

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA



LA ACTITUD HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL, EN UNA
POBLACION NO COMPROMETIDA CON EL AREA
DE LA SALUD MENTAL

TESIS PROFESIONAL

PRESENTADA POR:

LUIS HUMBERTO VAZQUEZ AVILA

SANTOS RICARDO GONZALEZ QUEVEDO

PARA OPTAR POR EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

MEXICO, D. F.

1986



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCION

| | | |
|--------------|---|-----|
| CAPITULO I | Breve revisión histórica del concepto de enfermedad mental. | 1 |
| | a) En el Mundo | |
| | b) En México | |
| CAPITULO II | Perspectivas hacia la enfermedad mental. | 44 |
| | a) Moral | |
| | b) Legal | |
| | c) Médica | |
| | d) Psicoanalítica | |
| | e) Perspectiva basada en el aprendizaje | |
| | f) Social | |
| | g) Antipsiquiátrica | |
| | h) Humanista | |
| CAPITULO III | Concepto de Actitud | 143 |
| CAPITULO IV | Metodología | 166 |
| | Planteamiento del problema | |
| | Objetivos | |
| | Hipótesis | |
| | Variables | |
| | Tipo de estudio | |
| | Tipo de diseño | |
| | Tipo de muestra | |
| | Escenario | |
| | Procedimiento | |
| | Instrumento | |
| | Tratamiento estadístico | |

| | | |
|--------------|-----------------------------|-----|
| CAPITULO V | Resultados | 176 |
| CAPITULO VI | Conclusiones y Aportaciones | 180 |
| CAPITULO VII | Limitaciones | 184 |
| | Apéndice | 186 |
| | Bibliografía | 192 |

INTRODUCCION.

La mayor parte de los estudiantes de psicología, en un momento dado de su formación profesional encaran por primera vez lo que es la enfermedad mental, este encuentro generalmente es en un hospital psiquiátrico público en el que "viven" personas abandonadas, desatendidas y en su mayor parte en malas condiciones físicas. Este primer encuentro produce una serie de reacciones que van desde la indiferencia a la justificación de esta situación, hasta estados pasajeros de depresión, pasando por los de asombro, incredulidad e impotencia. En algunos casos estas reacciones lleva a una serie de cuestionamientos tanto a nivel profesional como individual y humano, en el sentido de buscar definir el papel que se juega o la postura que se asume ante este fenómeno en ese momento. Al hacerse estos cuestionamientos no sólo se busca cumplir con esa parte del proceso, sino también el encontrar un quehacer dentro de esta situación que conlleve a mejorar las condiciones en las que se encuentran los enfermos mentales.

En nuestro caso particular surgio el cuestionamiento acerca de que si es el hospital psiquiátrico la única alternativa para tratar la enfermedad mental?, así como ¿es solo el profesional de la salud mental quien debe tener participación en la atención del enfermo mental? y ¿qué papel asume el resto de la población, con respecto a la enfermedad mental?.

Esta serie de preguntas nos lleva a una revisión acerca del origen de enfermedad mental, encontrando que anteriormente estas personas no eran abandonadas, sino que por el contrario eran tratadas como elegidas de alguna divinidad y es hasta cuando los procesos productivos definen las relaciones sociales cuando se empieza a segregar, alienar y marginar al enfermo mental, deteriorandose cada vez más su situación. Por lo que toca a la segunda pregunta observamos que el familiar del

enfermo tiende a olvidarlo en el hospital, alejándose y negando su participación - en el proceso de rehabilitación, esto buscando evitar la reprobación social, lo cual nos aclara un poco la tercer pregunta, en el aspecto de que las personas no relacionadas con la salud mental tienden a rechazar a quien padece alguna alteración olvidándose de que como integrante de una sociedad se es responsable de lo que - en ella sucede y se tiene la obligación de participar en su solución.

El objetivo específico de este trabajo fué el conocer a través de una escala de ac titud cual es la disposición de la población no comprometida con el área de la salud mental en relación a la enfermedad mental partiendo de elementos tales como el estar dispuesto a interactuar con un enfermo o a darle una oportunidad de rein tegrarse a su grupo familiar, social, laboral, etc. Aunque por otro lado cabe acla rar que existió una limitación importante en cuanto a este proceso ya que toda - escala de actitudes tiende a "dirigir" el pensamiento del cuestionado, esto es que a partir de afirmaciones concretas se da por hecho que estas han sido consideradas por el entrevistado, lo cual no en todos los casos es cierto, por lo que en el momento de encontrarse ante estas afirmaciones tenderá a contestar a manera de - dar su mejor cara ante el cuestionador tratando de adivinar que es lo que quiere que se le conteste en cada reactivo.

En la realización de este trabajo surgieron varios problemas a nivel teórico en el momento de hacer un planteamiento en favor o apoyando una sola perspectiva teó rica. Al inicio de éste nuestra postura teórica estaba orientada hacia la antipsi - quiatría la cual se haría prevalecer sobre las otras alternativas de tratamiento hacia la enfermedad mental. Sin embargo durante este proceso se pudo revalorar ca da una de las diferentes aproximaciones desarrolladas encontrando que cada una - aporta diferentes elementos importantes para la rehabilitación del enfermo mental, también se consideró como un trabajo difícil pero no imposible lograr la transfere ncia

ción de los hospitales psiquiátricos de instituciones de almacenaje a centros netamente orientados a la rehabilitación, que es entre otros uno de los objetivos que establece la antipsiquiatría, como consecuencia de esto, se desarrolló el trabajo más en el sentido de una compilación de las diferentes aproximaciones, que sustentando o apoyando solo una de ellas. Esto no quiere decir que cada uno de nosotros no pasea una postura teórica definida, sino que las características de este trabajo nos obliga a plantear las diversas alternativas sin establecer prevalencia de una sobre otra.

El presente trabajo consta de tres grandes partes, la primera que va desde la revisión histórica del concepto de enfermedad mental, que parte desde la época primitiva, sigue con las grandes culturas de la antigüedad (Grecia, Egipto, etc.), luego la Edad Media, Renacimiento hasta la época moderna tanto a nivel universal como su situación en México. Continúa con una revisión de las perspectivas que se aproximan al estudio de la enfermedad mental siendo consideradas entre estas la moral, legal, médico-psiquiátrica, psicoanalítica, la basada en el aprendizaje, social humanista y antipsiquiátrica. Posteriormente finaliza esta primer parte con un análisis del concepto de actitud y en particular con respecto a la enfermedad mental.

La segunda parte se refiere al método en el que se define el diseño y el procedimiento, así como el tratamiento estadístico empleado.

La tercera y última parte incluye los resultados, conclusiones, aportaciones y limitaciones del trabajo. En esta sección se hace un reporte de lo más relevante encontrado en la investigación. Finalmente se incluye en el apéndice una copia del instrumento de evaluación de la actitud hacia la enfermedad mental aquí empleado.

CAPITULO I

BREVE DESCRIPCION DEL CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL

A) EN EL MUNDO

Los hombres primitivos los mismo antiguos que contemporáneos, tienden a ver indicios e intervenciones sobrenaturales en todo cuanto les rodea y que se reflejan en los mitos y testimonios de las primeras páginas de la historia. Los conceptos de las causas de los trastornos físicos y mentales, están influidos por la creencia universal de estos fenómenos sobrenaturales y de manera específica de la influencia de los espíritus de los antepasados del clan. Algunos de estos espíritus podían ser visibles, muchos otros no, algunos son negros y malos, otros son benéficos. Cuan- to menos sabe el hombre del mundo que lo rodea, tanto más fuerte parece ser su influencia. Cualquier espíritu puede enfurecerse contra los mortales y entonces - había que congraciarse con él. Para este tipo de pensamiento supersticioso, la en- fermedad está envuelta en magia; es una venganza o un castigo, se han encontrado en el Perú, restos de cráneos trepanados que dan ejemplo de ello. La trepanación en posibles casos de epilepsia u otras expresiones de conducta violenta, podía enten- derse como un intento de liberar al paciente atormentado de los espíritus demonia- cos que se encontraban en su cabeza. Otro tipo de evidencia es el uso de amule- tos y talismanes, que reflejan la creencia de la influencia de espíritus. Estos son sólo algunos hallazgos paleontológicos relacionados directamente con las enfermeda- des mentales. Estas explicaciones demonológicas son especialmente poderosas - cuando se trata de dar sentido a las enfermedades que afectan la conducta. La - conceptualización de la enfermedad encontrada en los pueblos primitivos difieren - grandemente de lo que las comunidades científicas sostienen actualmente, no obstan- te de vez en cuando se puede observar entre la población en general de algunas so- ciedades avanzadas técnicamente, ciertos retrocesos a tales ideas primitivas sobre la enfermedad. En la actualidad se emplean tratamientos creados por las sociedades -

primitivas, dentro del contexto de las prácticas mágico-religiosas. En estos métodos sobresalen algunos rudimentos de la psicoterapia. Para el hombre primitivo los efectos son semejantes a las causas y los objetos con los que se ha tenido contacto, continúan teniendo influencia aún a distancia, por lo cual usa amuletos con fuerza protectora o curativa, a esto puede considerarse como magia homeopática o imitativa, que es empleada constructivamente en las sesiones de los curanderos - quienes dramatizan en forma extremada la experiencia del enfermo y así intentan ayudarlo. Estos métodos tienen cierta efectividad basada en que el paciente se - identifica con el curandero y entra en estado de muerte y renacimiento. El uso - terapéutico de los estados de trance es muy común entre los pueblos primitivos. - Generalmente tales estados se inducen fijando la atención en ciertos objetos, de - manera semejante a la usada para producir estados hipnóticos.

El sistema mágico-religioso que influye la filosofía de los métodos curativos primitivos, podría considerarse como un intento de introducir aspectos racionales y de - satisfacer necesidades socialmente esperadas, de la experiencia psicológica del - hombre primitivo, aparentemente caótica. Las enfermedades mentales representan una crisis en el sistema mágico-religioso y son atribuidas principalmente a la vio - lación de un tabú, omisión de las obligaciones rituales y posesiones demoniacas. - Así lo pensaron todos los pueblos pertenecientes a las altas culturas primitivas. - Los Asirios que eran un pueblo adelantado pensaban que la víctima de la enferme - dad tenía la culpa de ella. Toda dolencia era primordialmente el castigo de algu - na trasgresión. Aunque el hombre era libre para hacer lo que quisiera su suerte, - estaba a merced de los dioses.

El chaman aparece como una especie de médico inspirado, muy vulnerable a la po - sesión de espíritus y que es el medium a través del cual hablan estos, revelando su presencia a través de expresiones y acciones violentas. Los enfermos mentales -

cuando participan activamente en la ceremonia, generalmente confesarán culpas o piden la desaparición de ciertos trastornos atribuidos a un espfritu maligno a que salga del posefdo; se efectúa por muchos medios en diferentes grupos y puede reconocerse como una forma de psicoterapia en la cual se estimula a la persona atendida para que hable de sus delitos y sus acciones que tengan connotaciones de culpabilidad. Los ritos de autocastigo parecen tener el mismo propósito.

Por lo que respecta a los escritos de las antiguas culturas de Egipto, India, China Grecia y Roma acerca de la enfermedad mental se ha encontrado que revelan el inicio de las principales corrientes del pensamiento y acción que ahora predominan en el desarrollo de la psiquiatría como ciencia. Los comienzos de la actitud humanitaria que hoy en día se refleja en el área de la psiquiatría social, se vieron ya en épocas tan antiguas como el año 860 n.e.

Cuando los sacerdotes griegos contemplaban los encantamientos y los exorcismos para el enfermo mental con recomendaciones de benevolencia y sugerencias de que se usarán actividades físicas y recreativas.

En la cultura Egipcia la vida era considerada como la armonía entre la experiencia estática del hombre y su relación con el universo. Esta armonía daba lugar a acontecimientos rítmicos y cíclicos, desde el nacimiento hasta la muerte. El tratamiento a los trastornos mentales comprendía la integración de factores físicos, psíquicos y espirituales a través de la identificación con fuerzas constrictivas positivas, para acercarse a la personalidad y modificarla. El método más destacado en la antigüedad, era la interpretación de los sueños, que se han clasificado en 3 tipos: 1) Los sueños que representaban un medio para la revelación de un dios y que podían o no necesitar interpretación; 2) Sueños que reflejaban el estado de ánimo del que sueña, se alude a ellos pero nunca han sido registrados; 3) Sueños

que predecían futuros acontecimientos. El descifrar sueños se hacía con el mismo propósito con que se hace actualmente, la diferencia radica en el hecho de que durante este período se consideraba que los sueños siempre se referían al futuro (Freedman 1975).

En esta civilización se desarrolló pronto la ciencia y el arte de la medicina más o menos independientemente de las otras disciplinas. Aunque estaba influida por las ideas filosóficas, la medicina griega era en gran parte empírica y se basaba en la observación experimental. En el siglo VI n.e. se efectuó este avance cuando el interés de los curanderos científicos dentro de la ciencia biológica. "Alcmeón diseccionó y señaló las relaciones de los órganos de los sentidos, con el cerebro, de lo cual dedujo que el centro de la razón y el alma se localizaba en este órgano (Freedman 1975).

Demócrito (siglos V y VI n.e.) dió a la Psicología la base materialista. Según él la actividad psíquica está ligada a las partículas más pequeñas, los átomos. Casi simultáneamente comienza a tomar cuerpo la filosofía idealista de Platón, predominando en este período en un grado sensible el materialismo en la ideología de filósofos y médicos y es cuando se delimitan claramente dos criterios opuestos sobre las enfermedades psíquicas, que se han mantenido durante muchos siglos. Los médicos materialistas veían en la enfermedad psíquica una enfermedad física y concretamente del cerebro. Al mismo tiempo, los idealistas, tanto filósofos como médicos consideraban la psiquis (el alma, la idea, lo eternamente existente), como lo primario, la base de la existencia, y la materia (el cuerpo), como lo secundario, como resultado de la actividad de esta alma o como substrato separado del alma y con existencia propia. La ideología idealista influía en la actitud de los médicos y del común de los hombres con respecto a los enfermos psíquicos, viendo en ellos a personas a quienes los dioses habían privado de alma por sus delitos o que

podrían estar en relación con espíritus malignos. Considerando así las cosas, los enfermos psíquicos no son enfermos en el sentido propio de la palabra y por esto con ellos no se puede recurrir a métodos de carácter curativo, sino a la influencia moral, a la expulsión de los malos espíritus y por último al castigo. Como ya se mencionó, había una gran influencia filosófica sobre los conceptos de enfermedad mental, del cual se puede ejemplificar el pensamiento de Platón (428-328 n.e.) "describió en Fedón cuatro tipos de locura: profética, teléstica o ritual, poética y erótica. La profética era temporal, reservada a las pocas personas que eran capaces de alcanzar el entusiasmo característico del trance de los chamanes. La teléstica o ritual expresaba la liberación de las necesidades instintivas llevada a cabo colectivamente durante los ritos religiosos coribánticos, caracterizados por danzas orgiásticas y que tenían función catártica. La poética era resultado de la posesión de las musas, era un estado de inspiración otorgado por los dioses al artista, para facilitar el proceso de creación. La locura erótica iba asociada con el amor humano, que en la cultura griega comprendía relaciones, tanto heterosexuales como homosexuales"(Freedman 1975). Existía la incubación como tratamiento, constaba de varios estudios; en el primero los que presentaban efectos de diversas enfermedades físicas o psíquicas eran sometidos en primer lugar a un ritual de purificación, entonces iban a dormir al templo, en corredores subterráneos construidos en forma de laberinto. Mientras el paciente dormía el dios Asklepios aparecía en sus sueños en forma de hombre, niño, serpiente o perro, tocaba la parte enferma del cuerpo de cada paciente y entonces desaparecía la alteración. El paciente se despertaba curado y su sueño sería interpretado por un descifrador. Posteriormente a su curación el paciente haría ofrendas a Asklepios como se menciona en el Fedón de Platón. Dentro de la cultura griega en la opinión popular creía en un origen sobrenatural de las enfermedades mentales. "Existía la creencia de que las personas que tenían estas enfermedades, estaban poseídas por espíritus diabólicos, personificados por las terribles diosas Misia y Lissa" (Freedman 1975).

Sin embargo existen algunos indicios de que los enfermos también podían considerarse sagrados, como en el caso de las culturas primitivas. Esta visión popular no facilitaba el tratamiento del enfermo mental. En los casos de mediana gravedad se les abandonaba a sí mismos como objetos de desprecio, ridículo y burla. Los considerados violentos eran encerrados en sus casas siendo atados frecuentemente con cadenas, basadas en la suposición de que los mismos dioses que los hicieron enfermar deberían cuidar de ellos. En esta época aún no existe un estatus legal para el enfermo puesto que su conducta antisocial, era considerada como castigo de los dioses. El criminal mentalmente enfermo era relevado de toda responsabilidad legal de sus acciones y era expulsado de su ciudad u obligado a someterse a ritos de purificación.

Para Hipócrates (siglo IV n.e.) los trastornos psíquicos son trastornos del organismo y concretamente enfermedades del cerebro. Su concepto médico de la locura giraba alrededor de la interacción de cuatro humores del cuerpo (sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema). Las personas eran clasificadas según cuatro temperamentos correspondientes (sanguíneo, colérico, melancólico y flemático) que se creía indicaba su orientación emocional predominante. " El funcionamiento de la personalidad alcanzaba un nivel óptimo cuando se conseguía la crisis o interacción apropiada de las fuerzas internas y externas " (Freedman y Kaplan 1975). El conflicto entre estas fuerzas llamado discracia indicaba la presencia de un exceso de humor corporal que tenía que extraerse mediante las purgas en general con eléboro negro" (Freedman y Kaplan 1975). Entre sus textos más conocidos figura el dedicado a la epilepsia, en el que rechaza la noción popular de su origen sobrenatural y la diagnóstica como enfermedad. Rechaza también por completo la influencia de los dioses como causa de la enfermedad mental e influyó también en las actitudes sociales de su tiempo. Gracias a su influencia, si se podía probar que el individuo enjuiciado padecía de un trastorno que Hipócrates denominó paranoia, la corte nom

braba un guardia para el acusado.

Por muchos siglos persistieron las tres ideas dominantes sobre el origen y la naturaleza de las enfermedades mentales. A veces se recalcaba el papel de los poderes sobrenaturales malignos, esta idea cristalizó posteriormente en la idea de la posesión diabólica. A veces se veía más claro el papel de una emoción intensa, a veces se acentuaba el papel de los factores físicos, cuando se citaba el desequilibrio de los humores corporales como causa de las enfermedades mentales. Los Romanos no acertaron en explorar el legado que les había dejado los Griegos y éste cayó en el olvido junto con los brillantes principios médicos dictados por Hipócrates, mientras se pusieron otra vez de moda la magia y la superstición. Se produjeron algunos chispasos esperanzadores, sobre todo con Galeno (130-200 n.e) médico de Misia, que practicó en Roma y recogió todo el material acumulado por sus antecesores, completándolo con sus propias observaciones. Estudió la anatomía y la Fisiología del sistema nervioso y postuló que la existencia de síntomas no indicaba necesariamente que el órgano o la parte del cuerpo que expresaba dichos síntomas fuera la parte alterada. Postuló la teoría del alma racional, que dividió en una parte externa y otra interna. La primera constaba de los cinco sentidos y la segunda de la imaginación, el juicio, la percepción y el movimiento. Estaba convencido del influjo de los humores en el proceso morboso, aunque con el tiempo se fueron deformando sus ideas y todo el sector de las enfermedades mentales se divorció de la medicina. Sostenía que la salud del alma dependía de la armonía adecuada de las partes racional, irracional y sensual del alma. Cuando se cometían inconscientemente errores de juicio podían ser corregidos por una educación adecuada.

"La contribución más importante de los romanos a la Psiquiatría está en relación con los aspectos legales de la enfermedad mental. Antes los diferentes términos que definían al enfermo eran utilizados alternativamente, sin embargo en el texto -

legal de los romanos *Corpus Junis Civilis* se exponían con detalle los diferentes estados como enfermedad y embriaguez, que podían disminuir la responsabilidad criminal. Sin embargo al parecer el estado de la mente del demandado era determinado por un juez " (Freedman y Kaplan 1975). Soranus (siglos I y II n.e.) es conocido como uno de los primeros humanistas que aplicando el tratamiento del enfermo mental, pedía que las habitaciones se mantuvieran aisladas de estímulos perturbadores; las visitas de los familiares eran limitadas, se enseñaba al personal responsable los cuidados a los pacientes, a ser comprensivos y durante los intervalos lúcidos animaba a los pacientes a que leyeran y a que explicaran lo que habían leído que participaran en representaciones dramáticas y hablaran en reuniones de grupo. Las observaciones de San Agustín (345-430 n.e.) en muchos campos revelan una gran comprensión psicológica, varios factores fueron atribuidos a factores sexuales. Su análisis de la memoria anticipaba los conceptos modernos del inconsciente, aceptaba la descripción de Cicerón de cuatro pasiones o perturbaciones principales (deseo, miedo, alegría y tristeza) que podían ser moderados por la razón.

