica posee características concretas que van a estar determinadas por sus objetivos propios y por las necesidades a partir de -- las cuales se desarrolla. De ahí que en general, podamos -- hablar del manicomio como el espacio en el cual históricamente se ha aislado el problema de la locura.

Es decir. que si la Institución Psiquiátrica surge como un instrumento de control, más que como un medio terapéutico, alcanzará sus metas en la medida que logre aislar y mantener en orden la locura que confina, sin importar la forma como lo consiga o que dicha forma afecte a quien al ser internado por sufrir problemas psicológicos, tenga una

mayor sensibilidad para el encierro y demás formas médicas.

De ahí que para controlar a aquellas personas que en condiciones de libertad ya presentaban problemas, es necesario recurrir a la violencia a través de los medios de contención, los psicofármacos, los electroshocks, etc., -- los cuales, aunados al encierro total al que se ven sometidos, no solo poseen un discutido valor terapéutico, sino -- que, por el contrario, contribuyen a hacer más profundos -- los problemas de los internos.

Por lo que se refiere a las alternativas que durante los últimos 50 años se han venido presentando, estamos convencidos de que significan una mejora con respecto a la violencia característica del manicomio tradicional. Sin embargo, es importante tomar en cuenta las limitaciones a -- las que se enfrentan, y que ya expusimos en el capítulo dedicado a este tema, pues a pesar de constituir un avance, -- siguen siendo el medio a través del cual la sociedad controla al enfermo mental.

Básicamente estas son las ideas principales que a lo largo de nuestra Tesis expusimos y argumentamos, y a -- partir de ellas podemos concluir lo siguiente:

1.- Que el concepto de "enfermedad mental" no es --

científico, sino mas bien un juicio de valor que se expresa sobre el comportamiento de un individuo, ya que, se deduce precisamente de dicho comportamiento y no del estudio interno de algo abstracto llamado "mente".

2.- Que el "enfermo mental" es marginado de la sociedad, no tanto por lo que es, sino por la molestia social que origina, al no integrarse en forma productiva a las Relaciones Sociales de Producción que aquélla marca.

3.- Que la Institución Psiquiátrica surge como una necesidad del Modo de Producción Capitalista, de controlar a todas aquellas personas, que en un momento dado, pueden impedir la normal Reproducción de sus Relaciones productivas.

4.- Que la Institución Psiquiátrica es un instrumento represivo, a través del cual, el Estado controla y margina al sector de la población que por ser considerado de "enfermos mentales", no puede integrarse de manera normal al proceso productivo y por tanto constituye una contradicción para la sociedad.

Y en resumen, podemos afirmar a manera de síntesis, que la Institución Psiquiátrica constituye la respuesta so

cial que el capitalismo presenta al problema de la locura, y que así, lo que pretende es marginar y controlar a quienes por ser considerados enfermos mentales, constituyen una contradicción al sistema normativo imperante y por tanto un obstáculo a las relaciones sociales de producción.

B I B L I O G R A F I A

- BASAGLIA F y otros. Los Crímenes de la Paz, Ed. Siglo ---  
XXI.  
México, D.F. 1977
- CANGUILHEM. G. Lo Normal y lo Patológico. Ed. Siglo XXI  
México, D.F. 1978.
- JERVIS G. Manuel Crítico de Psiquiatria Ed. Anagrama, Bar-  
celona.  
España 1979.
- CROWCROFT, A. La Locura. Ed. Alianza, Madrid, España 1980
- GOFFMAN, E. Internados, Ed. Amorrortu, Argentina. 1972.
- BASTIDE. R. Sociología de las Enfermedades Mentales. Ed. -  
Siglo XXI,  
México, D.F. 1979.
- GENTIS R. Los Muros del Asilo. Ed. Laia, Barcelona, Espa-  
ña. 1978.
- ROTHMAN. D. The Discovery of the Asylum. Ed. Little Brown-  
& Co.,  
Boston, 1971.