En la Edad Media, la ciencia médica no sólo dejó de desarrollarse sino que experimentó un gran retroceso. Al declinar el imperio romano y durante los períodos oscurantistas del hombre occidental, reapareció la demonología, las explicaciones espiritistas, así como los exorcismos de los cuales disintieron algunos individuos. A comienzos de la Edad Media como resultado del colapso experimentado por la ciencia dejaron sencillamente de preocuparse por los enfermos mentales, pero a partir del siglo XV las condiciones en que se encuentran son infinitamente peores. La ciencia católica enfrentada a la ciencia laica, considera a los enfermos mentales como seres bajo el dominio del demonio, al que habían vendido el alma. A veces a lo largo de la Edad Media y después en Europa y en toda América, grandes grupos de individuos simultáneamente parecieron ser afectados por epidemias psíquicas. La mayoría eran campesinos pobres y artesanos y otros miembros desvalidos de la

sociedad en que vivían. Masas de personas creyéndose poseídas por el demonio bailaban juntas en la calle gritaban nombres de los espíritus malignos en público, se desnudaban o se exorcisaban y hablaban de sus visiones extáticas. La creencia general era de que los pacientes mentales se curaban por fuerza sobrenaturales, por la intercesión de los santos. Existía una semejanza con la antigua práctica de la incubación, ya que esta intercesión se decía que se producía en su mayor parte mientras el paciente estaba durmiendo. Cuando los santos no intervenían se usaban métodos físicos de tratamiento (sangrías). En esta época muchos pacientes sucumbieron en las mazmorras y en las hogueras. Nunca se pretendió que la posesión fuese la única causa de la enfermedad mental. De hecho la primitiva medicina cristiana prometía mucho. Hay pruebas de que médicos cristianos aceptaban la patología griega y también rechazaban la creencia de que era inútil tratar a las víctimas de enfermedades incurables. El Cristianismo imponía el deber de amar al prójimo necesitado y doliente. Durante esta época, en los países árabes prevalecía una actitud más humanitaria hacia los enfermos mentales, la aproximación de los árabes a la enfermedad mental estaba muy influida por la ciencia médica griega, los principios del Cristianismo y el inteligente gobierno bizantino. El ambiente era relajado y el régimen terapéutico comprendía dietas especiales, baños, farmacos, perfumes y conciertos en los cuales los instrumentos eran tocados de manera especial para no agitar los nervios de los enfermos. La base de esta actitud humanitaria está en la creencia musulmana de que la persona enferma es querida por Dios y escogida particularmente por él, para explicar la verdad. La diferencia entre enfermedad y posesión era mínima y los enfermos mentales eran con frecuencia adorados como santos. Desde el punto de vista moderno parece que esta actitud podía facilitar la recuperación del paciente, ya que permitía la libre expresión de sus instintos sexuales y agresivos. Con todo, el Cristianismo reconocía las limitaciones del arte médico y tenía fe en la intervención divina. también los primeros cristianos inauguraron tratamientos médicos regulares y asistencia social, mediante hospi-

tales, y surgió una forma religiosa de psicoterapia que era al mismo tiempo curativa y consoladora, sin embargo la medicina general decayó visiblemente y las enfermedades mentales quedaron excluidas de su ámbito.

Constantino el Africano (1020-1087) en su obra *De Melancholia* describió por primera vez los síntomas que caracterizaban ese síndrome: tristeza debida a la pérdida del objeto amado, miedo a lo desconocido, aislamiento e inmovilidad de la mirada en el espacio, ideas delirantes sobre padres y hermanos, que se atribuían a la ambivalencia e intenso miedo y culpabilidad en las personas religiosas. El pronóstico era más favorable en los estados reactivos agudos y cuando el paciente no había llegado a un estado de aislamiento extremo. Antes del tiempo de San Agustín, los pensadores estaban dispuestos a considerar el cuerpo y el alma como dos sustancias independientes, como si el alma fuese una especie de ente espiritual al que hubiesen tomado y enjaulado contra su voluntad e intereses en la concha del cuerpo. Pero cuando apareció una nueva concepción de la naturaleza humana fué después de los tiempos barbaros, hacia fines del siglo XII, al reavivarse el interés por la filosofía de Aristóteles y al incorporarse esta a las especulaciones cristianas de San Alberto Magno y de Santo Tomás de Aquino. Entonces como nunca antes acentuó la filosofía cristiana la unidad entre la mente y el cuerpo, el hombre es un ser per se. Al iniciar el siglo XIII el núcleo de la teoría de la psicopatología postulada por Alberto Magno (1193-1280) y Tomas de Aquino (1225-1274) lo constituía la noción de que el alma no podía enfermar, por tanto la locura era esencialmente un trastorno somático. El trastorno mental era atribuido a un deficiente uso de razón o bien las pasiones eran tan intensas que interferían con el razonamiento adecuado. Esto es, el hombre presenta una amplia gama de potencias naturales, que van desde la facultad de nutrirse, crecer y reproducirse, hasta los sentidos, la memoria, la imaginación, el instinto, y a través de las pasiones y los afectos, hasta las operaciones racionales y libres de la mente. Santo Tomás aludía -

con frecuencia a las interacciones psicosomáticas los excesos pasionales que enferman al cuerpo y trastornan la mente y las vivas percepciones de la mente que remueven las emociones y alteran las funciones del cuerpo; las enfermedades corporales que influyen en la mente, en el espíritu, en la imaginación y en los sentimientos. Estos conceptos implican naturalmente que los trastornos mentales son competencia del médico. Todavía se consideraban muchas enfermedades mentales como pruebas de posesión diabólica. Por una ironía de la historia esta creencia - lo mismo la fé en la hechicería, magia negra, pactos con los espíritus malignos - y otras ideas por el estilo, no alcanzaron su apogeo durante los tiempos barbaros, sino cuando estaba desvaneciéndose la Edad Media y alboreaba esplendorosa la edad del Renacimiento. Fueron tiempos de contradicciones. Por una parte se trataba a los pacientes con humanidad y visión como en Gheel (Bélgica) donde se mantenían en contacto con su vida familiar y se les admitía en los hospitales generales establecidos por Inocencio III, pero en los siglos XIV y XV se iniciaron las "cacerías de brujas". En esta época se publicó el "Martillo de las Brujas", de Sprenger y Kreemer, que se convirtió en texto clásico para todos los juicios de brujería. Es difícil decir hasta que punto se confundía la brujería con la locura. En principio se comprendía la diferencia pero en la práctica no siempre. Durante esta época existieron epidemias contra los supuestos posesos, que llegaron a alcanzar proporciones monstruosas. La historia nos ofrece pruebas indudables de numerosas sentencias dictadas contra personas psíquicamente enfermas que contaban relatos fantásticos de sus relaciones con el diablo, de sus viajes al infierno, etc. La época de las ejecuciones en masa en Europa va cediendo paso luego a otras actitudes no menos - crueles hacia ellos, algunos eran encerrados en desvanes y sótanos donde estaban - virtualmente prisioneros de sus familiares. Otros eran simplemente abandonados. - Durante el siglo XIV se fundaron varias instituciones para el cuidado o más exactamente para la custodia de pacientes mentales. El primer hospital mental fué fundado en Valencia en 1409. Desde 1412 a 1489 fueron sumados otros cinco hospita

les en varias ciudades de España y en 1567 bajo la influencia hispánica en la Ciudad de México fué fundado el primer hospital mental del nuevo mundo. Los árabes ejercieron una influencia importante en la aparición de la nueva actitud de los españoles hacia la enfermedad mental. Esto se deduce por el gran parecido de estos primeros hospitales mentales españoles con algunas de las instituciones árabes que al parecer estaban destinadas a enfermos mentales. "Después de esta época nace Juan Luis Vives el padre de la psiquiatría empírica y precursor de la psicología dinámica actual, que acentuó la importancia de las asociaciones mentales y psicológicas y del influjo que ejercen sobre ellas las emociones. Patrocinó la causa de los enfermos mentales y abogó por que se les tratase con dulzura. De la mente escribió "como lo mejor del mundo es el hombre y lo mejor del hombre es la mente, debe prestarse particular atención a la salud de ésta" (Braceland 1967). Paracelso (1493-1541) concibió al hombre como un ser psico-biológico, un organismo bien trabado y criticó la creencia en las brujas y en los prejuicios de las prácticas médicas de la época. Cornelli Agripa de Nettesheim (1468-1535) despreciaba igualmente de corazón los prejuicios de su tiempo; entonces probablemente se hecharon los cimientos para la comprensión científica de las enfermedades mentales. Al principio del siglo XVI la filosofía a través de René Descartes enseñó que todos los elementos del universo podían reducirse a dos sustancias separadas y distintas: espíritu y materia. La esencia de aquel, era la actividad consciente y la de ésta la extensión. En el proceso de razonar creyó descubrir la prueba fundamental de la vida y la existencia espiritual: "pienso luego existo". La influencia del Cartesiano con su énfasis exagerado en el dualismo, fué desastrosa para la psiquiatría. Si el cuerpo humano es una máquina sujeta a leyes de la mecánica y su mente un destello intelectual sujeto a las leyes del espíritu, se pierde la unidad del individuo y es inútil estudiar las relaciones entre la vida mental y la física. Johann Weyer (1515-1588) empezó con una dura repulsa de la brujería y una fuerte condenación de los sacerdotes que sustentaban esta creencia, entonces pasaba a ex

plicar, basándose en el conocimiento médico puro, una variedad de signos sobrenaturales con los cuales se identificaba en general a los embrujados. Cuando el conocimiento médico resultaba insuficiente, como en el caso de las alucinaciones, atribuía estos fenómenos a una combinación de factores naturales y sobrenaturales. Dió explicaciones de las psicosis de masa y describió que muchas de éstas surgían de síntomas de melancolía que provenían del amor, sugirió que se llamara a médicos de buena reputación antes de calificar a las mujeres como brujas, ya que en su opinión la conducta de dichas mujeres se debía a una enfermedad. Weyer opinó que es posible encontrar la patología de los fenómenos mentales si se obtiene una información detallada acerca del que sufre. Este médico trató con éxito a algunas personas acusadas de brujería sentándose con ellas y sosteniendo pláticas durante largos períodos. La contribución más importante y realmente notable de Weyer fué en el terreno de la psicoterapia. Recomendaba que las monjas de los conventos que manifestaban síntomas patológicos, con frecuencia de naturaleza erótica fueran aisladas en primer lugar y después se les permitiera volver con sus familias. Insistía en que debía tenerse en consideración las necesidades del individuo antes que las reglas de la institución. Reconoció la importancia de la relación terapéutica y de la atención y comprensión que el terapeuta debe dar al paciente. Su trabajo despertó al principio hostilidad y después fué simplemente ignorado por teólogos, filósofos, médicos y letrados, la verdadera audiencia a la cual el libro estaba dirigido.

En el siglo XVI en que el Renacimiento estaba en su apogeo, la actitud del público en general hacia la enfermedad mental seguía siendo esencialmente la misma que la que había prevalecido en tiempos primitivos y medievales. Como consecuencia de estos no se produjeron resultados claros en el cuidado de los enfermos mentales. Cuando se les guardaba en sus casas, sus familiares recurrían con frecuencia al uso de cadenas. Con algunas excepciones las condiciones a las que estaba ex -

puesto el paciente mental hospitalizado eran igualmente deplorables, al parecer los administradores de los hospitales compartían la opinión popular sobre los enfermos mentales quienes eran recluidos como delincuentes acusados de estado más graves en mazmorras y cárceles. " Durante varios siglos el establecimiento típico de enfermos mentales fué el manicomio de Bedlam (Londres). Los enfermos se hallaban en pequeñas habitaciones con agujeros en la pared en lugar de ventanas, con pisos de piedras, sin estufas, ni muebles de ninguna clase. Desnudos y sujetos a la pared con grillos, permanecían allí generalmente toda su vida. Los vigilantes armados de látigos, acudían únicamente a apaciguar a los que se alborotaban. La furia a pesar de los grillos alcanzaba grados extremos. Los días de fiesta gentes endomingados acudían allí a divertirse irritando a los enfermos, la entrada era de pago, pudiendose observar en los siglos XVI y XVII que las cifras recaudadas corresponden a un número de visitantes aproximado a cuarenta mil al año" (Sluchevski 1963).

El siglo XVII representa un período de transición desde la dependencia sin crítica de las antiguas creencias en los dioses, que en el renacimiento encontró su expresión en la manía por la brujería, a la especificación y aplicación de criterios metodológicos en la ciencia, varios progresos científicos condujeron a la preocupación por la clasificación de los trastornos mentales, en 1602, el médico suizo, Felix Platter (1536-1614) empieza con un intento de clasificación de las enfermedades mentales, adhiriéndose a una teoría de origen órgano-humoral; sin embargo este punto de vista no excluía al demonio como factor etiológico, por lo menos en algunos casos de mujeres poseídas. En esta misma época Paola Zachia (1584-1659) escribió que sólo un médico era competente para juzgar el estado mental de una persona, sugirió que este exámen debía basarse en la observación de la conducta, lenguaje, acciones, capacidad de emitir un juicio correcto y el estado emocional de una persona. Insistió en que primero debía tenerse en consideración a la perso

na antes que a la ley. Thomas Sydenham (1624-1689) es considerado en general como el iniciador de la aproximación clínica en la medicina moderna, aunque no estaba interesado específicamente en las enfermedades mentales, fué consciente de la importancia de los síntomas neuróticos e histéricos y la frecuencia con que se producían en sus pacientes y describió estos síntomas en detalle, señaló que las manifestaciones histéricas no se limitaban a las mujeres sino que también podían observarse en hombres y niños. Su gran importancia radica en el hecho de hacer que los psiquiatras que se ocupaban exclusivamente de los fenómenos psicóticos, dirigieran su atención hacia los síntomas neuróticos. En la *Anatomy of Melancholia* de Richard Burton (1577-1640) se aclaran las causas sociales y psicológicas de la locura, celos, soledad, miedo, pobreza, amor no correspondido, o religiosidad excesiva. Este énfasis en los factores emocionales en el origen de la enfermedad mental combinado con el rechazo de factores sobrenaturales y prácticas ocultas, marco un nuevo estadio en el desarrollo de un concepto del hombre más humano y comprensivo.

Como resultado de la importancia atribuida a la razón durante el siglo de las luces la locura fué confinada al terreno de lo absurdo y lo irracional, la glorificación de la razón y la falta de tolerancia para lo irracional culminó con un rechazo completo del enfermo mental desde un punto de vista filosófico, lo que representaba el primer paso hacia el puritanismo. Durante el siglo XVIII había una contradicción básica en la actitud hacia el enfermo mental. Estos eran rechazados por las sociedades profesionales médicas. Aún cuando los hombres cultos de toda Europa estuvieron ocupados en una discusión filosófica de la mente humana y sus funciones y de las teorías económicas y sociales, los enfermos mentales continuaban siendo objeto de burla y menosprecio. Se hizo algún progreso en la comprensión y tratamiento de las enfermedades mentales. Las evidentes injusticias de esta situación dieron lugar finalmente a esfuerzos para idear métodos mejores para su tratamiento. La-

ilustración italiana en contraste con la francesa y la inglesa adquirió un carácter práctico que cristalizó en el gobierno del Duque Pedro Leopoldo (1747-1792) quien estableció la ley sobre los Locos en 1774, que daba las normas específicas incluyendo la exploración mental que debían seguirse en los casos de internamiento. En 1785, el duque empezó la construcción del hospital Bonifacio. Se abrió tres años después, bajo la dirección del joven médico Vincenzo Chiaruggi (1759-1820). El reglamento del hospital evidentemente establecido bajo la supervisión de Chiaruggi, afirmaba de manera específica que "es un deber moral supremo respetar como persona al individuo loco" (Freedman 1975). Según este reglamento estaba prohibido aplicar la fuerza física o métodos crueles a los pacientes, excepto el uso ocasional de una camisa de fuerza, ideada de modo que no causara al paciente excesiva incomodidad. También se establecieron medidas higiénicas y de seguridad. Bajo la dirección de William Tuke (1732-1819) en 1796, se abrió un retiro en York, para unos 30 pacientes que eran tratados como huéspedes con amabilidad y comprensión en una atmósfera amistosa libre de toda limitación mecánica y también de cualquier influencia médica directa. El trabajo manual era considerado benéfico y se les animaba a su práctica, este retiro sirvió de modelo a varias instituciones que se establecieron en este país en el siglo XIX.

En 1793 Phillippe Pinel (1745-1826) se convirtió en superintendente de Bicêtre (para pacientes masculinos) y más tarde de la Salpêtrière (para mujeres) que alojaban criminales, retrasados mentales y enfermos mentales; una de las primeras acciones de Pinel en el Bicêtre fue liberar de sus cadenas a los enfermos mentales aunque es recordado por otras dos contribuciones importantes; su intento de analizar y clasificar síntomas y su aplicación al tratamiento moral. Pinel describió los síntomas clínicos de manera muy sencilla, pero con gran calidad, se describieron cuatro tipos de locura: la melancolía (alteración en la función intelectual), la manía (excesiva excitación nerviosa con delirio o sin él), demencia (alteración de los procesos del -

pensamiento), e idiocia (obliteración de las facultades intelectuales y afectos). El tratamiento moral de Pinel se basaba en el concepto Aristotélico de que la salud mental dependía del equilibrio de las pasiones, que eran considerados eslabón entre mente y cuerpo. En Estados Unidos se constituyó como un terreno de prueba ideal para algunas de las nuevas ideas. Benjamín Rush (1745-1813), que es considerado el padre de la psiquiatría norteamericana, estaba interesado en todo tipo de reformas sociales e introdujo nuevos métodos basados en el tratamiento moral en el Pennsylvania Hospital, sin embargo reafirma su creencia en purgantes, eméticos sangrías, así como en el "tranquilizante", una silla especial en la que eran sentados los pacientes agitados, atados y después suspendidos en el aire. Mas relacionados directamente con el tratamiento moral estaban algunos hospitales privados. No obstante fué necesario un suceso llamativo para que calaran estas ideas en el público. Este suceso fué la locura de Jorge III, que sufrió varios ataques de psicosis maniaco-depresivo y pasó sus últimos años (hasta su muerte en 1820) en un estado psicótico intratable, en uno de sus primeros ataques se le confino poniendole una camisa de fuerza. Esto produjo cambios saludables en la actitud frente a las enfermedades mentales. Tuke compartió la idea de que los enfermos mentales eran víctimas inocentes que tenían derecho a la compasión y de que se veían privados de razón a causa de tensiones que podían ser psicológicas tanto como físicas. Tuke introdujo el tratamiento moral para los enfermos que era el polo opuesto al trato coercitivo, reconoce la dignidad humana del paciente y pide que se le conceda toda la libertad y responsabilidad que sea capaz y se le ponga en parajes apacibles, que inviten al relajamiento. En sí mismo el tratamiento moral es terapéutico y además crea la atmósfera propicia en la que cualquier clase de terapéutica puede surtir sus mejores efectos.

En contestación a la presión pública subsiguiente a la muerte y desaparición de varios pacientes a cuyos familiares se les negó el privilegio de visitarlos y el hecho

de haberse quemado los archivos del establecimiento, se abrió una investigación que reveló hechos más que suficientes para provocar la indignación general. En 1815 se nombró un comité selecto para estudiar la posibilidad de implantar "mejoras" en el reglamento en los manicomios de Inglaterra. En todos estaba en vigor el uso de cadenas, así como de paja o tablas desnudas como camas, la suciedad, la aglomeración y la falta de ventilación, que ponían en peligro la vida. La indignación que estos acontecimientos provocaron, obligó a introducir cambios beneficiosos, aunque no por eso se desarraigaron ni se corrigieron definitivamente los abusos. Mas adelante se crearon nuevos asilos, los que estaban aún mas adelantados sobre el tratamiento comprensivo de los enfermos mentales, aquí es donde comenzó el movimiento de la no violencia. Durante este siglo se sustituyó el término manicomio por el de asilo de acuerdo con la nueva actitud terapéutica para con los enfermos mentales, por desgracia no duró mucho la emancipación de los pacientes. Con el aumento de la población y la acumulación de los casos clínicos en los asilos, desapareció el tratamiento moral fuera de los hospitales privados. "Reapareció la fuerza bruta, ahora ya bajo el control legal, al público le empezó a sonar la palabra asilo, casi tan escalofriante como le había sonado anteriormente la palabra manicomio". (Braceland 1967).

Mientras tanto el médico Irlandés Conolly publica un libro en el que se propone un sistema llamado libre. En la historia de la Psiquiatría la teoría de Conolly tiene perfecto derecho a que se le considere aún mas progresista que lo que había realizado Pinel. La idea de Conolly es que en cuanto más libertad se le permita al enfermo mental y cuanto menos se le sujete por medios mecánicos, mayores son las probabilidades de que se cure rapidamente, mas tranquila es su conducta y por lo tanto resulta más fácil cuidarlo. Insistía en que los enfermos mentales debían encontrarse en establecimientos análogos a los que existían para pacientes somáticos. En sustitución a los establecimientos carcelarios debían abrirse hospitales don

de quedarían instalados los enfermos mentales. A pesar de estos puntos de vista progresistas de Pinel y Conolly, la situación de los alienados no puede decirse que mejorase grandemente. Cuando se estudia el período de fines del siglo XVIII y comienzos del XIX vemos que el trato sigue siendo cruel como antes. Así nos lo dice la situación de los enfermos en Francia, "Esquirol sucesor de Pinel, médico de la Salpetriere, que visitó especialmente todos los hospitales de Francia, los describe de este modo: hallábanse tendidos en el suelo y desnudos privados de aire, sujetos con grillos a las paredes de las cuevas en las que no se encerraba ni a las fieras más salvajes, guardianes codiciosos los muestran como bichos raros. El látigo, los grillos y la reclusión son los únicos medios que para su seguridad utilizan los guardianes crueles e ignorantes que los sujetan con piezas de hierro por el cuello, el cuerpo, los brazos y las piernas."(Sluchevski 1963)." Las medidas de sujeción se mantuvieron por mucho tiempo, sobre todo en Alemania. Existen sillones especiales para atar a los enfermos, con correas en las manos, el pecho y las piernas, máquinas de rotación, camisas de fuerza y otros muchos aparatos destinados a impedir todo movimiento"(Sluchevski 1963)" El desarrollo de la psiquiatría en América coincidió con el desarrollo de los hospitales, se decía que los países de habla inglesa eran los encargados de crear las condiciones para un tratamiento más inteligente y humano, lo que no significa que en otros países no se hiciera, lo que pasaba es que había una separación de funciones médicas y administrativas, que repercutía desfavorablemente en los centros mentales. Con excepción de Benjamín Rush (1745-1790) los psiquiatras americanos fueron directores de centros hospitalarios, tenían gran interés en el sistema nervioso y la conducta humana. En 1752 se construyó el primer hospital en Filadelfia para dementes y posteriormente en otras ciudades lo que provocó una consagración por la causa de los enfermos mentales. Esto ayudó a convencer a los ciudadanos influyentes de que las enfermedades mentales eran curables siempre que se dispusiera de servicios adecuados, dirección médica y trato humano. De hecho no tardó en imponerse el culto a la curabilidad -

pero con aspiraciones desorbitadas y así terminó en el desengaño. Durante los años 30 y 40's del siglo XIX empezaron los estados a construir hospitales mentales entregandolos a la dirección de médicos excelentes. Dorothea Dix (1802-1887) ventiló temas candentes ante el público y contribuyó a sacar a los enfermos mentales de las cárceles, casa de beneficencia, sótanos y calabozos y trasladarlos a ambientes humanos y prometedores. Pero no le hubieran satisfecho mucho los resultados definitivos, pues terminaron por establecer los hospitales mentales, lejos de las comunidades locales, hasta aislar por igual a enfermos, directores y personal haciendo forzosa su separación eventual de los núcleos principales de la medicina profesional.

El sistema de libertad tardó en abrirse paso en los hospitales de Estados Unidos, en el primer congreso de psiquiatras americanos (1884) se acordó que en algunas formas y estados de locura, la sujeción mecánica y la reclusión temporal son totalmente humanitarias y traen un sensible beneficio. "Las ideas de Pinel y Conolly determinaron este progreso, todo el siglo XIX y comienzos del XX se caracteriza por la difusión de estas, sin embargo ya entrados en nuestro siglo se produce un retroceso, hacia los años 20-30's en la organización de la asistencia psiquiátrica de los países europeos y sobre todo de Estados Unidos, en donde se generaliza la mutilación en masa de los alienados por medio de la castración y esterilización, llegando en 1949 a 22,500 esterilizados en este país. Una actitud especialmente inhumana es la de los fascistas alemanes que durante la última guerra llevaron a cabo el exterminio en masa de los enfermos mentales en todos los países ocupados" (Gluchevski 1963).

El desarrollo de la asistencia psiquiátrica en Rusia. A comienzos del siglo XI se construyó el primer establecimiento hospitalario en que junto a otros "desgraciados" se amparaba a los enfermos mentales, el pueblo ruso en la antigüedad no los mira-

ba como auténtico enfermos, los consideraba al menos como seres que necesitaban ayuda a cuidados especiales. Desde fines del siglo XI hasta el XVII la curación de los enfermos estaba encomendada a los monasterios, en esta época a los enfermos tranquilos se les consideraba ofendidos de dios o como bienaventurados o sea necesitados de protección. Les rodeaban de atenciones y cuidados, los alimentaban y los vestían. Los enfermos permanecían en los monasterios hasta su curación. En 1667 bajo el reinado de Fedor Aleixevich, aparece la primera ley sobre los alienados en la que se les incapacita para disponer de sus bienes. En 1723 bajo el reinado de Pedro I se dicta una nueva ley sobre los enfermos psíquicos "El senado los interrogará en su presencia sobre sus bienes, con preguntas a los que puede responder todo hombre cuerdo y si a estas preguntas empieza a hablar de otra cosa, por lo que se pueda reconocer su tontería, si son casados o tienen hijos, no se les privará de sus posesiones" (Sluchevski 1963). Pedro I confirmó en varios decretos el anterior estado de cosas sobre el mantenimiento de los dementes en los monasterios. Sin embargo al final de su reinado promulgó un decreto sobre la creación de hospitales especiales para los alienados, con la prohibición de enviarlos a los monasterios. "De esta manera debemos subrayar que en Rusia desde los primeros momentos, lo corriente fue una actitud comprensiva hacia los enfermos mentales, se les consideraba enfermos, se les cuidaba si bien no estaban sometidos a ningún tratamiento, se les protegía en los monasterios con un criterio humano para aquellos tiempos. En 1775 se instituye el departamento de Protección Social y se crean las casas de orates". (Sluchevski 1963). En la compilación de leyes del imperio ruso hay una de 1775 (t. XX, cap. XXV, pag. 389) en la que se lee " con respecto al establecimiento y vigilancia de las casas destinadas a los locos, el departamento de protección social corresponde de que el edificio que se escoja, sea lo suficientemente amplio, firme y que no tenga goteras. Cada casa debe estar dirigida por un hombre honrado, de buen corazón y de carácter y con el número necesario de personas encargadas de vigilar, cuidar y de dar de comer a los locos. El personal se

puede contratar de entre los soldados licenciados que sean honrados y buenos o entre otras personas; por un sueldo voluntario. Este personal debe conducirse con los locos de forma humanitaria, vigilarlos constantemente que no se hagan ningún daño a sí mismos y que no se lo hagan a los demás. Por esto es necesario tenerlos en condiciones determinadas según su estado de locura, bien sea encerrado cada uno aparte o en un lugar en que no pueda hacer ningún perjuicio o sea motivo de peligro. Hay que procurar la curación, los locos que carecen de fortuna se admiten gratis, los que tengan, habrán de pagar una cuota anual para la manutención, el cuidado y para los vigilantes. El primer manicomio que se construyó en San Petesburgo en 1782 (Sluchevski 1963).

J.F. Riul decía en 1839, "nadie tiene derecho no ya a someter a los enfermos a castigos físicos o de cualquier otro carácter, sino que no se les debe hablar mal, ni reprochar; tampoco hay necesidad de confirmar ni negar sus pensamientos equivocados, por esto es mejor no tener conversaciones prolongadas con ellos.; no se debe prestar atención a las conversaciones de los enfermos con sí mismos y si hacen preguntas absurdas es mejor disculparse diciendo que no se sabe. Cualquier ofensa de palabra o de hecho hay que tomarlo con tranquilidad y no prestarle atención, pero no hay que rebajarse para que ellos se diviertan y de la misma manera hay que poseer presencia de ánimo y energía" (Sluchevski 1963).

En Francia donde se producían los progresos más importantes, las psiquiatras insistían en el estudio psíquico del paciente, la aclaración de los síntomas y su descripción detallada la estrecha relación entre psiquiatría y neurología y los aspectos médico legales de la psiquiatría. Se hizo un esfuerzo continuo por mejorar las instituciones y los hospitales para enfermos mentales.

A finales del siglo XIX se publica el libro de Wilhem Griesinger (1817-1868) Patolo

gía y Tratamiento de las Enfermedades Mentales que en 1845 fué considerado el libro de Psiquiatría de mayor autoridad, sostenía que las enfermedades mentales podían explicarse sólo en función de cambios físicos en el sistema nervioso. Los enfermos mentales eran separados inmediatamente de sus familiares y hospitalizados en grandes instituciones.

Continuaron los esfuerzos por construir una clasificación útil de las enfermedades mentales, fue necesaria la brillante capacidad sintetizadora de Kraepelin (1855-1925) para sacarla del atasco. Llegó a la conclusión de que la enfermedad es un proceso producido por una causa concreta y que sigue una línea de desarrollo trazada por determinadas leyes intrínsecas. Hasta antes de él lo que se hacía era recurrir a la clasificación de los trastornos bajo las categorías de congénitos y adquiridos. Aunque algunas de sus ideas han sido objeto de discusión puso muchos de los pilares del futuro. En concreto dejó asentado el hecho de que las enfermedades mentales son tan enfermedades como las demás y pueden clasificarse y estudiarse como las demás. Aunque fué contemporáneo de Freud puede ser considerado el último representante de la escuela predinámica de la Psiquiatría. Fué investigador aplicado y orientado académicamente. La principal contribución fué distinguir entre psicosis maniacodepresivas y la demencia precoz, aunque desgraciadamente esta distinción se llevó demasiado lejos en los pacientes del último grupo, que fueron incluidos entre los incurables. Eugene Bleuler (1857-1939) estimó necesario modificar y ampliar las ideas de Kraepelin sobre la demencia precoz y rebautizarla con el nombre de esquizofrenia, pues muchos psiquiatras se resistían a diagnosticarla en enfermos que ni eran jóvenes ni dementes. Para cuando Kraepelin puso orden en el campo de la nosología, ya la psiquiatría había tomado totalmente la orientación orgánica e im- personal. Era alarmante ver como empeoraba la cura y tratamiento de los enfermos mentales. Sus primeros trabajos en los hospitales, su colección de todos los hechos obtenidos de cada enfermo y su correspondiente estudio de las psicosis le pu

sieron en la pista de una posible relación de los hábitos típicos y las enfermedades mentales, y llegó a la conclusión de que se les podía entender como reacciones de la personalidad total ante las presiones de la vida. En este nuevo enfoque sintetizó todos los aspectos de la vida del individuo, orgánicos, sociales, culturales y psicológicos. Esta concepción es básicamente psicológica, se fija en los impulsos y en las situaciones generadoras de ansiedad, en las relaciones mentales defensivas, en las fugas, fantasmas e ilusiones y en los demás factores de las operaciones psíquicas, que constituyen el núcleo de gran parte de las teorías modernas psiquiátricas. Solo después de la introducción de varios tratamientos orgánicos en el período desde 1917 a 1937 (tratamiento de la malaria de Jauregg en 1917, tratamientos con comas insulínicos de Sakel, los shocks cardíacos de Von meduna, el electro shock de Cerletti y Bini y la psicocirugía de Moniz, estos cuatro últimos entre 1935 y 1937) se consideró con mayor optimismo el pronóstico de las psicosis. Mneos conocido pero también importante es el método de reintegración psíquica y social utilizando ampliamente en Rusia y basado en los estudios de Pavlov sobre los reflejos condicionados.

B) EN MEXICO.

La historia de los padecimientos mentales y la forma de tratarlos en México, se remonta a los inicios y florecimiento de las culturas que poblarón nuestro país, dentro de estos, sin duda los de mayor importancia y de los que desgraciadamente se cuenta con una relativamente poca información son las culturas Azteca y Nahuatl. Dentro de estas dos culturas existía una forma de conceptualizar los diferentes sucesos de su vida cotidiana, con respecto a la esencia del hombre establecían rasgos generales de las entidades anímicas, esto es, de los procesos vitales, funciones del conocimiento que son quienes constituyen dichos centros y entidades a las que se atribuye la existencia. Haciendo un análisis de la cosmovisión de esta cultura, se ha encontrado que estos centros eran ubicados en alguna parte del organismo humano donde suponen estarán concentradas las fuerzas anímicas o situaciones vitales y donde se generan los impulsos básicos, los que pueden estar diferenciados por funciones y pueden ser jerarquizados. Dentro de cualquier cosmovisión es importante distinguir entre centros anímicos y entidades anímicas, ya que es posible encontrar relación entre las funciones psíquicas y los centros anímicos. Estos centros generalmente son metáforas que surgen de la necesidad de explicar las alteraciones de algún modo. Todo el léxico empleado hace abundante mención de valores morales, es importante hacer un análisis de los terminos relacionados con la palabra Tlacatl (hombre) y del concepto de este entre los Nahuas. Literalmente significa el disminuido, como antecedente de este significado hay un mito en el Popol Vuh en el que se dice que los primeros hombres eran seres de gran inteligencia y poderes de excepción que causaban el recelo de los dioses, trayendo como consecuencia el castigo de estos a través de la disminución de sus capacidades. En su nacimiento se reunieron las fuerzas universales para formarlo como ser perfecto, pero su misma perfección lo condena a una disminución que lo subordina a los dioses. Se puede decir que el hombre es benigno, pacífico, compasivo, modesto, ge-

neroso, sano, inteligente, de vida sexual correcta, etc. Se encuentra en la mejor relación social con sus semejantes, que es de respeto y auxilio, cualquier desviación moral atenta contra la condición humana. Había un gran énfasis en la función anímica del corazón, el grupo yoi cumple en las áreas de la vitalidad, conocimiento y afección, además de los campos de la memoria hábitos, aficiones, voluntad, dirección de acción y emoción. Sin embargo, no se le identifica como el yo total que integra, este puede ser modificado por el paso del tiempo, hechizos, pecados, etc. que provocaban el torcimiento del organo causando la locura, maldad amnesia, fatiga, ira, inconsciencia y tangresión de las normas sociales. El grupo el (higado) maneja las áreas de la vitalidad, la afección, surte la energía para ser valiente, origina la alegría que lleva a la unificación de sentimientos y pasiones para eliminar la contradicción interna de emociones y con ella la angustia. Aquí se encuentran concentrados los recuerdos y se establece una forma de sentir a través del hígado, las alteraciones en éste provocan la codicia que lo convierte en alguien malvado y loco. El grupo tonal es un grupo muy pobre aunque se puede tomar como una entidad anímica, se relaciona con la valentia, resultado de una fuerza externa que a tocado en suerte al individuo y que afecta su destino y personalidad. Es vulnerable frente a las acciones maléficas y tiene la posibilidad de abandonar el cuerpo a causa de una fuerte impresión, más adelante será desarrollado mas ampliamente, como una entidad anímica. El grupo A se refiere a actuar con la mollera. Produce alegría, dejarla que dé de sí produce alteraciones como turbación o destrucción, sus características deben relacionarse con la parte superior de la cabeza la cual se le atribuí el pensamiento, surge la pregunta de como concilian la función del corazón con la de la cabeza, la del corazón cargada de voluntad y afecciones y el cerebro carente de ellas, las alteraciones en éste producen desvanecimiento, desatino y locura. Grupo Tzon, donde los cabellos tienen un vínculo con el estado anímico como la contumacia (persistencia en el error), actuar con los cabellos endurecidos es confirmarse en el mal adquieren su poder por pertenecer a

la cabeza. Grupo ihio daba un poder de atracción una especie de imán sobre la gente. Grupo ix, se puede reducir a la función de la percepción o del estado de conciencia, cumple con la función de sensación previa a la percepción que de acuerdo al pensamiento nahuatl era simultánea. Grupo nacaz, el oído también es un órgano de sensación y percepción ligado a las funciones superiores, vinculado a las Relaciones Sociales. Tener oído es ser prudente o sabio. Grupo Xicel.ombliigo es una parte muy importante para el Nahuatl, abandonarlo o perderlo es romper el vínculo con el cordón que condiciona la vida, recibir un daño es ser víctima de burla, engaño y pérdida de estimación, se utilizó como un gran insulto entre los nahuas. Grupo Cuitlamas que excremento se refiere a abundancia vana y esta relación con la flojera. Grupo Tlail, Tlael, también se refiere al excremento, se entiende en su relación con el asco y en la percepción del individuo apocado como excremento.

La participación de las diferentes partes del cuerpo en los estados y procesos animales se puede dividir en categorías: a) sustancias vitales que se distribuyen en el cuerpo para mantenerlo vivo, la sangre, el aire y lo que provoca el calor corporal; b) conductos de sustancias vitales; c) el sector del cuerpo con más fuerza vital (lado izquierdo); d) sitios irrigados de fuerza (cabeza, cara, mollera y cabellos); e) productos que al salir del cuerpo conservan energía (materia fecal, saliva y semen); f) centros mayores (cabeza, corazón e hígado); g) centros menores (coyunturas y pantorillas); h) órganos de los sentidos con funciones animales (ojos y oídos); i) órganos de los sentidos, reducidos a la simple sensación y poder de ejecución; j) centro de la dignidad (ombliigo); k) entidades animales diversas a los órganos que las contienen, como el tonalli, yolia (en el hígado) el ihiyotl.

Otro elemento considerado importante es el teyolfa que es algo que hacía que el cuerpo viviera, que era más que el corazón y que iba a reunirse con los dioses al mo-

rir el cuerpo y está representado por el aire que sale por la boca al morir el hombre, de alguna manera es el equivalente al alma o espíritu.

En resumen los centros anímicos eran 3; el corazón que supera a los otros en importancia y funciones. La parte superior de la conciencia y la razón. Y el higo do donde están los sentimientos y las pasiones. Habiendo establecido estos centros anímicos se tratará de identificar las entidades que existen en cada uno de ellos y como es que estas concepciones han sido modificados con el paso del tiempo de acuerdo a las características sociales específicas en las que se dan.

Estos centros anímicos estaban vinculados con otras entidades anímicas que eran conceptualizados de la siguiente manera:

El Tonalli significa irradiar día, destino de la persona por el día en que nace, alma y espíritu además de otras. El tonalli era la fuerza que se le daba al individuo y que pasaba a formar parte de su personalidad, podía perderse por defectos en la osificación de las fontanelas, por causa de la ira dividida. Por su relación con la energía solar se debía contar con la protección del dios del sol para lograr la curación de un enfermo a través de él. No equivale al alma aunque se puede decir que la fuerza se encuentra en algo como el aliento, su asiento principal está en la cabeza, su carencia provoca grave enfermedad e incluso la muerte. Su origen se considera que es otorgado directamente por una deidad (Ometecuhtli, que es la parte masculina de Ometeotl dios dual). El niño estaba provisto de una irradiación de los 9 cielos superiores durante toda la vida intrauterina y el independizarse, su tonalli debería ser incrementado, recibiendo la fuerza de seres que se hallaran cerca de él o en los cielos inferiores. El sol era el portador del tonalli y se utilizaba en algunas enfermedades como cura (tomando los rayos del sol). A un

recien nacido que no se le procurara el tonalli se le privaría de la buena ventura. El tonalli determina el grado de valor (ánimico del hombre, ya que tenía influencia en el temperamento, la conducta futura y establecía el vínculo con una voluntad divina. Esta fuerza recibía del corazón e hígado la dirección que había de seguir, aunque su fuerza se hallaba distribuida en todo el cuerpo, se decía que la sangre es un vehículo. Se podía vivir sin el tonalli pero por poco tiempo, se le atribuye al tonalli, el apetito, el estado de vigilia y el vigor, se pensaba que tenía necesidades propias que debían ser satisfechas para mantener la salud. Su naturaleza es caliente y luminosa, por lo que tenía la función reguladora de la temperatura del cuerpo, se asociaba la pérdida de fuerza con la disminución de la temperatura y el abandono de éste podía ser causado por el contacto con el agua. El tonalli era el vínculo con el mundo de los dioses. En general no se hacían distinciones entre sus ausencias normales y los que podían suponer enfermedad y muerte en el individuo. Entre las ausencias normales están, el estado de inconsciencia, la enfermedad, el coito, la ebriedad y el sueño. En cuanto a las que causan enfermedad y muerte pueden deberse a la violencia física, cortar el cabello o una súbita impresión de miedo, se cree que sin el tonalli se puede vivir entre un día y una semana a partir de la separación dependiendo de la edad y el vigor de la persona. Las alteraciones del tonalli producía consecuencias, tanto en el interior como en el exterior del individuo. Internamente había una deficiencia en la coordinación de entidades anímicas, acciones torpes, se recibían castigos por conducta impia, licenciosa y soberbia o bien había intrusión de seres con voluntad que atacaban la entidad animica. En el exterior era a través de sujetos agresores que eran capaces de atrapar al ser humano para devorarle el cerebro o bien a través de seres pequeños que permanecían escondidos y salían sólo en el momento propicio para atacar a sus víctimas. El tonalli se encuentra en humanos, animales, plantas y cosas que se cree que tienen un determinado momento mas propicio que otro por la ubicación de su tonalli, además se decía que había cierta atracción entre las personas que poseían

el mismo tonalli.