- HOLLINSHEAD. A. y otros, Social Class and Mental Illness.  
Ed. Harper & Row, Nueva York 1967
- COOPER. D. La Muerte de la Familia. Ed. Paidós, Buenos --  
Aires Argentina 1976.
- CASTEL R. El Psicoanalismo el Orden Psicoanalítico y el Po  
der . Ed. Siglo XXI, México, D.F., 1980.
- CORDOVA. A. y otros Teoría y Práctica de la Psiquiatría -  
Social  
Ed. Científico-Técnica. La Habana, Cu  
ba, 1976.
- CANCRINI. L. y otros Psiquiatría y Relaciones Sociales  
Ed. Nueva Imagen, México, 1978.
- BASAGLIA. F. y otros La Salud de los trabajadores. Ed ---  
Nueva Imagen México, 1978.
- BASAGLIA. F. La Institución Negada. Ed. Barral, Barcelo-  
na, España, 1977.
- BASAGLIA. F. y otros. Razón Locura y Sociedad Ed. Siglo -  
XXI, México, 1979.
- BASAGLIA, F. Qué es la Psiquiatría Ed. Guadarrama Barcelo  
na, España. 1977
- FOUCAULT. M. El Nacimiento de la Clínica. Ed. Siglo XXI,  
México, 1979.
- FOUCAULT, M. Historia de la Locura en la Epoca Clásica.

Vol. 1 Ed. Fondo de Cultura Económica.  
México, 1967.

- FOUCAULT, M. Historia de la Locura en la Epoca Clásica.  
Vol. II Ed. Fondo de Cultura Económica, México,  
1967.
- BASAGLIA, F. Psiquiatría o Ideología de la Locura. Ed.  
Anagrama, Cuaderno No. 33 Barcelona España -  
1972.
- GARCIA, R. Abajo la Autoridad Ciencia Manicomio y Muerte.  
Ed. Anagrama, Elementos Críticos No. 17 Barce-  
lona España, 1979.
- ROSEN, G. Locura y Sociedad Sociología Histórica de la En-  
fermedad Mental. Ed. Alianza Universidad Madrid  
España, 1974.
- LAING, R.D. y ESTERSON, A. Cordura, Locura y Familia. Ed.  
Fondo de Cultura Económica. Mé-  
xico, 1979.
- THUILLIER, J. El Nuevo Rostro de la Locura. Ed. Planeta-  
Barcelona, España, 1981.
- TSETUNG, Mao Cinco Tesis Filosóficas Ed. del Pueblo, Pe-  
kin, 1974.
- GUINSEBERG, E. Sociedad Salud y Enfermedad Mental. Ed. --  
Universidad Autónoma Metropolitana México,  
1981.

- BERLINGUER, E. Psiquiatría y Poder. Ed. Granica, Buenos Aires, Argentina, 1978.
- LAING, R. Esquizofrenia y Presión Social. Ed. Tusquets -- Barcelona, España, 1972.
- SCHEFF, T. El rol del enfermo mental. Ed. Amorrortu Buenos Aires, Argentina, 1973.
- MARK, K. Manuscritos Económicos y Filosóficos de 1844. Ed. Grijalbo, México, D.F., 1968.
- GENTIS, R. Tratado de Psiquiatría Provisional. Ed. Fundamentos, España, 1979.

## I N D I C E.

INTRODUCCION.. . . . .	1
I.- UBICACION DEL ENFERMO MENTAL DENTRO DE LA SOCIEDAD.. . . . .	7
A) De lo normal a lo patológico.. . . . .	14
B) El enfermo visto a través de un etiqueta.. . . . .	34
C) Reacción social frente al enfermo mental.. . . . .	42
II.- EL SURGIMIENTO Y DESARROLLO DE LA INSTITUCION PSI <u>Q</u> QUIATRICA.. . . . .	54
A) Antecedentes de la Clínica.. . . . .	55
B) Condiciones económicas, políticas y sociales que rodean el surgimiento del Asilo. . . . .	82
C) Evolución de la Institución Psiquiátrica.. . . . .	95
III.- ANALISIS ESTRUCTURAL DE LA INSTITUCION PSIQUIA-- TRICA.. . . . .	104
A) Definición de Institución Total. . . . .	104
B) Estructura general y funciones del Manicomio.. . . . .	111
C) El mundo del interno.. . . . .	132
IV.- EXPERIENCIAS PSIQUIATRICAS ALTERNATIVAS.. . . . .	145
A) La Comunidad Terapéutica.. . . . .	146
B) Estructuras de Asistencia Psiquiátrica Extra- manicomial.. . . . .	161

V.- CONCLUSIONES . . . . .173

BIBLIOGRAFIA . . . . .181