La segunda entidad es el Teyolia, es la entidad animica que iba al mundo de los muertos, por otro lado es la entidad que tiene su sede en el corazón y no lo puede abandonar hasta la muerte y despues viaja al mas alla. Se supone que es una donación de los dioses patrones del calpulli, aunque era necesario un segundo nacimiento para liberar al niño de todo lo malo que traia del vientre materno. Al estar en el corazón controla los poderes psicicos, la memoria, la voluntad, razonamiento espiritual y el alma. Es de naturaleza caliente y frio despues de la muerte. Los aleasiones del teyolia pueden deberse a una conducta inmoral en el área sexual, con ciertas enfermedades que cubren el corazón con flemas o que estan relacionadas con fiebres acuaticas. En el primer caso se exponia las faltas ante el sacerdote y tras la confesión, penitencia y ofrenda se esperaba su recuperación.

La tercera y última, el Ihiyotl, su identificación era en el hígado, es de mayor dificultad su ubicación sobre todo cuando se externaliza como aire de noche que puede atacar a los seres humanos, no hay evidencia de su origen, la insuflación se daba en el momento que el niño era ofrecido al agua, aunque se suponía que en el vientre había recibido el aliento vital, se creía que en el hígado residía la vida, el vigor, las pasiones y que aquí surgía la apetencia, el deseo y la codicia. Se representó como un gas luminoso susceptible de atraer a la gente o como un gas frio maloliente. Las alteraciones animicas en esta área eran provocadas por la inmoralidad, suciedad, trasgresiones sexuales, debía ser constantemente revitalizado por las fuerzas de la naturaleza. (El tonalli puede separarse del cuerpo no así el teyolia). Habiendo revivado las creencias sobre los centros y entidades animicas, debemos abordar la conceptualización del proceso salud-enfermedad en estas culturas.

CONCEPTOS PREHISPANICOS SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL.

Algunos textos de origen Nahuatl recogidos por Sahagun indican que entre estos pueblos existían una serie de ideas con respecto a la causalidad de la enfermedad que se puede agrupar en 4 áreas: los dioses, los signos calendáricos, los brujos y la naturaleza.

En los casos debidos a los dioses, las enfermedades eran enviadas al hombre directamente por alguna deidad, era un castigo por el quebrantamiento consciente o inconsciente de alguna prescripción religiosa (no cumplir ayunos, no abstenerse de mantener relaciones sexuales durante ciertas epocas, etc.). Se pueden nombrar como ejemplo 3 deidades, Tezcatlipoca, se consideraba gran hechicero y con amplio poder patógeno, producía enfermedades contagiosas como la lepra. Tlaloc dios de la lluvia, podía provocar torticolis, tullimiento, temblores, reumatismo. Se decía que Tlaloc recompensaba a quienes morían de dichos males, recibíendolos en su paraíso. Xipetotec el cual causaba diversas enfermedades en especial de ojos, sarna y viruelas, para curarse se deberían ofrecer sacrificios y ofrendas. Los signos calendáricos, tenían un calendario religioso dividido en 20 trecenas más cinco días considerados nefastos. Mientras, el calendario civil estaba constituido por 18 meses de 20 días, los dos estaban muy relacionados. Cada día en cada trecena tenían su divinidad, incluso cada hora era regida por una deidad, estas deidades podrían ser propicias para quien naciera bajo su influencia, entonces se le daba importancia al nacimiento, este destino sin embargo, no era determinista, se sabía que el hombre podía modificar su destino y su vida segura, los causes que el mismo marcaba. La influencia de estas deidades se manifestaba por la propensión o ciertas enfermedades. Aquí específicamente refiriéndose a una acción patológica de Xochiquetzal y Chihuahuateo en combinación con el signo respectivo. Los Brujos, no sólo se consideraban los brujos por su profetización sino también como causantes de la enferme-

dad, se ha llegado a pensar que algunos males epidémicos eran enviados por los brujos. Los Nahuas comparaban a los malos médicos, que en lugar de sanar causaban enfermedades, con los hechiceros existían cuando menos cuarenta clases de estos seres. Las enfermedades naturales. La enfermedad se interpretaba desde dos puntos, uno místico y no puramente racional y el otro consideraba la medicina como producto de la observación sistemática de los efectos de las diversas plantas utilizadas para diferentes males. No se puede negar que lo que respecta a salud-enfermedad corresponde a una área sobrenatural aunque no sostenida en este enfoque. Hay evidencia del cultivo de la herbolaria medicinal, además de conocimiento sobre animales y minerales con fines curativos. Conocimiento sobre el cuerpo humano y distinción entre el médico verdadero y el falso. Es muy evidente el empleo de plantas para la curación de todo tipo de enfermedades, incluso el desarrollo de jardines botánicos y zoológicos se dió primero en México que en Europa lo que habla de una investigación sistemática de los efectos de las plantas. A partir del conocimiento del cuerpo descartan la posibilidad de participación de factores religiosos, mágicos o sobrenaturales. El buen médico lo consideraban sabio, que conoce experimentalmente los casos las hierbas, piedras, raices, etc. las prueba primero antes de aplicarlas, dá salud por medio de masajes, purgando, cortando, etc. El mal médico se burla de la gente, conoce hierbas maléficas, conoce magias y hechicerías y es fruto de la mas completa ignorancia.

Sistemas terapeuticosnativos. A partir de las creencias de la etiología de la enfermedad existian tres aproximaciones a la cura de la enfermedad, la natural, el psicoreligioso y el mixto.

La terapéutica natural. Es el tratamiento y cura de una enfermedad a través de agentes de origen vegetal, animal o mineral, este sistema se lleva a cabo por los médicos con conocimiento de herbolaria y la aplicación de esta. La información

sobre el conocimiento de cualidades medicinales de animales es menor, así como de los minerales. Aunque había recetas hechas con sustancias de los tres elementos. La terapéutica psicoreligiosa incluye una mezcla de invocaciones a espiritus y deidades junto con gestos y prescripciones rituales, pero sin ingestión de medicamento alguno. Este tipo de tratamiento es llamado mágico entre los métodos empleados esta la invocación, que se dirige a una divinidad pidiendo cese el castigo. El conjuro en el cual se une la fuerza a algunos seres mitológicos para acabar con el mal. La manda en los que se ofrese algo a cambio de la finalización del mal. Las limpias que se hacen con hierbas para extraer a seres que sufren de malos aires. Esto se llevaba a cabo a nivel popular en una fiesta de purificación, se cree que de ahí las escobas surgen para representar a las hierbas. La terapéutica mixta. Conjuga las dos terapias anteriores, utilizando medicamentos naturales y elementos religiosos. Son innumerables los casos en que se utilizara este tipo de terapéutica, este tipo de terapia es considerada de las mas importantes en las culturas indígenas en general.

Había diferentes poseedores del conocimiento médico. Según la cultura Nahuatl, quien poseía un conocimiento también sabía aplicarlo, había especialistas en el arte de sanar y el de dañar. Veremos aquí a los médicos generales considerando las siguientes pautas: clases de médicos, origen de sus conocimientos.

Clase de médicos-la diosa Toci era patrona de los que curaban y Tezcatlipoca era patrón de los nahuales, nigromantes, etc. Los primeros conocidos como verdaderos y los segundos como falsos. De los médicos verdaderos había un concepto claro de que eran los que se esforzaban por sanar, incluía a quienes tenían un conocimiento profundo de las hierbas, animales y minerales curativos, de los síntomas de la enfermedad, de los dioses que las causaban o de los brujos que la podían haber provocado. Entran también los que utilizan las terapias mixtas ya que encuadra con el

pensamiento y la práctica nahuatl.

Origen del conocimiento de las médicos se pensaba que quienes se dedicaban a curar recibían ayuda de los dioses que sanaban dicha enfermedad. Aunque también estaba vinculado con el día de nacimiento y la influencia que había recibido en ese momento. Se puede decir que los conocimientos se daban por un tipo de predestinación divina. Otro era por el hecho nacer con ciertos defectos físicos que servían para parecer hombres penitentes y espirituales, se les llamaban espiritados. Otra forma era la herencia de los padres curanderos que les transmitían la experiencia, por último esta la observación, la experimentación y la reflexión.

Actitudes coloniales hacia la medicina nahuatl. Durante la época de la colonia puede decirse que hubo tres tipos de actitudes diferentes hacia la medicina indígena. Uno fue interés hacia su contenido y desarrollo, otro fue de indiferencia y el otro de abierta hostilidad hacia ésta. No se puede decir que hayan sido sucesivas sino que coexistieron durante todo el tiempo.

El estudio de la medicina indígena, aun durante la época de la colonia el éxito de esta medicina era por su bajo costo y su accesibilidad comparada con la traída desde Europa. Muchos de los médicos llegados de España mostraron gran interés en su estudio. Se puede observar que en los escritos de la época existen las ordenanzas para el gobierno de los hospitales de indios escrito en Nahuatl en donde se hablaba de los buenos y los malos médicos y de las virtudes de las plantas medicinales, se intentó incluso darla a conocer en Europa.

En el siglo XVIII el interés sólo recae en el uso de sustancias naturales de plantas, animales y minerales, así como el uso de aguas termales. También durante esta época se incluye y da participación en los procesos curativos a algunos santos -

entre los que están: San Cosme, San Damian y la Virgen de Guadalupe. Y es en 1868 cuando se funda la real academia nacional de medicina. Aún durante el siglo XIX el interés en la herbolaria no desaparece, incluso los medicamentos son elaborados por los mismos médicos a partir de hierbas y sustancias naturales, publicándose incluso en 1896 el manual terapéutico de plantas mexicanas de Fernando Altamirano.

Pese a lo anterior cabe aclarar que no siempre existió una actitud favorable hacia la medicina natural, esto se puede explicar como consecuencia de que durante la conquista no se transigía con nada considerado superstición, de lo cual la práctica médica tenía ciertos rasgos. Se intentó conocer mejor al indígena pero con el objeto de facilitar la conquista, solamente existían una serie de prejuicios con respecto a todo lo relacionado con el indígena calificado de supersticioso e ignorante, este rechazo venía por una parte de la religión y otro de la naturaleza científica. Lo religioso apoyado por confusión e ignorancia por parte de los españoles, ya que creían que interpretar los sueños era algo diabólico, confundían a los curanderos con los brujos, calificaban algunas plantas de malas por servir para comunicarse con los dioses (peyote, hongos, etc.), las conjuras e invocaciones las consideraban cosa de magia. Para todo esto olvidaban que la biblia considera la enfermedad como castigo divino, además de que hay varios pasajes que explican hechos por medio de sueños. Desarrollan un catecismo que incluía preguntas sobre estos aspectos los cuales eran prácticas comunes entre los indígenas. En los casos graves detectados se les juzgaba a nivel local de práctica demoniaca por un tribunal de la inquisición, en donde todo lo empleado en la cura era considerado superstición. Los delitos por los que eran juzgados por la inquisición eran: 1) hechicería, superstición y embuste, 2) curandería, hierbas, suciedad y alcahuetería, 3) agorería, sortilegio y adivinación, 4) maleficio e inducción a él, 5) brujería y pacto con el diablo, 6) blasfemia, idolatría, 7) palabras y proposiciones heréticas, 8) fornicación y

bigamia. Esta es la manifestación mas clara de la hostilidad hacia la medicina in
dígena.

TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD MENTAL DE MEXICO

En el siglo XVI se funda en México el primer establecimiento para alojar a los enfermos mentales en América, esta idea fué llevada a cabo por Bernardino Alvarez, poco tiempo después de fundar este lugar se le unen un grupo de eclesiásticos que mas tarde integraran la congregación de los hermanos de la caridad después de los Hipolitos, esto por que dicho lugar se llamaba hospital de San Hipolito, este centro durante muchos años atendió a los enfermos en él recluidos. Casi un siglo después surge otro personaje llamado, José Sayago, carpintero de escasos recursos, que junto con su esposa mostrando un gran espíritu caritativo, aloja en su propia casa algunos enfermos mentales que se encontraban abandonados por sus familiares y por la sociedad. Cuando Francisco de Aguilar y Seijas, que mas tarde seria arzobispo de México, se entera de esta acción de Sayago, se decide a ayudarlo instanlandolo en una casa ubicada frente a la iglesia de San Pedro y San Pablo en donde alojaron a 60 enfermos mentales, en este lugar permanecen hasta que otra congregación, la del divino Salvador compra una casa en la calle de Canoa, para fundarse alli un hospital para enfermos mentales , en 1700. Sin embargo entre la fundación de éste y la del hospital de San Hipolito, Fray Bernardino Alvarez establecio otros hospitales como el de Santa Cruz en Oaxtepec en 1568, el de San Roque en 1592 ubicado en Puebla; el de la Concepción en Jalapa en 1540, en Perote en 1567; y otros en Guadalajara, Acapulco, San Juan de Ulua y en la Habana, Cuba.

Durante el siglo XVII, no hay cambios significativos, se empiezan a fundar mas hospitales psiquiátricos, siendo hasta finales del siglo uno de los tres lugares de América, que cuenta con este tipo de establecimientos. Durante este siglo y el siguiente algunos hospitales generales recibian a los enfermos mentales, aunque en la mayor parte de ellos, los enfermos eran confinados a celdas, desnudos o abandonados. Se continúa con la fundación de nuevos establecimientos, ahora en Monterrey, en

Orizaba y en Mérida.

A principios del siglo XIX, en 1821 cuando se proclama la independencia, se mantienen funcionando los hospitales psiquiátricos, sin embargo es eliminada la orden de los hipólitos por decreto de las cortes españolas en este año, fecha en que el hospital de San Hipólito pasa a manos del ayuntamiento, no obstante las religiosas que se encuentran enclaustradas en este lugar se mantienen atendiendo a los enfermos mentales hasta en año de 1843, bajo el control gubernamental.

Las instituciones psiquiátricas se mantienen funcionando pese a las dos intervenciones (Francesa y Norteamericana) que sufre el país y siguen albergando a enfermos mentales. Durante esta época el hospital de la canoa es el que recibe mayores beneficios ya que los recursos obtenidos por la lotería desde 1824, lo que trae como consecuencia una modificación en sus condiciones de una manera significativa - esto es el trato para los enfermos mentales es satisfactorio obteniendo comentarios favorables muy importantes como el siguiente "las camas son de fierro con dos colchones bien aseados y perfectamente provistas de ropa, es imposible sacar mayor partido de aquel local, ni mejorar el aseo y el buen orden que en él reina.. la casa de las locas y de niños expósitos son indudablemente los establecimientos de la beneficencia que deberían servir de modelo a los demás" (J. Maria Alonso, citado por Carmona, R.E. 1971). Mientras, en la provincia se construyen otros hospitales o anexos en los hospitales generales, en Guadalajara existen dos, uno para hombres y otro para mujeres, y en el hospital civil de Monterrey se incluye un departamento para enfermos mentales que es atendido por las hermanas Josefinas. Finalmente en este siglo en 1898 se funda en la ciudad de México el hospital del Dr. Rafael Lavista en Tlalpan.

Ya en el siglo XX, en 1910 se inauguró el Manicomio General de la Castañeda en-

Mixcoac, que se convertiría en la cuna de la psiquiatría pública en México, fue fundado por el Presidente Díaz, los servicios que prestaba eran deficientes pero no mas malos que en otros países, tenía una capacidad para 1000 pacientes, la cual fue rebasada con el paso del tiempo, empezó a brindar un tratamiento eficaz al rededor de los 30's con el inicio del uso de las terapias de una generación de médicos dedicados a la atención de desordenes neurológicos y mentales, éste junto con el Hospital Lavista se convirtieron en centros de especialización, entre estos especialistas se pueden contar al Dr. González Oropeza, el Dr. Ramírez Moreno, Salazar Viniegra, Mario Fuentes, etc. todos ellos le dieron un gran impulso al desarrollo de la psiquiatría en México.

En 1930 el Dr. Samuel Ramírez Moreno abre un sanatorio para enfermos mentales que ayudó a cumplir la función del manicomio general, después el Dr. Alfonso Millan inaugura el sanatorio Floresta, con la misma intención de complementar la atención para los enfermos mentales por parte del estado. Entre 1950 y 1960 se empiezan a usar fármacos con resultados hasta entonces desconocidos como los que restauraban el contacto con la realidad y estabilizaban el humor abatido o exaltado lo que provocó que a los enfermos se les viera como personas susceptibles de ser curadas y reintegradas a la sociedad, esto provocó que el interés en ellos se modificara de ser a nivel individual y centrado en el paciente, a un interés en la familia y la comunidad y el énfasis en la curación también cambia a la prevención y tratamiento temprano de los casos.

A partir de 1944 se inaugura en León, Gto. la granja San Pedro del Monte que mas adelante servirá de modelo para la construcción de otras, desde su inicio esta granja tuvo resultados positivos. Entre 1960 y 1964 se construyen el Hospital Granja de Tlalpan con 600 camas, la Granja la Salud de Zoquiapan, Edo. de Méx. con 450 camas; el Hospital Granja de Villahermosa con 90 camas; el Hospital Campes-

tre José Sayago en Tepexpan, Edo. de Méx. con 600 camas; el Hospital Cruz del Sur en Oaxaca con 160 camas; el Hospital Granja Cruz del Norte, en Hermosillo - con 224 camas. También en 1964 al concluir el Instituto Nacional de Neurología se dispone de 40 camas exclusivas para enfermos mentales. En 1965 era tal la influencia de las instalaciones públicas de asistencia para enfermos mentales que se hizo indispensable una reforma del sistema. El Dr. Manuel Velasco Suarez Director de Salud Mental y rehabilitación, en esa época, estableció la construcción de una cadena de hospitales granja, para albergar a la población creciente de enfermos, estos fueron el modelo del de León, Gto. Así en 1968 empieza a funcionar el Hospital Fray Bernardino Alvarez y el Hospital para niños Juan N. Navarro, poco más adelante los que sustituyeron al Manicomio de la Castañeda que son el Fray Bernardino Alvarez con 600 camas, Dr. Juan N. Navarro con 200 camas, el Ramírez Moreno con 519 camas, Dr. Adolfo M. Nieto con 524 camas, Dr. Rafael Serrano con 495 camas y Dr. Fernando Ocaranza con 620 camas. En provincia, la Granja de Recuperación de Zapote, Jal. con 300 camas, la Esperanza en Morelia con 110 camas y la Clínica Vicente Chico Sein en San Luis Potosí con 160 camas.

De este modo la dirección de Salud Mental cuenta hasta 1982 con una cadena de 11 hospitales, aunque mal distribuidas en el territorio nacional, ya que el 60% de las camas se haya en el D.F. y esta en proporción de una por cada 5,453 habitantes, mientras que en provincia la proporción es de una por cada 55,135.

De acuerdo a los datos obtenidos por De La Parra (1982) se encontró los siguientes datos: el 51% de los internos son mujeres y el 49% hombres, el 31% de los internos oscilan entre edades de 35 a 49 años y otro 28% son mujeres de 50 años. El 40% son originarios de medio rural y el 37% son de origen urbano, el 74% son solteros, y el 7% casados. El 50% son de un nivel socioeconómico bajo y el 15% de nivel medio, el 46% es analfabeta y sólo el 50% sabe leer y escribir. Casi la mi

tad de la población (46%) no ha desempeñado ningún oficio durante su vida.

En cuanto a las características de salud de los internos se observó que el estado general de nutrición fue regular (49%), 34% bueno y sólo el 14% fue malo. En cuanto a las características sociales y evaluación de posibilidades de rehabilitación se encontró que el mismo porcentaje (49%) responde a los estímulos externos que el que no lo hace, esto es si corresponde el paciente cuando se le saluda o si es capaz de mantener relaciones con los otros. El 46% entabla relaciones ocasionales con otros internos o familiares, el 29% nunca está acompañado y evita el relacionarse. El 56% se niega a participar en actividades grupales y sólo el 39% lo hace de manera espontánea. El 78% sigue las rutinas, obedece las ordenes y no representa una fuente de conflicto para la institución. En cuanto a la posible convivencia en la comunidad, cuatro de cada diez se conduce con urbanidad, mientras que los restantes seis no lo hacen, un 28% usa y mantiene pulcritud en la ropa, mientras que el 70% no lo hace.

De acuerdo al diagnóstico se encontró que la esquizofrenia ocupa el primer lugar con un 34%, la epilepsia con 24%, retardo mental, 21% con menor porcentaje pero también representativo, la psicosis orgánica con 12%, demencia 3% y farmacodependencia y alcoholismo 2%.

De acuerdo al motivo del internamiento se encontró que la mayoría (35%) habían sufrido una recaída principalmente por abandono de tratamiento; el 21% asistía por incapacidad para valerse por sí mismo y solo 6% fue internado por mostrar clara agresividad para con los demás. El motivo del primer ingreso a una institución psiquiátrica el 50% sufrió un brote psicótico, el 20% por padecer un estado crónico, el 16% por incompetencia social y el 6% por conducta peligrosa y en mucho menor escala (1%) por riesgo suicida.

En el área de la rehabilitación se obtuvo que el 20% de los casos puede ser dado de alta y manejado en consulta externa, la mayoría (66%) debe permanecer internado por la incapacidad para cuidarse a sí mismos. El 68% de los internados puede ser incluido en algún programa ocupacional de rehabilitación. de estos el 34% puede hacer tareas en beneficio de la institución, 17% en algún programa artesanal y 12% en un agropecuario. Entre los pacientes más jóvenes existe un número mayor de casos que no son rehabilitables, así dentro de los pacientes de menos de 18 años el 44% y de entre 18 y 24 años el 41% son de estas características, esta situación decrece con la edad ya que no son rehabilitables de entre los 35 y 49 años solo el 27% y de entre los 28 y 34 años o más de 50 corresponde el 33% de irrehabilitables.

En este aspecto se puede concluir que la situación en México de las condiciones de hospitalización son de promoción de un gran deterioro tanto para las instituciones como para los pacientes, ya que se carece de programa de rehabilitación con objetivos adaptados a sus condiciones particulares, sobre todo en los casos que es evidente la hospitalización de por vida.

A continuación se presentan los datos del censo de pacientes crónicos hospitalizados:

| DIAGNOSTICO | NO. |
|--------------------|-------|
| ESQUIZOFRENIA | 726 |
| EPILEPSIA | 515 |
| RETARDO MENTAL | 456 |
| PSICOSIS ORGANICA | 248 |
| DEMENCIA | 60 |
| FARMACODEPENDENCIA | 44 |
| ALCOHOLISMO | 48 |
| OTROS | 44 |
| TOTAL | 2,141 |

Camas para hospitalización psiquiátrica en el país:

| ORIGEN | NO. |
|----------------------------------|-------|
| FEDERALES SSA | 4 406 |
| ESTATALES CON SUBSIDIO DE LA SSA | 1 835 |
| PRIVADAS | 1 495 |
| T O T A L | 7 736 |

Por todo lo descrito anteriormente se puede considerar la influencia histórica como significativa en cuanto al desarrollo y mantenimiento de la actitud comunitaria de pasividad ante la enfermedad mental, como a nivel institucional en el sentido de - que por contar con recursos limitados en todos sentidos, busca mas que la reha - litación integral del sujeto, mantenerlo en una situación estable en la que cause el menor número de problemas posibles.

El considerar estos elementos conduce a la observación de la necesidad vigente de concientizar a la sociedad y a las instituciones sobre la necesidad de que asuman - un papel más activo y humano en cuanto a la comprensión y apoyo para quien sufre alteración en su proceso de reintegración social.

CAPITULO II

DIFERENTES PERSPECTIVAS HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL

Es importante subrayar que la historia del hombre, muestra que el medio en el que éste se desarrolla ha sufrido una serie de modificaciones producto del quehacer humano, de su actividad productiva que es un aspecto primordial que lo distingue de otras especies animales. El hombre tiene la capacidad de producir sus medios de subsistencia mostrando una actitud activa muy lejana a la pasividad animal. Este producir sus medios de subsistencia lo enlazan directamente con las condiciones materiales de vida, estableciendo relaciones necesarias de producción en alguna fase del desarrollo de las fuerzas productivas del grupo al que pertenece. Estas relaciones forman la estructura económica de la sociedad que es la que sostiene los aspectos políticos y jurídicos. Con esto resulta obvio proponer que no es la consciencia del hombre la que determina su ser, sino al contrario, es su ser social lo que determina su consciencia individual. Sin embargo, se presentan épocas en las cuales estas relaciones de producción deben ser modificadas a través de revoluciones, que son el resultado de formas ideológicas desarrolladas por personas con respecto a un conflicto social existente. Cabe señalar que las ideologías son producto de los diversos modos de producción y que estos cambian en tanto cambien las formas de producción, aunque no sea simultáneamente.

Una vez establecidos los modos de producción surge la división del trabajo y con esta las distintas posiciones sociales con sus diferencias generales, trabajo manual e intelectual.

Dentro de todo grupo social se debe haber dado un proceso de toma de conciencia, desarrollado a partir de la forma en que dicho grupo establece sus formas de producción. La consciencia surge del contorno inmediato de la relación con otras personas y cosas, representa para el hombre una potencia extraña, todo poderosa e

incomprensible a la cual se sujeta. Esta consciencia es sustentada a través de explicaciones e instituciones como el estado, familia, división del trabajo, etc. Y a partir de las diferencias sociales entre los integrantes del grupo, tomará diversos matices esta consciencia producida por un modo diferente de adecuación al grupo social.

Otro factor importante dentro de todo grupo social es la ideología, la cual también se forma a partir de los modos de producción y es el sistema de ideas que domina el espíritu de un grupo social. Se refieren al mundo en que viven los hombres, la naturaleza y sociedad a la relación con otros hombres, etc. No representa conocimientos verdaderos, aunque puede poseer elementos de conocimiento, pero sometidos a un sistema rígido por una falsa concepción del mundo. La utilidad de la ideología es facilitar el vivir con ciertas condiciones de vida, para hacer las tareas que le son asignadas y para dar soporte a su estado ya sea en la explotación, en el privilegio del poder, etc.. La ideología puede ser dividida en religiosa, moral, jurídica, etc. En nuestra área existe la médico-psiquiátrica-psicología en donde están incluidos elementos que justifican el sistema, integrado como verdades o conocimientos reales. Puede existir de manera difusa más o menos consciente o en forma sistematizada en formas teóricas. La función es determinada por la división del trabajo partiendo de clases sociales, tiende a asegurar la relación entre sí y con sus tareas, esto es, viene a asegurar la dominación de una clase sobre otra. De aquí surge la falsedad de la representación ideológica ya que es tendenciosa porque trata de no dar el conocimiento objetivo del sistema social en que vive, sino dar una imagen mitificada para conservar su lugar.

Ahora bien partiendo del factor ideológico que busca conservar el funcionamiento óptimo del grupo social, se establecen criterios de normalidad-anormalidad, salud-enfermedad, etc. para los cuales hay diferentes formas de aproximarse que son

la médica, la psicológica y la humanista, las cuales a su vez están sostenidas por el aspecto moral y jurídico o legal, establecido también por el factor ideológico.

A) PERSPECTIVA MORAL

Etimológicamente quiere decir costumbre o hábito, en general no se tiende a asociar con ningún aspecto de obligatoriedad. Estas costumbres están integradas dentro de lo que se conoce como Moralidad Positiva de un pueblo o época, estos van más allá de la simple reiteración de formas de conducta, en ellas está unida la convicción en quienes la realizan de lo que es normal, acostumbrado, obligatorio o debido. Las reglas sobre las que se constituye la moral no permanecen idénticas, sino que han cambiado con el paso del tiempo y lugar, tienen como objetivo el buscar la realización de este valor.

El carácter normativo de la Moral no radica en su método sino en su objeto, no crea normas sino las descubre y explica, aunque no se puede decir que sea meramente contemplativa, ya que al mostrar los valores y principios que guían la acción afina y desarrolla su sentido moral influyendo de este modo en la conducta. Como disciplina normativa se refiere a un complejo de normas, que encuentra su base en una serie de valores agrupados bajo la denominación de valores de lo bueno. De este modo se divide en el problema del deber y por el otro en el de lo valioso, encontrando una interacción entre la situación del que hacer pasando antes por la determinación de que es valioso de la vida.

Este vínculo entre normas y valores muestra que la moral no puede abarcar su objeto limitándose a una sistematización de las normas que rigen las conductas. De este modo toda norma expresa un deber ser, que a su vez exige la existencia de un valor. La mayor parte de estas normas son establecidas a partir de juicios

apriori, esto es que no estén basados en la experiencia y sirven como un patrón o modelo, al cual se deben adaptar quienes forman parte de una cultura, estableciendo con ella cierta clase de valoración de donde surge el concepto de lo bueno o malo en un sentido determinado y en relación a cierta clase de objetos que a su vez son divididos en buenos y malos en relación a este concepto.

Debemos dejar claro que la moral no es en sí misma normativa, lo es su objeto, los principios que estudia, solo puede ser normativa cuando al llevar a la conciencia las directrices que han de orientar la conducta influye en el albedrío convirtiéndose en determinante de la conducta, las normas suelen ser definidas como reglas de conducta que postulan deberes.

Las normas morales pueden ser semejantes a las leyes naturales en algunos aspectos, esto es, que son algo establecido en el sentido de que en ciertas condiciones se debe presentar una cierta conducta, con ciertas consecuencias, las cuales también permanecen constantes.

Las normas tienen un fin práctico, como puede ser el causar una cierta conducta, sin embargo las normas son para sujetos que son capaces de cumplirlas o de violarlas, ya que están basadas en la existencia de la libertad, lo que nos lleva a decir que si el hombre no fuera capaz de violarlas, entonces no serían normas sino leyes, esto es que las normas tienen vigencia independientemente de su cumplimiento o no. Las normas son producto de la voluntad del hombre, aunque existe cierta concepción objetivista apriorista que propone que el hombre posee la capacidad de hacer un juicio moral aún sin conocer las normas, sin embargo, los relativistas postulan que lo bueno y lo malo (juicios morales) solo existen en función del tiempo y el espacio en que se den.

Las normas morales en el mundo occidental son definidas por el cristianismo, están basadas en la identificación con los necesitados y los que sufren. En su relación con la psiquiatría inicialmente presentaban diferencia metodológica, aunque compartían el interés en la enfermedad mental, partiendo de que esta era solo un desajuste moral. Partiendo de esto pensaban que una persona virtuosa era inmune a los trastornos mentales y los desequilibrios emocionales.

Así se pretendía sostener que las enfermedades mentales eran una forma de expresar culpabilidad, pecado y defectos morales. Desde este punto de vista se culpaba al propio sujeto de ser el causante de su propia enfermedad o que esta era fruto de su conducta, por lo que se recomendaba que para evitar las enfermedades mentales, era necesario vivir controladamente y someterse a los imperativos de la fe, de la moral y la sociedad aunque esto no baste para inmunizar de los trastornos mentales.

Von Feuchterleben (1806-1849) presentó magistralmente el valor de la conducta virtuosa para fomentar la salud mental, no distingue los estados mentales normales de los anormales y proponía para los psicóticos un tratamiento semejante a los empleados para corregir conductas reprensibles, su pensamiento era incluido y sostenido por la fe cristiana (Freedman 1975).

Hasta antes del surgimiento de la psiquiatría se pensaba que lo único indispensable en la vida del hombre era: comida, albergue, vestido, educación y dirección moral.

En su inicio se pensaba que el psiquiatra minimizaba la culpa y destruía inhibiciones del paciente para que no se preocupara por las infracciones de la ley moral. Generalmente se experimenta culpa al contrastar la rectitud moral con su conducta de la que se sienten avergonzados. Estas normas morales de conducta se adquie -

ren en cuanto se tiene fuerza de reflexión para ver su conducta como la ven los demás. Desde el punto de vista psicoanalítico se dice que hay una conexión entre el superego y la consciencia moral, aunque en realidad son distintos.

La gente de un grupo etiqueta la conducta que quebranta las reglas del mismo con el calificativo de malas, pecaminosas, inmadura, etc. En épocas anteriores a quienes incurrían en esto eran consideradas víctimas de brujería o posesión, actualmente se ven como síntomas de enfermedad mental. Así, los psiquiatras son considerados expertos para examinar a los que rompen las normas y establecer si se les puede llamar enfermos mentales. Dentro de la medicina se enseña a distinguir entre la actitud moral y la objetiva hacia el enfermo, pero en el caso de la psiquiatría los conceptos morales de la sociedad en la que se dá definen a las personas, a considerar enfermos mentales y a quienes se va a someter a tratamiento, se puede decir que el psiquiatra en un hospital se encarga de la supervisión moral y la aplicación de las normas.

Actualmente se considera que fué a finales del siglo XVIII cuando se supuso que era evidente y que sin embargo no se habían percatado " que los locos son enfermos ". La experiencia de la locura ha estado dictada por las convicciones de la gente sana o cuerda de que en realidad es una enfermedad y que ha sido comprobado con los avances de la ciencia. Los médicos han basado su poder en el supuesto de que tienen la comprensión científica de los enfermos, según Foucault dice que la psiquiatría ha sido una táctica moral, investida con la dignidad de la verdad científica y define al hospital como " una estructura que constituía una especie de microcosmos en el que se encontraban simbolizadas las pesadas estructuras de la sociedad burguesa y sus valores: las relaciones familia-niño, centradas en el tema de la autoridad paterna; las relaciones trasgresión-castigo, entorno al tema de la justicia inmediata; las relaciones locura-desorden, centradas en el tema del

orden social y moral. De estas es donde deriva el médico su poder para curar " - Foucault 1965. (citado por Schatzman 1978).

Pinel que fué considerado como el libertador de los locos, aunque proponía como in dispensable en algunos casos el uso de medidas tales como baños y formulas farmacológicas señalaba que el tratamiento fundamental era exclusivamente moral.

Los hospitales psiquiátricos, al igual que las prisiones encierran a las personas desviadas pero la confusión que provocan entre los internados es mayor aún puesto que no les dicen que normas han quebrantado, ni siquiera que hayan violado alguna.

Sobre lo que es un enfermo mental Kaplan dice: "Uno de los rasgos sobresalientes de las psicopatologías que se describen en este libro es el hecho de que se contraponen a una normalidad que se encuentra íntimamente vinculada al orden de valores primordial de la sociedad occidental. Puede asegurarse, por tanto, que la anomalía de la psicosis implica una relación negativa con las prescripciones normativas de carácter social vigentes lo que quizás sea la forma de negación más radical y completa posible. Se trata de algo mas que una conclusión abstracta y lógica. En la jerga del momento podemos calificarlo de alienación. En esta vinculación de la anomalía con la negativa a dejarse condicionar por las cosas tal como son y con la búsqueda de ser diferente, lo que nos encontramos es una inquietud básica por las categorías de cambio y trascendencia" Kaplan 1964 (citado por Schatzman 1978). Quienes niegan las normas sociales vigentes son negadas por quienes las defienden, hasta la atribución de la enfermedad mental por parte de los que defienden las normas sobre sus oponentes. Todo lo que hay de cierto en la enfermedad mental es que alguna gente afirma que otra gente la padece.

El poder de encerrar a la gente en hospitales psiquiátricos, si es necesario contra -

su voluntad, de privarles de las libertades civiles, de definir sus límites de apelación jurídica y conceder a sus administradores médicos la autorización para formular y ejecutar medidas que regulen su régimen y tratamiento se deriva del estado y está garantizado por la ley.

El desacuerdo entre los que viven dentro de un hospital y los que viven fuera gira en torno a principios morales. Todo el mundo decide que tipo de pensamientos, sentimientos acciones, personas y grupos de personas han de calificarse de correctos o erróneos, buenos y malos, limpios o sucios, verdaderos o falsos, cuerdos o locos, etc.

Es necesario aclarar que en este sentido el estado mental de los integrantes de un grupo social generalmente es obtenido a través de una validación consensual de sus ideas, esto es, se supone que el hecho de compartir ciertas ideas y normas morales demuestra la validez de éstas, lo cual es totalmente falso ya que esta validación consensual no tiene nada que ver con la salud mental. El hecho de que millones de personas compartan los mismos vicios, no los convierte en virtudes, ni el hecho de que compartan la misma patología mental no los convierte en gente equilibrada.

Es importante repetir que todas estas consideraciones morales son propuestas, impuestas y sostenidas por el grupo dominante dentro de cada sociedad, este grupo tiene como objetivo principal el mantener integrado del mismo modo a sus miembros, para así mantener sus mismas posiciones, entonces al establecer normas morales y proponer ciertos tipos de consecuencias como puede ser el castigo o rechazo evita que estas normas se violen. Pero en caso de que alguien llegara a retar a este grupo violando sus normas, éste cuenta con otro elemento importante para su preservación, que es el aspecto legal y que también está muy ligado al moral, sólo que este cuenta con otra serie de medidas ya a nivel formal por medio de las cua-

les reprime cualquier brote de desacato y apoya deliberadamente a la psiquiatría - en la toma de medidas represivas para quienes presentan conductas desviadas.

B) PERSPECTIVA LEGAL

En la antigüedad no se consideraba que los enfermos mentales la padecían, sino que se creía que estaban poseídas por el demonio y les golpeaba, se les encadenaba y - muy frecuentemente se les sentenciaba a morir quemados o ahorcados. Incluso si el enfermo cometía un crimen no se daba importancia a la responsabilidad del delinciente. Sin embargo, poco a poco se fueron creando reglas para poder determinar el grado de responsabilidad del criminal. En el primer país en que se empezó a aplicar pruebas de responsabilidad fue en Inglaterra. En 1723, un tribunal inglés declaró que para que un acusado escapara al castigo "no debe saber lo que está haciendo, como si se tratara de una bestia salvaje". Así el requisito para dar - inmunidad al sujeto es que este no sepa lo que está haciendo, fue modificado al - rededor de 1760, fecha en que los términos de correcto-incorreto, suplieron a los bueno-malo, no obstante poco tiempo antes se había ejecutado a un sujeto al cual se le declaró que había actuado bajo una total falta de razón.

En Estados Unidos se inició la legislación sobre esta área a partir del caso M'Naghten en 1843, quien sufría ideas delirantes de persecución y asesino deliberadamente a un hombre, solicitando posteriormente fuera considerado víctima de demencia parcial, mas tarde fue declarado como poseedor de una mente insana y fue internado en una institución para dementes criminales. A partir de este caso en Inglaterra se establecieron dos reglas para determinar la responsabilidad de quienes alegan demencia en la defensa de algun flicito: 1) "Para establecer la demencia como defensa - debe comprobarse claramente de que en el momento de cometerse el acto, la parte acusada actuo bajo la influencia de un defecto de la razón, debido a la enfermedad

de la mente, al grado de no darse cuenta de la naturaleza y la calidad del acto que cometió, o el grado de no saber si esta bien o mal lo que hacía, si es que se daba cuenta de ello". Generalmente el acusado sabe los hechos concernientes al acto criminal particular que ha cometido, sabe que se trata de un acto dañino e ilegal y conoce las consecuencias del mismo, pero no percibe la base inconsciente que de terminó su ejecución. 2) "Siempre que una persona actúa bajo la influencia de ideas delirantes parciales y no es demente en otros aspectos y en consecuencia comete un delito, debe considerarse su situación de responsabilidad como si en verdad existieran los hechos de su idea delirante". Estas no son ni pretenden ser pruebas de salud mental, son solo pruebas de responsabilidad ante la ley. En 1869 bajo la influencia de doctor Isaac Ray, el psiquiatra mas culto en jurisprudencia relacionada con la demencia solicitó ante el tribunal de New Hampshire se descartasen las reglas de M'Naghten, acordando el tribunal que un acusado no tiene responsabilidad criminal si su acto ilegal resulta de un defecto mental. Según esta decisión ya no se define como un asunto legal, se vuelve una cuestión de hechos y un jurado debe determinarla, igual que cualquier otro hecho. Esta determinación debe ser a partir de los conocimientos mas recientes sobre conducta humana y la interpretación que el psiquiatra haga de estos conocimientos en función de los datos que observa en el acusado.

En 1954 en Estados Unidos se pretendió concluir la responsabilidad de un acusado en el caso Durham a partir de su evaluación por medio de la prueba de lo correcto incorrecto, viendose en la necesidad de reconocer" encontramos que la prueba de lo correcto y lo incorrecto es inadecuada por si sola para establecer, si un individuo es o no responsable de su delito, por las siguientes razones: a) no da crédito suficiente a las realidades psíquicas y al conocimiento científico y b) se basa en un solo sistema y por lo tanto no puede aplicarse con validez a todas las circunstancias..... concluimos que debe aplicarse una prueba mas amplia ", "la regla que ahora apoya-

yamos para que se aplique en el nuevo proceso de este caso y de casos futuros, es semejante a la que sigue el tribunal de New Hampshire de 1870, que consiste en - determinar que un acusado no tiene responsabilidad criminal si su acto ilegal fué - producto de una enfermedad o un defecto mental.

En México la legislación actual sobre los enfermos mentales es confusa y anacrónica, ningun enfermo mental debe quedar desprotegido, menos aun si es peligroso para si mismo y es socialmente incompetente. Tambien debe ser protegido por la ley, - la sociedad y el propio médico en el cumplimiento de sus funciones. No es claro - cuando se debe suspender la libertad y la autonomía de la persona, pero nadie que lo requiera a causa de la enfermedad mental debe quedar sin la oportunidad de recibir tratamiento. Por lo que se hace necesario implementar normas mínimas para el manejo institucional de los enfermos mentales, que salvaguarden sus derechos y - eliminen toda ocasión de abuso y descuido. Esta legislación debe normar la conducta a seguir en relación con el enfermo mental que ha conocido delitos. Debe señalar específicamente las responsabilidades de la familia con respecto al cuidado del enfermo.

La legislación debe ir mas allá, esto debe ser funcional a nivel preventivo, o sea, limitar el uso de alcohol, tabaco, sustancias toxicas, favoreciendo el desarrollo psicosocial del niño satisfaciendo sus necesidades sensoriales y emocionales y proteger a los incapacitados. En años recientes el concepto de salud mental ha sido reformulado y definido en terminos del bienestar y la armonia de la persona.

Tanto la psiquiatría como la ley están relacionadas con la conducta, la primera trata de identificar que factores causan la conducta desviada y trata de reintegrar a - quien la presenta dentro de las marcos establecidos por el grupo social en que se - da. Mientras la segunda trata sobre el control de la conducta a nivel social. Se -

puede decir que pese a que hay coincidencias entre ellas también hay diferencias - en cuanto a como abordar la conducta.

La ley pide al psiquiatra que haga una evaluación del sujeto que ha violado una - norma para determinar la conveniencia e inconveniencia de un internamiento civil - o bien en hospital psiquiátrico, esto se hace con el objeto de mantener la seguri - dad de los otros miembros del grupo. Esta intervención del psiquiatra es en casos que el sujeto no puede ejercer control sobre sus propiedades, o en acciones civiles como el matrimonio, divorcio, testamentos y contratos, así como para verificar si - dicho sujeto puede o no ser responsable de un crimen por el cometido.

Son evidentes las diferencias de actitudes entre el psiquiatra y el abogado, ya que el primero trata de solo reintegrar al enfermo, mientras que el abogado se preocu - pa mas por la ejecución precisa de la ley, esto es que el proceso necesario para - su confinamiento se debe seguir paso a paso respetando sus derechos civiles, aunque por momentos se olvida de los derechos médicos en donde estaría incluido el evitar someter a una experiencia traumática a un enfermo como puede ser el confinamien - to.

Recientemente las leyes sobre los enfermos mentales se han vuelto mas justas o - equitativas, esto es, tratan de mantener al paciente fuera del alcance de la publi - cidad y ademas de no privarlo de sus derechos y proveerlos de un tratamiento ade - cuado.

La legislación es importante con respecto a los enfermos mentales en el sentido de que permite evaluar la capacidad de trabajo o grado de invalidez. Al realizar este tipo de peritaje se recuerda que Engels decia: "Por tanto, el libre albedrio no sig - nifica sino la capacidad para decidir con conocimiento de causa" (Engels 1948, ci - tado por Sluchevski 1963). Por lo que si el hombre comprende lo que hace y dirige sus actos, debe responder de éstos. El enfermo no refleja de manera real la reali -

dad, no comprende la situación que lo rodea, y en muchos casos tampoco dirigir - sus actos. Por esto el enfermo psíquico se le considera irresponsable o sea que no se le pueden imputar los actos socialmente peligrosos que realiza. El psiquiatra - es quien se debe encargar de decidir si se puede imputar a una persona cualquier acción que ha cometido. Estos psiquiatras deben basar sus conclusiones en los cri- terios médico y jurídico de la irresponsabilidad. El criterio médico incluye tres - factores que son: El primero es la existencia de enfermedades psíquicas crónicas como son la parálisis general progresiva, la esquizofrenia, las psicosis arteroesclero- cas y seniles, las psicosis infecciosas de curso crónico y la oligofrenia en sus gra- dos profundos.

El segundo factor es padecer un trastorno temporal de la actividad mental como - son las enfermedades psíquicas agudas en forma de psicosis reactivas o de psicosis alcohólicas agudas (delirium tremens, alucinosis alcohólica aguda, melancolía alcohó- lica), las psicosis tóxicas de otra etiología, las psicosis infecciosas agudas y los de nominados estados excepcionales como los de afecto patológico, la embriaguez pato- lógica y algunas formas de estados crepusculares.

El tercer factor es la existencia de otros estados patológicos o sea de estados en - los cuales no hay ni enfermedad psíquica crónica ni manifestaciones que puedan in- cluirse entre los trastornos temporales de la actividad mental, pero con entidad su- ficiente para compararlos a las alteraciones psicopatológicas agrupadas en los dos - factores precedentes, como algunos casos de psicopatía, retraso mental en grados - muy profundos, abstinencia en las narcomanías. Hay que recordar que los factores jurídicos para declarar la irresponsabilidad también son importantes ya que muchas enfermedades psíquicas pueden remitir temporales o mejorías después del trata- miento, o estados en que a pesar de existir los factores necesarios para aplicar el criterio médico de irresponsabilidad no hay lugar a declararla. Según el criterio -

jurídico la irresponsabilidad presenta dos factores: el intelectual y el volitivo.

El primero se refiere a la imposibilidad de valorar las acciones y el segundo cuando existe la imposibilidad de dirigir las. De este modo los psiquiatras al determinar la responsabilidad o irresponsabilidad de una persona no basan sus conclusiones en la sola presencia de uno u otro factor, sino que también deben considerar el aspecto jurídico. Es importante señalar que existen dificultades durante el proceso de evaluación psiquiátrica ya que hay pacientes o detenidos que tienden a simular una enfermedad mental, entendiéndose como simulación la falsa representación premeditada y consciente de síntomas psicopatológicos con el fin de eludir responsabilidades u obligaciones marcadas por la ley. Y es importante también distinguirla de la agravación que consiste en exagerar los síntomas patológicos existentes, las dos se encuentran muy relacionadas sobre el fondo patológico que manifiestan los enfermos psíquicos, el diagnóstico diferencial entre ellas en ocasiones es difícil. Regularmente los familiares dan datos falsos sobre casos de enfermedad psíquica, epilepsia y suicidio que dicen que han existido entre familiares del simulador, también proporcionan datos falsos sobre el sujeto diciendo, que ha estado internado en algún hospital psiquiátrico, que ha padecido ataques epilépticos, etc. Las informaciones falsas suelen referirse a supuestas alteraciones psicopatológicas, sobre todo a alucinaciones e ideas delirantes, padecidas por el sujeto cuando cometió el delito. Son muy frecuentes las manifestaciones de pérdida de memoria en todo cuanto se relaciona con el suceso. En la simulación de los trastornos psíquicos aparecen generalmente aquellas manifestaciones psicopatológicas que son más fáciles de representar, como el estupor, el mutismo, la demencia, el delirio y la depresión de ánimo. El diagnóstico de la simulación se basa en la observación hospitalaria.

En primer lugar hay que recordar que sean cual fueren los conocimientos que el simulador tenga sobre las manifestaciones psicopatológicas, puede reproducir solamente algunos síntomas, pero le es imposible crear artificialmente el cuadro de una en

fermedad psíquica determinada y ni siquiera el de uno u otro síndrome psicopatológico. Tiene gran valor la observación del personal médico auxiliar debido a que los simuladores se comportan de otra manera en presencia del médico. Todo esto demuestra que los datos más exactos para diagnosticar la simulación los da la observación hospitalaria, por lo que todo acusado que se sospeche que simula una enfermedad psíquica deberá ser sometido a observación en el hospital psiquiátrico.

Debido a que cada país tiene una legislación diferente con respecto al trato que deben recibir los procesados que padescan enfermedades mentales, se creó en Estados Unidos de Norteamérica una Acta Modelo para regular la hospitalización de los enfermos mentales. Dentro de esta acta se contempla la facilitación de las admisiones voluntarias, estipulando que también si el paciente pide su alta por escrito se le dará inmediatamente, sin embargo si las autoridades del hospital consideran inadecuada su salida se deberá notificar a un juzgado y retrasar su salida todo lo que sea necesario. Por la hospitalización involuntaria se refiere a cuando no es el paciente quien inicia los trámites para su hospitalización, aunque acepta las recomendaciones del médico y de la familia, en este caso solo se necesitaría que dos médicos recomendaran su hospitalización para ser aceptados. La hospitalización obligatoria, es cuando el enfermo rehusa internarse para lo cual hay que presentar ante un juzgado la solicitud de que sea internado que debe ser acompañada por un certificado médico, en que diga que encuentra mentalmente enfermo al paciente y que debe ser hospitalizado, entonces se nombrarán dos médicos para que lo evalúen y si coinciden se citará al enfermo para que pueda defenderse, en caso de que se considere necesario hospitalizarlo, deberá ser por un período de observación no mayor de 6 meses. Entre las medidas humanitarias de trato al enfermo durante el proceso se estipula que deberá retenerse en un medio no médico, permitiéndole visitas y comunicación con el exterior del lugar en el que se encuentre, puede ejercer todos sus derechos civiles incluso el disponer de la propiedad, formalizar docu -

mentos efectuar compras y votar a menos que se haya declarado incompetente, también se evita la difusión de su estado a menos que este a su tutor lo permita.

Durante el confinamiento para observación, el hospital debe dar un informe absteniéndose de opinar sobre la culpabilidad, si se encuentra que es psicótico se recomienda su confirmación en casos de jóvenes se pueden hacer sugerencias respecto al futuro del sujeto.

El psicótico aún cuando en forma legal se le haya declarado demente puede hacer una petición de Habeas Corpus que tiene como objeto la rápida liberación del individuo por decreto judicial, esto es cuando se considera que se esta privando de la libertad ilegalmente.

Con respecto a la posibilidad de contraer matrimonio, el sujeto debe comprender la naturaleza del contrato en cuanto deberes y derechos, si al momento de contraerse el matrimonio uno de los contrayentes sufría de un trastorno psíquico, al grado de no comprender las implicaciones del contrato, éste podría anularse. "Existe en algunos países prohibiciones con respecto al casamiento de una persona alterada de sus facultades mentales por suponer que es una forma de evitar la procreación de niños con los mismos problemas, sin embargo, no existen datos que confirmen esta suposición. Por lo que toca al divorcio, la demencia no es base legal para otorgarlo, en algunos países se concede sólo si uno de los conyuges ha permanecido hospitalizado durante años, o si su enfermedad es considerada incurable, aunque en la actualidad, pocos medicos se atreven a dar un diagnostico que incluya la consideración de incurable " (Kolb 1976). Para que una persona pueda elaborar un testamento debe cumplir con estos tres aspectos: 1) saber que está haciendo un testamento, 2) saber la naturaleza y extensión de sus propiedades y 3) saber quienes son los objetos de su generosidad. Si por efecto de algun padecimiento mental

hay alteraciones en el contenido del testamento, éste puede ser anulado. En ocasiones se pide que un psiquiatra testifique sobre la capacidad testamentaria de una persona. Para determinar la responsabilidad criminal se presenta el problema de las diferencias en la aproximación al problema por la psiquiatría y por la ley, ya que la ley considera que la razón y la voluntad dominan la mente y que la conducta es determinada por la consciencia, además no reconoce responsabilidad parcial y se limita a explorar los datos conscientes en la conducta y supone que un trastorno en el área del conocimiento es la base para determinar si hay o no responsabilidad. Mientras la psiquiatría plantean que los factores conscientes e inconscientes determinan los procesos mentales y que la conducta es una expresión de la personalidad y que es determinada por la multiplicidad de factores complejos, para el psiquiatra un acto ilegal es la manifestación de una alteración psíquica profunda. Reconoce el valor el papel del intelecto pero da a las emociones y al inconsciente un gran peso en el régimen de la vida mental.

En México la legislación para los enfermos mentales los considera no como delincuentes, sino como infractores y cae dentro de los considerados inimputables, por considerarse incapacitado para comportarse en forma libre y voluntaria, por lo que no es sujeto de juicio comun. La persona que es considerada enfermo mental es sujeta a un procedimiento especial mediante el cual se procura promover el restablecimiento de la salud mental, éste procedimiento incluye lo que son conocidas como medidas de seguridad, que es el internamiento en instituciones especializadas en el manejo y tratamiento de este tipo de personas por el tiempo necesario para su curación, estas medidas de seguridad son uno de los recursos con que cuenta el estado Mexicano para prevenir y proteger a la sociedad de todos aquellos actos ilícitos que puedan volver a ser cometidos por personas que son consideradas inimputables por las leyes penales y que por lo tanto se hayan privadas de su libertad estas medidas de seguridad no son correctivas sino que se busca con ello la expiación, el

pago, o la excención de la culpa, las sentencias en estos casos duraran el tiempo - que requiera la persona para su curación, dando resultado el que en cuanto se lle- gue a este objetivo el sujeto obtendrá su libertad automáticamente, en algunas oca- siones queda a criterio del juez entregarlo a su familiares en lugar de continuar - el procedimiento especial por medio de una medida de seguridad.

Existe el caso de que se de una enfermedad mental durante la duración del proceso jurídico habitual, en este caso se suspendera éste, pasando al sujeto al tratamiento especializado hasta que recobre la salud, reabriéndose entonces el procedimiento y dictando la sentencia, esto se debe a que en el momento de que el sujeto cometió el ilícito, éste contaba con sus facultades mentales inalteradas.

Dado el caso de que las medidas de seguridad requieren la curación total, en oca- siones estas se vuelven autenticas cadenas perpetuas, debido a la complejidad de la obtención de la cura en algunos casos de enfermos mentales. De alguna manera a partir de estas consecuencias se desprende como consecuencia que se castiga mas la enfermedad mental que la comisión de ilícitos.

Han existido ciertas reformas al código penal, en los cuales se aclara un poco el - tiempo de permanencia bajo medidas de seguridad, los artículos que han sufrido es- tos cambios son: Art. 24. Las penas y medidas de seguridad son: internamiento o tratamiento en libertad para quienes tenga el hábito o la necesidad de consumir - estupefacientes o psicotropicos.

Art. 67 En el caso de los inimputables, el juzgado dispondrá la medida de trata - miento aplicable en internamiento o libertad, previo al procedimiento correspondien- te. Si se trata de internamiento el sujeto inimputable será internado en la institu- ción correspondiente para su tratamiento.

Art. 68. Las personas inimputables podrán ser entregadas por la autoridad judicial o ejecutora, en su caso, a quienes legalmente corresponda hacerse cargo de ellos, siempre que se obliguen a tomar las medidas necesarias para su tratamiento y vigilancia, garantizando por cualquier medio y a satisfacción de las mencionadas autoridades, el cumplimiento de las obligaciones contraídas. La autoridad ejecutora podrá resolver sobre la modificación o conclusión de la medida en forma provisional o definitiva, considerando las necesidades del tratamiento, las que se acreditan mediante revisiones periódicas con la frecuencia y características del caso.

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

Es evidente que aun con estas modificaciones al código penal, la obtención de la libertad de la persona etiquetada como enfermo mental dependerá de la autoridad médica (psiquiatra) en la cual la autoridad jurídica deposita la responsabilidad.

C) PERSPECTIVA MEDICA

Dentro de las perspectivas que de alguna manera u otra han hecho de la enfermedad mental (su concepción y sus implicaciones) su objeto de estudio, es la Médica Halopata, la que sin lugar a dudas ha predominado por ser la que tiene mayor antigüedad en el estudio de las alteraciones del organismo y su tratamiento, que fué la que originó que empezara a establecer la relación entre soma y psique.

Evidentemente la manera de comprender y enfrentar la enfermedad mental que

sustenta esta perspectiva, se deriva del modelo médico de enfermedad física, caracterizado por la existencia evidente de una Patología que incluye:

- 1) Etiología
- 2) Cuadro Clínico
- 3) Nosología
- 4) Evolución hacia: a) la cura b) la cronicidad y c) la muerte
- 5) Involución
- 6) Manejo y Tratamiento
- 7) Prevención
- 8) Epidemiología
- 9) Denominación

Los postulados que plantea este modelo sobre la conducta anormal radican en un carácter eminentemente orgánico y fisiológico, esto es, "... los determinantes de la conducta anormal son agentes o procesos situados en el interior del organismo (por lo tanto) la conducta anormal refleja una enfermedad subyacente y los síntomas (existentes) persistirán hasta que se detecte y se corrija la causa de los mismos". (Price 1981). Los factores causales de la enfermedad mental irrumpen sobre la persona entera y sobre los distintos estratos de la personalidad, haciéndose más conspicua o notable su influencia nociva sobre uno u otro de los estratos de la personalidad. En otras palabras, la enfermedad mental se manifiesta por síntomas, que son agrupados en síndromes y cuya etiología es eminentemente orgánica, así mismo se presupone que el pronóstico y el tratamiento terapéutico serán afines en diversas entidades nosológicas.

Para entender mejor los postulados de esta perspectiva, hace falta dar una definición de los conceptos de que se vale para explicar la enfermedad mental.

Evidentemente el concepto de mayor importancia para el modelo médico, es el de enfermedad, el cual define como "un trastorno caracterizado por síntomas mentales u orgánicos que indican una disfunción psíquica o física" (Price 1981) dentro de ésta existen tres tipos, en los cuales se basa para comprender la conducta anormal como enfermedad: 1) Infecciosa, que es producto del ataque de un microorganismo a algún órgano o aparato; 2) Traumática, la cual proviene de un hecho o agente externo; 3) Sistémica, "en la cual un aparato u órgano se deteriora o no funciona bien principalmente por tener un defecto o debilidad congénita. Por ello están predispuestos a enfermar y en ocasiones tal tendencia se hace realidad si se les somete a stress prolongado". (Price 1981). Este último tipo toma en cuenta tanto factores ambientales como el influjo que ejerce la herencia sobre la fisiología del organismo, tornandose idonea para entender la conducta anormal como enfermedad.

Otros elementos relevantes son: Síntoma, que es una manifestación física o conductual de enfermedad. "estas manifestaciones clínicas son esencialmente expresiones de una crisis en el proceso adaptativo. La adaptación desde un punto de vista (médico), se refiere a una serie de cambios que ocurren en el interior de una persona, como resultado de las cuales satisface sus deseos y necesidades en relación a sus satisfacciones personales y a la realidad de su ambiente. Las alteraciones de estos procesos se manifiestan principalmente como anomalías del pensamiento, de los sentimientos y de la conducta". (Freedman 1975).

Algunos síntomas, por ejemplo, la alteración de la memoria en la demencia senil o la confusión en un estado tóxico, son los resultados de trastornos fisiológicos en la actividad neuronal implicados en el proceso del pensamiento. Los síntomas neuróticos sin embargo, en contraste con los orgánicos y tóxicos, son manifestaciones de procesos psicológicos apenas perceptibles o imperceptibles para el paciente

y/o el médico. Los síntomas, entonces, no son funcionamientos "anormales" de facultades unitarias, sino en realidad son reacciones psicobiológicas o expresiones del organismo total a nivel mental, y deben enfocarse para esta perspectiva, en términos de conceptos biológicos y dinámicos.

La sintomatología es, entonces, el resultado de muchas fuerzas, algunas provenientes del exterior, pero la mayoría provenientes del interior del paciente. Tales síntomas indican de manera especial los problemas del paciente y la manera como está luchando para encararlos; por lo tanto estos "... aun y cuando sean horribles y grotescos, desconcertantes para nuestro entendimiento, tienen una causa y un significado". (Kolb 1980). Los síntomas representan la tentativa del paciente, frente a grandes dificultades, para mantener su existencia, de la mejor manera posible; además de que pueden ser no sólo la manifestación de una enfermedad mental, sino también, una tentativa de enfrentarla.

El método que sigue este modelo para enfocar los trastornos mentales, es correlacionando los síntomas con la historia vital íntegra del paciente y con las fuerzas que han tenido un papel en la formación de su personalidad. Esto es, el psiquiatra intenta "interpretar" los síntomas en su relación con las experiencias pasadas y en términos de la dinámica de la conducta, es decir, en términos de métodos de adaptación que se observan en la vida diaria o en métodos asociados a éstas. O sea "... a través de los síntomas, de sus fuentes motivadoras, y de sus funciones adaptativas, (es como se espera) comprender la madeja de la vida interior del paciente, y ver la parte de la personalidad que hay detrás de cada síntoma, (y así hacer frente a estos a través de medios terapéuticos para llegar a la curación de la enfermedad)" (Kolb 1980).

Así como los síntomas neuróticos tienen una fuente y origen en la manera en

que el sujeto hace frente a los conflictos que le producen angustia, " las falsas percepciones, las alucinaciones, las compulsiones y otros síntomas (psicóticos), deben ser investigados hasta encontrar su fuente, igual que el dolor físico es investigado hasta encontrar su origen, con el objeto de que los factores que los producen sean comprendidos (y en consecuencia) eliminados. "(Kolb 1980).

Aunque los síntomas representan los esfuerzos de la personalidad para satisfacer sus necesidades fundamentales, lo hacen provocando una alteración de la armonía interior e impidiendo la aceptación social, esto es, "representan los fracasos en el manejo adecuado de las frustraciones, las inseguridades y los impulsos indeseables de la experiencia cotidiana "(Kolb 1980).

Así como en la enfermedad física es necesario entender los principios biológicos y fisiológicos, en la enfermedad mental se requiere de los mismos conocimientos, además de los mecanismos psicodinámicos fundamentales. Para el psiquiatra, las reacciones y la conducta del paciente significan lo mismo que para el médico general.

La clasificación que hace esta perspectiva de los síntomas, está en base a la concepción que tiene acerca de las facultades mentales del individuo, esto es:

- a) Transtornos del pensamiento. En su forma, progresión y contenido. (delirios, ideas de referencia, obsesiones, etc.).
- b) Transtornos de la consciencia. Confusión, estupor, etc.
- c) Transtornos de la orientación. En lugar, espacio y persona.
- d) Transtornos de la afectividad. Depresión, angustia, apatía, etc.
- e) Transtornos de los aspectos motores. Conación, alteraciones de la actividad, etc.
- f) Transtornos de la atención. Distractibilidad, tenacidad, etc.
- g) Transtornos de la memoria. hipermnésia amnesia, etc.

El psiquiatra para conocer el cuadro completo de la sintomatología de una enfermedad mental, recurre a los exámenes:

- a) Somático: Que es la revisión de todos y cada uno de los sistemas del cuerpo humano, para ver si en ellos reside la fuente de la enfermedad.
- b) Neurológico: Para aceptar o descartar que la sintomatología sea producto de una patogenia cerebral.
- c) Psiquiátrico: Que es la observación clínica de los signos precisos y síntomas que se manifiestan en la enfermedad, con el objeto de diagnosticarla (en base a la conjunción de estos exámenes) y proponer el tratamiento.

En base al conocimiento de la Semiología (sintomatología de una enfermedad psiquiátrica) en sus tres planos: comportamiento, estructura de la experiencia actual y personalidad (en los cuales se incluyen todos los síntomas) "... es posible establecer un pronóstico teniendo en cuenta esencialmente el diagnóstico entre los trastornos actuales del comportamiento, del pensamiento y de la consciencia, y los trastornos de la personalidad. Puesto que es de apreciarse si se trata de una crisis de melancolía o una depresión neurótica de una "boufeé" delirante o de una esquizofrenia, de un estado de confusión, etc., es establecer una discriminación clínica..." (Ey, 1980).

Para descubrir el significado de las manifestaciones desacomodadas de la personalidad, llamados síntomas" (Kolb 1980), las funciones que cumplen en la historia vital del paciente, se debe determinar las necesidades y los factores o las situaciones significativas que condujeron a su aparición. Esto es, se debe recurrir a la Etiología de los trastornos mentales. Esta es definida como el estudio sistemático de las causas de las enfermedades.

Por el énfasis que en la educación médica se le da a la bioquímica a la anatomía patológica y a otras ciencias objetivas e impersonales, es muy natural que el psiquiatra (formado en esta línea), al enfocar los trastornos de la personalidad, trate de emplazarlas en la misma categoría de las enfermedades orgánicas y busque sus causas utilizando los mismos procedimientos. Asimismo, se da cuenta que los pacientes también pueden enfermar por trastornos en las relaciones humanas, al igual que por causas metabólicas o de otro tipo. Esto es, la "desadaptación humana" es el resultado de una multitud de causas. Por tal motivo, el estudio de las causas de la enfermedad mental es un estudio de las fuerzas que residen en la base de los puntos ciegos, las actitudes, los intereses, los estados de ánimo, las creencias y el código de valores, aunados a las alteraciones a nivel orgánico, o en otras palabras, la etiología de las enfermedades mentales está tanto en los factores somáticos, biológicos, psicológicos y sociológicos que afectan la actividad y la conducta.

Dentro de esta multitud de factores el psiquiatra, plantea esta perspectiva, está obligado a investigar las causas de la enfermedad entre todos ellos; para tal efecto recurre a diferenciar el origen de los síntomas, tomando en cuenta ciertos parámetros, entre los cuales están; el aspecto hereditario y constitucional, la enfermedad se presenta en la ascendencia del paciente, cómo influye su constitución en ésta, etc la edad.- las psicosis se presentan generalmente, después de la adolescencia, en la cual existen cambios fisiológicos y psicológicos que pueden ser la causa de aquellas, en el período involutivo, nuevamente existen cambios que llevan al trastorno mental por la disminución en la actividad de las glándulas endócrinas, por el proceso degenerativo de las neuronas, etc.; el estado civil. "las estadísticas muestran que los trastornos mentales son más comunes entre los solteros y los divorciados, que entre los casados, ya que el matrimonio, aparte de ser una de las asociaciones más importantes del mundo (sic), proporciona satisfacción a las necesida-

des sexuales apremiantes y también diversas seguridades importantes cuya ausencia o pérdida son muy inquietantes para la personalidad " (Kolb 1980), embarazo y parto.- alteraciones y/o complicaciones en estos: desnutrición en la madre, anorexia al momento del nacimiento, etc.; crianza.- aceptación o rechazo, cuidados, etc.; infecciones.- la sífilis que lleva a la PGP, sigue siendo la de mayor incidencia dentro de estas, la meningitis, etc.; algunas drogas y productos químicos pueden originar síndromes cerebrales agudos, etc.; trastornos endócrinos.- funcionamiento anormal de las glándulas endócrinas; defectos físicos.- en quien los padece originan resentimientos y otras reacciones que pueden llevar a la enfermedad; deficiencias vitamínicas.- por las cuales se producen alteraciones tales como encefalopatías, que provienen de trastornos metabólicos u orgánicos en el cerebro, etc.; lesiones cerebrales.- todos los trastornos mentales con esta causa, se clasifican en tres tipos; 1) síndrome orgánico agudo, 2) síndrome crónico debido a una lesión difusa y 3) síndrome crónico debido a una lesión localizada; traumatismos craneoencefálicos.- lesiones que van desde una separación difusa y leve de la estructura neuronal por hemorragia y edema, hasta una destrucción de tejido cerebral con la formación subsecuente de una cicatriz; sexo.- en los hombres son más frecuentes la PGP, las psicosis alcohólicas, traumáticas, etc. en cambio en las mujeres se presentan más la melancolía involutiva, las psicosis maniaco depresivas, etc.; ambiente.- existe una mayor incidencia de trastornos mentales en las áreas urbanas en comparación a las rurales; las psicosis alcohólicas y por droga, la PGP, etc. son más comunes en las primeras y las psicosis seniles, la melancolía involuntiva, las psicosis con debilidad mental, etc. en las segundas; enfermedades físicas.- que asociadas a un estado tóxico conducen frecuentemente hacia un síndrome cerebral agudo, por los conflictos que acarrear a neurosis graves, etc.; relaciones interpersonales.- como las relaciones estresantes dentro de la familia, las cuales son destructoras para la adaptación social del individuo e inquietantes para la felicidad y eficiencia de éste, que pueden tener como fin, o bien una neurosis o una psicosis; agresión; aspectos socia

les y culturales.- el hecho de que el hombre esté constituido y modelado social - mente es, sin duda uno de los factores más importantes en la producción de formas neuróticas y psicóticas de reacción, además de ser las causas precipitantes de estas; conflicto mental.- la oposición antagónica de fuerzas opuestas, - como amor - odio - que llevan a experimentar angustia a quien los sufre conducen, por el deficiente manejo de la angustia, a estados neuroticos o bien psicóticos; etc.

En resumen, la perspectiva médica, considera a los transtornos mentales como "... el resultado lógico, aunque socialmente desajustado:

- 1) De la dotación original del individuo
- 2) De la influencia moderadora del hogar.
- 3) De las experiencias traumáticas que modificaron el desarrollo de la personalidad
- 4) De las causas de stress y de los problemas que brotan de la profundidad de la vida instintiva y emocional.
- 5) De la incapacidad para encarar esas tenciones
- 6) Del tipo de reacciones autodefensivas que habitualmente se usan para disminuir la angustia, y (como aspecto predominante).
- 7) De cualquier dolencia corporal (y alteración orgánica) que pueda impedir la integridad o la eficiencia del organismo biológico." (Kolb 1980).

En base al énfasis semiológico y etiológico que da a los transtornos mentales esta perspectiva, surge la concepción terapéutica que sustenta este modelo, el cual va - encaminado a modificar tanto los síntomas que presenta la enfermedad, como los - factores etiológicos que llevaron a ésta. Para lo cual se vale de técnicas que van desde el uso de fármacos, hasta las intervenciones quirúrgicas, pasando por un gran número de terapia(laboral, recreativa, etc), sin olvidar nunca el lugar donde se - lleven a cabo esta, el hospital psiquiátrico.

Aunado a este aspecto, se produce otro, conocido como pronóstico, que no es otra cosa más que la expectativa que se tiene acerca de la probable evolución y desenlace de la enfermedad.

Por otro lado la Nosología (clasificación de las enfermedades) se considera de vital importancia para este modelo, ya que en la manera en que clasifica los trastornos mentales, sienta las bases de la comunicación (utiliza abreviaturas que designan una gama mucho más amplia de rasgos, que de otra manera le sería difícil manejar); - ofrece un medio de descripción (sintetiza las características más destacadas de un grupo de alteraciones) y permite una predicción (sobre las probables causas del - trastorno, las formas en que se reaccionará a un tratamiento y la probable evolución de éste).

En el manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM III), - preparado por la comisión de Nomenclaturas y Estadística de la Asociación Americana de Psiquiatría, se hallan englobados todos los posibles padecimientos mentales existentes, los cuales son divididos en:

- I.- Trastornos del Inicio de la Infancia, de la Niñez y la Adolescencia.
- II.- Trastornos Mentales Orgánicos.
- III.- Trastornos por uso de sustancias.
- IV.- Trastornos Esquizofrenicos.
- V.- Trastornos Paranoides
- VI.- Trastornos Psicóticos no clasificados en otros apartados.
- VII.- Trastornos afectivos.
- VIII.- Trastornos por ansiedad.
- IX.- Trastornos somatoformes .
- X.- Trastornos disociativos.

- XI.- Transtornos Psicosexuales.
- XII.- Transtornos Ficticios.
- XIII.- Transtornos del Control de los Impulsos no Clasificados en otros apartados.
- XIV.- Transtornos Adaptativos.
- XV.- Factores Psicológicos que afectan al estado físico.
- XVI.- Transtornos de la personalidad.

De la clasificación que hace el modelo médico se desprende otro elemento importante, el diagnóstico; en él se basan las decisiones relacionadas con el tratamiento la identificación del síndrome que se logra mediante él, es requisito indispensable para poder descubrir las causas del padecimiento y suministrar la información sobre el pronóstico, o sea la probable evolución y desenlace de la enfermedad.

El examen diagnóstico consta de varios procedimientos. "Se somete al paciente a una serie de pruebas de laboratorio destinadas a valorar su estado fisiológico. A veces también le aplican test psicológicos. Por último, se realiza una entrevista sobre su situación mental a fin de estimar su afecto, su capacidad retentiva, su juicio y orientación y lo que piensa de su enfermedad mental. El médico combina y valora toda esta información y sobre ella fundamenta el diagnóstico definitivo." (Price 1981).

El diagnóstico psiquiátrico se realiza "casi" exclusivamente a partir de síntomas o síndromes, ya que rara vez se conocen los factores causales, en los cuales, junto con aquellos se hace el diagnóstico médico de la enfermedad física.

Siguiendo a Pucheu (1982) se puede resumir esta perspectiva diciendo que, aunque este modelo toma elementos de otros (incapacidad/invalides, biogenético, etc.), se

sintetiza en el médico-curativo, el cual tiene como características:

- Etiología/patogenia** La etiología es importante, pero casi siempre es desconocida. Se conocen las teorías sobre la causa patogénica única de la enfermedad (casi siempre de origen orgánico) y su patofisiología alterada. Se aceptan las causas naturales del padecimiento y la influencia de factores psicosociales. La personalidad es una unidad bio-psico-social.
- Diagnóstico** De acuerdo a una valoración de los síntomas, el médico determina la enfermedad. Efectúa diagnóstico diferencial con otras enfermedades. Informa ampliamente al paciente y/o a sus familiares. El diagnóstico es fundamental para el tratamiento y el pronóstico. Se reconocen sub-formas múltiples de cada enfermedad específica.
- Tratamiento** Habitualmente de tipo empírico, aunque fundamentando en teorías y tecnologías que han comprobado algún grado de eficiencia. Establece contra indicaciones para formas de tratamiento. Emplea procedimientos biológicos, psicológicos y sociales (sic).

| | |
|--------------------------|--|
| Pronóstico | Se fundamenta en el diagnóstico y la respuesta al tratamiento. No se promete cura, pero se ofrece algún grado de esperanza. |
| Objetivos | Se reconoce que la mayoría de las enfermedades no pueden ser curadas; cuando más lo que se puede hacer es: aliviar el sufrimiento, disminuir los síntomas y evitar hacer daño al paciente. Prevención por medio de la educación en salud mental y de diferentes medios para reducir o contener a la enfermedad mental. |
| Institución (función) | Organización por niveles de atención médico psiquiátrica. |
| Personal | Multi e interdisciplinario. Fundamentalmente profesionales (psiquiatras). Se aceptan para profesionales y no profesionales. |
| Derechos | Paciente Asumir el papel de enfermo. Eximirse de sus responsabilidades habituales. |
| | Familia Recibir información sobre la enfermedad y su evolución. |
| | Sociedad Proteger a la sociedad de las personas enfermas y al enfermo de la sociedad. |

| | | |
|---------------------|-----------------|---|
| | Paciente | Cooperar con el tratamiento, aceptar participar en actividades recreativas, ocupacionales, educativas y vocacionales. |
| Obligaciones | Familia | Responsabilizarse del paciente y seguir las indicaciones del equipo de salud mental. |
| | Sociedad | Proveer atención médico-psiquiátrica y facilidades para la prevención e investigación |

Por último esta perspectiva, se ha valido de otras disciplinas, tanto naturales (genética, biología, neurología, anatomía, química, etc.) como sociales (psicología, antropología, sociología, psicoanálisis, etc.), para extender su área de influencia sobre el campo de la psicopatología para así englobar más fenómenos de la conducta anormal como enfermedad, claro esta, sin olvidar jamás la analogía de la enfermedad mental como si fuera física.

D) PERSPECTIVA PSICOANALITICA

La teoría psicoanalítica desarrollada por Freud ha sido una de las que más han influido e el estudio, explicación y comprensión de los trastornos mentales, más sin embargo ésta, no es una sola perspectiva, sino un grupo de ellas que se centran en tres áreas generalesⁿ... la primera ... sobre la índole del pensamiento y la percepción, la segunda que se ocupa del desarrollo humano y la última que se refiere a la naturaleza de la psicopatía y su tratamientoⁿ(Price 1981).

Como es evidente nos abocaremos a la última, ya que es la que está directamente relacionada con nuestro objeto de estudio, claro está, sin dejar de lado las otras.

Para ello es necesario hacer una somera revisión de los conceptos de la teoría, que representan los procesos que intervienen en la conducta humana.

Las nociones de Freud sobre la actividad mental (aparato psíquico) dan un especial interés a los procesos inconscientes, aunque también existen otros a nivel preconscious y otros conscientes. Los últimos denotan la experiencia inmediata, la vivencia del momento, la cual es la más fácilmente accesible y engloba la menor cantidad de vida mental. El preconscious en cambio, abarca sucesos, pensamientos, ideas y recuerdos que no se hallan en la conciencia inmediata, pero que son accesibles a ella. Por último, el inconsciente, que es la esfera más extensa de la actividad mental y en el cual se hallan temores, esperanzas, impulsos instintivos, pensamientos infantiles y presentes que rara vez penetran en la conciencia; estos se encuentran en el inconsciente debido al Proceso de Censura que protege al individuo contra la posible amenaza que pudieran representar aquello. Los procesos inconscientes no son directamente accesibles, sino que tienen que inferirse de fenómenos psíquicos observables, así mismo las ideas inconscientes son susceptibles de distorsión y carecen de relación lógica entre sí. Para Freud es esencial este concepto como determinante de la conducta y le da un papel de primerísima importancia en la génesis de ésta.

Por otro lado, toda conducta tanto neurótica como normal, obedece a un motivo o una causa, la cual se halla representada por un conflicto de motivos e impulsos antitéticos (eros y/o instinto de destrucción, existiendo una predominancia del primero), los cuales, una vez que se reconocen dejan de ser expresados abiertamente e influyen en el comportamiento de quien los experimenta, aun y cuando estén bloqueados o fuera del ámbito de la conciencia, pudiendo manifestarse en forma de síntomas. Así mismo, la conducta tiene otro papel, el de la adaptación, hecho que Freud plantea al tomar en cuenta la importancia que tiene el medio externo sobre

ésta y que hace que el individuo actúe de tal manera que pueda conciliar sus exigencias internas, con las que le pone el ambiente.

Según la teoría psicoanalítica los orígenes de los temores, esperanzas, peculiaridades y virtudes del adulto, se remontan al desarrollo temprano del niño; productos estos de la lucha que establece el niño entre la satisfacción de sus necesidades fisiológicas (impulsos instintivos) y al mismo tiempo ganarse el amor y la aprobación - quienes lo cuidan y le dan su protección; lucha que deja huella en el carácter de la persona adulta.

Estos aspectos sobre la trascendencia del desarrollo psicológico y sexual, que contempla la conducta humana desde un punto de vista evolucionista, Freud lo plantea en las etapas del desarrollo psicosexual por las cuales pasa todo individuo. Pensaba que las zonas erógenas (boca, ano y genitales) son importantes para el desarrollo de la personalidad por tratarse de las primeras fuentes de estimulación con las cuales ha de enfrentarse el niño; pudiendo provocar, por el manejo que se haga de ellas; frustración, angustia y rechazo de los padres, teniendo esto un gran impacto en cómo es que el individuo sorteará los problemas de la vida futura. Dentro de las etapas pregenitales están: La etapa oral, donde la zona erógena predominante es la boca, ya que el niño satisface su necesidad de alimento por este medio, al mismo tiempo que al introducir objetos en ella le produce una agradable sensación; más tarde, al brotarle los dientes, la nueva manera de incorporar las cosas a su mundo (morder) también se vuelve importante. Estas modalidades, si se fija el desarrollo en esta etapa o se regresa a ella, se vuelven rasgos de carácter en el adulto; como el oral-incorporativo o el oral-sádico respectivamente.

La segunda etapa, llamada Anal, esta caracterizada por la importancia que va adquiriendo para el niño el manejo del esfínter anal, ya que a la vez que alivia

el malestar físico (por medio de la defecación) se torna fuente de placer erótico. Por primer vez en su vida el niño se ve en la necesidad de reprimir un impulso - instintivo, ya que los padres han establecido normas a las cuales debe adaptarse - éste sino quiere, en consecuencia, perder el cariño de aquellos, surgiendo así, uno de los conflictos más importantes en las relaciones padres-hijos.

Conforme avanza el adiestramiento en el control de esfínteres, la índole de esa - relación se va transformando en cuestión central del desarrollo. Si los padres son demasiado estrictos y duros en su método de control, el hijo retendrá las heces - (por el placer que le produce hacer esto y como manera de hacer frente a las - imposiciones de los padres) y este modo de evacuar se tornará en el prototipo de conducta posterior (carácter retentivo o expulsivo anal), en cambio si los padres - elogian al niño al defecar, éste desarrollará un carácter con fundamentos en la - creatividad.

La siguiente etapa es la Falica, en ésta los órganos genitales se convierten en la fuente principal de satisfacción para el niño: éste comienza a realizar actos auto - eróticos y a explorar sus genitales; aparece el Complejo de Edipo que está caracterizado por la atracción sexual por el padre del sexo contrario y la aversión y - hostilidad contra el progenitor del mismo sexo. En opinión de Freud este complejo desempeña un papel decisivo en las actitudes que el adulto asume frente al sexo - opuesto, y a las personas investidas de autoridad.

El niño ve en el padre a un rival que quiere castigarle por el deseo incestuoso y - las sensaciones provenientes de sus genitales, los asocia con el afecto que siente por la madre; asimismo, teme que el padre le corte el pene (angustia a la castración), lo cual hace que reprima su deseo sexual por la madre y logra identificarse con aquel.

Por lo que respecta a las niñas el Complejo de Edipo sigue un curso un tanto distinto. Cuando descubre que el niño posee un órgano del cual ella carece, culpa a la madre de tal situación y hace al padre objeto de amor, por el hecho de que éste está dotado del órgano que le gustaría tener. Siente envidia de él y de todos los hombres por que poseen algo que a ella le falta (envidia del pene). A diferencia del hombre, en la mujer, este complejo no sufre represión, sino solamente una ligera modificación, por las restricciones que impone la realidad a las relaciones incestuosas.

A esta etapa sucede un periodo llamado de Latencia, en donde la dinámica del desarrollo muestra una estabilidad relativa.

El desarrollo psicosexual termina con la etapa genital en donde "los intereses narcisistas de las etapas pregenitales son reemplazadas por relaciones de objetos del mundo real. El niño deja de ser narcicista y se transforma en un adulto socializado. Empieza a preocuparse por la elección de una profesión, por la socialización y por las relaciones con los individuos de su misma edad" (Price 1981).

La Estructura del Aparato Psíquico que es la piedra angular de la teoría y sobre la cual Freud edificó la dinámica del comportamiento, es otro elemento conceptual, necesario para entender la enfermedad mental desde esta perspectiva.

En esta estructura se hallan las principales unidades funcionales de la vida mental; la primera de ellas es el ELLO, que es la región más primitiva de la estructura de la personalidad y representa el sustrato biológico de ésta. Es la fuente de la energía psíquica del hombre (libido), contiene los impulsos instintuales y su función es la de liberar la energía generada en el organismo por estimulación externa y/o interna y mantener un nivel mínimo de tensión (placer-displacer).

Procura dar una satisfacción inmediata a los impulsos instintivos (Principio del Placer) por medio de un reflejo motor, que produce la descarga directa de la energía o el instinto (Proceso Primario). No distingue entre la realidad objetiva y la subjetiva, de ahí que la "Satisfacción del Deseo" pueda darse por medio de alucinaciones o sueños, y quizá lo más importante es que no se ve modificado por, ni toma en cuenta la realidad externa.

A medida que el organismo se ve enfrentado a las restricciones del mundo externo, surge el ELLO otra unidad, el YO. Su cometido principal es procurar la satisfacción, pero al mismo tiempo tomar en cuenta las exigencias de la realidad (principio de la realidad), esto es, hace de mediador entre los impulsos del ELLO y la realidad, pero tendiente a la satisfacción del impulso instintivo. Cuando no se logra esta función, es entonces que puede aparecer la enfermedad.

Esta unidad distingue lo objetivo de lo subjetivo, se basa en la experiencia anterior y en la valoración de la misma, al hacer juicios sobre los medios más apropiados para conseguir la satisfacción (proceso secundario). Se vale de las funciones psicológicas de acción, pensamiento, memoria y percepción a fin de valorar la experiencia y proporcionar una satisfacción realista. En síntesis la "misión del (YO) es mantener un equilibrio en el organismo no obstante la (presión que producen):

- a) Las exigencias de una satisfacción total de los impulsos biológicos del (ELLO),
- b) Las exigencias constantes de la realidad externa y,
- c) Las ordenes del (SUPER YO)." (Price, 1981).

La última unidad de la estructura de la personalidad a la cual Freud llamó SUPER YO contiene la esfera de los valores morales de la conducta humana. Esta unidad surge a partir del YO, ya que "los niños al crecer son influidos por sus padres me-

dian te premios y castigos. Así se realiza el aprendizaje de valores que los niños internalizan o introyectan cuando se identifican con sus padres ".(Price 1981).

Así el SUPER YO valora los actos conforme a las normas morales (juicios entre - bueno-malo), además de que crea, por los valores aprendidos el ideal de la persona que los niños deben procurar ser (ideal del YO); estos aspectos desempeñan un papel central en el proceso de socialización del niño. "Los padres son los transmi - sores de las normas sociales y son los primeros representantes de una sociedad - con la que finalmente se enfrentará el niño"(Price, 1981).

Revisando todas las unidades que componen la Estructura Psíquica, "se advierte que a pesar de todas sus diferencias fundamentales, el ELLO y el SUPER YO tienen - una cosa en común: ambos representan las influencias del pasado: el ELLO las heredadas; el SUPER YO, esencialmente las recibidas de los otros, mientras que - el YO es determinado principalmente por las vivencias propias del individuo; es decir, por lo actual y lo accidental".(Freud, 1981).

Otros elementos para entender la teoría psicoanalítica y en consecuencia su concep - to sobre la enfermedad mental, son la angustia y los Mecanismos de Defensa con que el individuo hace frente a aquella.

A la primera Freud la definió como "una sensación desagradable que asocia con la excitación del sistema nervioso"(Price, 1981), la cual posee un importante papel, - tanto en la comprensión de la conducta anormal como en el desarrollo normal de - la persona. Esta "sensación" provoca una reacción de alarma en el organismo, la cual a pesar de ser una reacción adaptativa, está muy lejos de ser una vivencia - placentera, de ahí que se intente desaparecerla. La angustia funge de señal al YO y éste toma medidas para enfrentarla.

Pero, la angustia, más que una sensación, es un estado afectivo. La experimentan tanto neuróticos como sujetos normales, siendo en los primeros, mas frecuente y en los que llega a alcanzar sus más altos niveles.

Freud distinguió dos tipos: la angustia real y la neurótica. La primera es independiente de la segunda y es una reacción ante el peligro exterior, como una manifestación del instinto de conservación. En cambio en los neuróticos se registra un estado general de angustia flotante (o de esperanza), dispuesta a adherirse al contenido de la primera representación adecuada; "los que la sufren esperan siempre - lo peor, cada hecho accidental es el presagio de una desdicha..."(Mandolini 1977). Cuando ésta angustia de espera alcanza una gran intensidad, corresponde a lo que se denomina neurosis de angustia.

En el análisis de las psiconeurosis, se demuestra que los sujetos que la padecen, - son personas en las cuales... "la corriente psíquica normal" no ha alcanzado su fin y ha sido reemplazada por la angustia. Por lo tanto la angustia es producto de la represión inconsciente de un estado afectivo, lo cual lleva a la formación de síntomas neuróticos para impedir el desarrollo de ésta; lo cual hace que Freud la considere la causa central de la producción de la neurosis. Así mismo sostuvo que"... la angustia es la reacción del YO ante el peligro de los avances de lo libido". - (Mandolini, 1977).

La génesis de la angustia radica en el hecho de que cuando el ELLO aspira a algo que el SUPER YO condena, se produce una lucha entre ambas instancias y la angustia resultante que el YO experimenta, no es más que una repetición de las primeras angustias que el individuo sintió en su vida por el temor a la castración, la ausencia de la madre y el trauma del nacimiento(Rank). Así, las primeras experiencias establecen las normas para la vida ulterior. Esto es, habiéndose visto ame

nazado el YO por un peligro en la infancia, tiende a considerar que cualquier situación semejante es peligrosa para él, por esto, cuando en la vida surge una situación análoga aparece la angustia como advertencia y el YO actúa según la norma antigua, tal y como si estuviera amenazado por el mismo peligro, es decir, se prepara automáticamente mediante mecanismos psicológicos, para su defensa, "... los avances de la libido, cuando va a alterar la paz del YO, al provocar angustia, obliga (a éste) a defenderse, para lo cual emplea diferentes alternativas (llamadas) mecanismos de defensa ". (Mandolini 1977), tales como la represión, la formación reactiva, la negación, la proyección, la regresión, la introyección, la intelectualización, etc., los cuales tienen en común, para proteger al organismo (y en particular al YO), que niegan o deforman la realidad y operan a un nivel inconsciente.

Aunque hasta aquí solamente se ha intentado presentar los conceptos fundamentales de la teoría psicoanalítica, ya se desprende de ellos la manera de concebir la enfermedad mental que tiene esta perspectiva, y es quizá en la génesis de la neurosis * donde mas clara se vea ésta. "Freud consideró que los neuróticos eran hombres como los demás, pero al verse sometidos a ciertas circunstancias o complejos, en vez de superar y dominar los estados que aparejan dichos complejos y situaciones, como lo hacen los llamados normales, son dominados por ellos. Por lo tanto, unos llegan a la neurosis y otros no, pensó que, para que la enfermedad se produzca, deben coincidir factores y respetarse determinadas condiciones". (Mandolini 1977).

* Se toma de ejemplo la neurosis, ya que por un lado es el concepto más desarrollado de la teoría y por otro, Freud consideraba que todas las alteraciones seguían una evolución semejante, porque " en el desarrollo de la libido recide el factor decisivo de la salud o de la enfermedad nerviosa ".

La primera condición para que se produzca la neurosis reside en el sujeto y consiste en la "Disposición a la Neurosis", la cual tiene su origen en la evolución de la libido. Este desarrollo, que se inicia con el nacimiento y va recorriendo distintos estadios (Desarrollo Psicosexual) puede, por infinidad de factores, no seguir su curso normal y cuando sucede esto, porciones de la energía sexual (libido) quedan fijadas (permanecen en un determinado segmento del pasado), impidiendo continuar el curso del desarrollo y en consecuencia predisponiendo al individuo a enfermarse.

La segunda condición comprende todos los factores accidentales que pueden actuar como reactivos sobre la disposición neurótica, los cuales pueden ser de cuatro diferentes índoles:

- 1) La pérdida del objeto amado, en donde la falta de satisfacción erótica, por la pérdida de este objeto, provoca un estancamiento de la libido, el cual lleva a ésta, para descargar el exceso de excitación psíquica, a dirigir su atención hacia núcleos fijados anteriormente y así iniciar una regresión (mecanismo de defensa). "Cuando esta tendencia, incompatible con el estado actual del individuo, adquiere suficiente intensidad, surge el conflicto entre ella y la parte de la personalidad que ha permanecido en contacto con la realidad. Este conflicto se resuelve en una producción de síntomas, desplazándose así con la emergencia de una enfermedad manifiesta", (Mandolini, 1977).
- 2) Las experiencias de la realidad: la enfermedad se produce a consecuencia de un esfuerzo interior por parte del sujeto para lograr una satisfacción accesible a la realidad, esto es, que la realidad exige una modificación interior, la cual no se logra por falta de flexibilidad, produciéndose un conflicto en el sujeto entre la tendencia a continuar siendo idéntico a sí mismo, (por fijación) y la de transformarse ante las exigencias de la realidad.

- 3) Coerción de la evolución: aquí la libido no ha abandonado nunca las fijaciones infantiles y las exigencias de la realidad no quedan planteadas al individuo - cuando éste ha llegado a la maduración, sino que van surgiendo paralelamente al curso de la vida.

- 4) Incremento paulatino de la libido: a consecuencia de haber alcanzado en ciertos períodos de la vida, y en conexión con determinados procesos biológicos, - un alto incremento libidinoso y por los inconvenientes impuestos por el mundo exterior para satisfacer tales aumentos, es que se puede producir la enfermedad.

Por último, el conflicto es la tercera condición para que se produzca una neurosis, éste es resultado de la privación originada por una oposición de deseos; o en otras palabras, una parte de la personalidad manifiesta determinados deseos y otra parte se opone y los rechaza (YO vs. ELLO, YO vs. SUPER YO, ELLO vs. SUPER YO).

Por la privación, la .. libido al verse frustrada, es impulsada a buscar otros caminos y objetos (síntomas y mecanismos de defensa), que pueden despertar el reproche - de una parte de la personalidad, la cual veta estos nuevos modos de satisfacción " (Mandolini, 1977), esto es, los estados de conflictos y rebelión en donde el ELLO inconsciente tiene perspectivas de irrumpir en el YO y a la consciencia, y cuando el YO, a su vez, vuelve a defenderse contra esa irrupción.. En otras palabras, el - conflicto se da entre la realidad (YO), la sexualidad (ELLO) y la moralidad - (SUPER YO).

La exposición que se ha hecho de las suposiciones de esta perspectiva, sobre la naturaleza y conducta humana, con la existencia de procesos inconscientes, el desarrollo psicosexual, la estructura de la personalidad y la génesis de las neurosis, con todo lo que implican como: el que toda conducta es, ante todo adaptativa y obede-

ce a un motivo, estos motivos pueden entrar en conflicto produciendo angustia y -
llevando al individuo a enfrentarla mediante síntomas y mecanismos de defensa, -
el comportamiento como producto del desarrollo, etc., dan una idea clara de la -
manera en que es concebida la psicopatología por esta teoría; pero es importante
enfaticar que la "... conducta es patológica cuando se vuelve incontrolable y obsta-
culiza el comportamiento habitual del sujeto. De ello se desprende fácilmente -
que el criterio para saber cuando un comportamiento es normal o anormal tiene -
un carácter eminentemente cuantitativo". (Price 1981).. las manifestaciones anorma-
les y normales que observamos, es decir la fenomenología, debe ser descrita desde
el punto de vista de la dinámica y de la economía (en este caso, desde el punto -
de vista de la distribución cuantitativa de la libido); luego, que la etiología de los
trastornos estudiados por nosotros se encuentra en la historia evolutiva, es decir -
en las épocas más precoces del individuo " (Freud, 1981).

Esto es, en todo individuo se producen semejantes procesos, los cuales son enfrenta-
dos de una manera similar y solamente cuando los resultados de estos empiezan a
obstaculizar el funcionamiento, es entonces que existe la enfermedad mental y se
califica como tal por esta perspectiva.

En esta perspectiva el origen de la enfermedad es intrapsíquico, ya que es en la -
forma en que el sujeto vive determinadas experiencias es como se va a originar -
ésta. Esto es, el YO tiene la función de enfrentar sus tres relaciones de depen-
dencia: de la realidad, del ELLO, y el SUPER YO, sin afectar su organización ni -
menoscabar su autonomía. La condición básica de los estados patológicos (neurosis
y psicosis) reside "... en un debilitamiento relativo o, absoluto del YO que le impi-
de cumplir sus funciones. La exigencia más difícil que se le plantea al YO (es) -
la dominación de las exigencias instintivas del ELLO, tarea para la cual debe man-
tener (gran cantidad de energía). Pero también las exigencias del SUPER YO pue -

den tornarse tan fuertes e inexorables que el YO se encuentre como paralizado - en sus restantes funciones (...) en los conflictos así originados el ELLO y el SUPLENIR YO hacen causa común contra el hostigado YO, que trata de aferrarse a la realidad para mantener su estado normal. Si los dos primeros se tornan demasiado fuertes, pueden llegar a quebrantar y modificar la organización de YO, de modo - que su relación adecuada con la realidad estará perturbada (neurosis) o aún abolida (psicosis). En otras palabras, si el YO se desprende de la realidad del mundo externo, cae, por influjo del mundo interno, en la psicosis " (Freud, 1981).

En conclusión las neurosis y las psicosis aun los estados en los cuales se manifiestan los trastornos funcionales del aparato psíquico. En las características que destaca Pucheu (1982) acerca del modelo psicoanalítico, se sintetizan los principales - postulados teóricos de esta perspectiva (vease cuadro).

MODELO PSICOANALITICO

| | | |
|-----------------------|--|--|
| ETIOLOGIA/PATOGENIA | Importancia primordial. Psicogénesis del padecimiento. "Las neurosis se labran en la infancia". | |
| DIAGNOSTICO | Síntomas neuróticos, psiconeuróticos o psicóticos. Análisis de los conflictos y mecanismos de defensa. Sub-Modelos: Económico, genético, adaptativo, dinámico y estructural. Cada caso es único. | |
| TRATAMIENTO | Relación psicoterapeuta-paciente. Hacer consciente lo inconsciente. Se interpreta simbólicamente el presente en función del pasado y el pasado en función del presente. | |
| PRONOSTICO | Depende de que tanto quiera mejorar el paciente. Malo en casos de psicosis. | |
| OBJETIVOS | Resolver los conflictos emocionales inconscientes. Favorecer el desarrollo armónico de la personalidad. | |
| INSTITUCION (FUNCION) | Proveer condiciones para el tratamiento. Ocasionalmente, favorecer la separación de relaciones en formas. | |
| PERSONAL | Psicoanalistas o psicoterapeutas, previamente sujetos a tratamiento. | |
| DERECHOS | PACIENTE | Simpatía por su problemática emocional, que su conducta sea interpretada simbólicamente y que no sea juzgada moralmente. |
| | FAMILIA | Sin derechos. No se informa sobre la evolución. |
| | SOCIEDAD | Sin derechos |
| OBLIGACIONES | PACIENTE | Cooperar con la psicoterapia |
| | FAMILIA | No interferir en el tratamiento |
| | SOCIEDAD | Aceptar la conducta del paciente como manifestación del trastorno emocional. |

E) PERSPECTIVA BASADA EN EL APRENDIZAJE

"Los niños no hacen lo que los adultos les dicen que hagan, sino más bien lo que les ven hacer" (Bandura, 1974).

Dentro de la perspectiva psicológica, una aproximación importante al problema de la conducta desviada es la basada en el proceso de aprendizaje. Esta aproximación trata de explicar la adquisición, mantenimiento y eliminación de conducta a través del aprendizaje social.

Inicialmente esta aproximación no consideraba las variables sociales como fuentes potenciales de influencia en la conducta, sin embargo, recientemente, durante el desarrollo de la investigación sobre aprendizaje social ha provocado que los investigadores pongan mayor atención en esas variables. Se ha observado que el aprendizaje social no es un proceso aislado, sino que está presente desde la infancia hasta la madurez y es por esto que su investigación ha sido favorecida como una aproximación válida al desarrollo de la personalidad, la conducta desviada y la psicoterapia, ya que se han obtenido valiosos resultados en cuanto a los procesos de obtención y modificación de la conducta social.

"Dentro de esta concepción teórica, uno de los conceptos fundamentales es el de imitación, el cual surge desde 1896 con Morgan, 1903 con Tarde y 1908 con McDougall, que lo consideraban como un proceso innato, instintivo o constitucional. Mas adelante Allport (1924), lo trata de explicar a partir de los principios del condicionamiento Pavloviano". (Bandura 1974). Aunque en su momento fue importante este concepto y que sirvió de base para el desarrollo ulterior de la teoría del aprendizaje, no bastó para explicar totalmente la adquisición de conductas nuevas, así como tampoco el porque un observador no presenta conductas ejecutadas por un modelo. Al cuestionar esta situación es cuando Mowrer plantea que la imitación se da cuan

do, el observador es reforzado por las consecuencias en él, de las respuestas del modelo. Además establece un paralelo con la formación de hábitos encontrando solo como diferencia el origen de los estímulos. Bandura (1962), observó que las conductas imitativas surgen en situaciones de contigüidad sensorial, mientras que las consecuencias son importantes, sólo cuando se trata de este tipo de conductas imitativas.

Mas adelante surge el concepto de provocación que se refiere a la presentación de un estímulo evocador de una conducta aprendida previamente pero que no se emplea esto es, tiene un efecto de inhibidor de respuestas. Según Rotten (1954), (citado por Bandura 1974), la posibilidad de que ocurra una conducta nueva en una situación dada es determinada por dos variables: 1) La apreciación de la posibilidad de ser reforzada y 2) El valor de dicho refuerzo para este sujeto.

De acuerdo al aprendizaje operante, el surgimiento de la conducta es resultado de un proceso de condicionamiento operante, esto es, que por aproximaciones sucesivas se va conformando el repertorio conductual mínimo necesario para el desempeño de un individuo, sin embargo a través de esta explicación no se pueden justificar muchas de las respuestas dadas por los miembros de la sociedad.

Actualmente, se ha vuelto a tomar algunos aspectos del proceso de imitación aun que tratado como una forma de condicionamiento instrumental, según lo concebían Miller y Dollard. Consideran el papel del refuerzo en cuanto a la producción y mantenimiento de la conducta imitativa. Tanto la conducta imitativa como la producida por aproximaciones sucesivas no puede ser entendida cabalmente separada de un programa de refuerzo, lo cual además permite la generalización de la conducta partiendo de las semejanzas con la situación inicial en la que se presento el refuerzo.

Todo individuo aprende a responder a los estímulos sociales creando pautas de respuestas a través de las cuales se forman jerarquías de hábitos. Según el aprendizaje social las tendencias de respuesta que ocupan un lugar bajo en la jerarquía de respuesta, no ejercen influencia en la conducta manifiesta, que es producto del aprendizaje social. Las respuestas que no son dominantes son quizás aquellas que el individuo aprendió durante su infancia, cuando estas se presentan en una etapa posterior puede considerarse como una conducta desviada. Otra forma de explicar la aparición de éstas, quizás fueron expuestas a un programa de reforzamiento intermitente durante un lapso de tiempo prolongado, lo que ha provocado su mantenimiento lo que de ninguna manera lo hace adaptativo. Este tipo de aproximación trata de evidenciar las diferencias interindividuales y la continuidad intraindividual. Y con esto propone que los cambios bruscos en la conducta de un individuo son determinados por alteraciones bruscas en la instrucción social, variables biológicas o ambientales relevantes que son raras durante el aprendizaje social en el proceso de formación.

Existen otros modelos que explican la enfermedad mental a partir de la analogía sintoma enfermedad subyacente, que se refleja en la utilización de términos como salud mental, enfermedad mental, perturbación emocional, etc. , llaman enfermos o pacientes a personas con conductas atípicas e incluso emplean modelos culturales o subculturales para definir al enfermo, la salud y la enfermedad.

En este aspecto esta teoría ve a la enfermedad mental, como una conducta de desadaptación en sí mismo más que en alguna causa subyacente, tratan de mantenerse a nivel puramente conductual (Rimm 1980).

La estructura de esta perspectiva está constituida por los conceptos de estímulo - respuesta y refuerzo tomada del campo del aprendizaje, recurriendo para explicar -

la conducta anormal a mecanismos de condicionamiento clásico y operante (Price, 1981)

La terapia de la conducta no tiende a seguir el modelo médico, descontando principalmente el concepto de sintoma, sin embargo al hablar de la conducta de desadaptación, se trata a esta como una conducta sin temática de algo más. Aunque refiriéndose a los eventos internos provocados por estímulos externos (Rimm, 1980).

Con esto mismo se rechaza la idea de que la conducta desviada, esta en función de un estado de enfermedad mental autónomo e inaccesible.

Esta aproximación supone que la conducta de desadaptación son en un grado considerable adquirida por medio del aprendizaje, igual que cualquier otra conducta, establece de manera precisa como el medio ambiente influye a través de los principios de reforzamiento, en la persona, sin embargo, no podría establecerse que toda conducta de desadaptación es consecuencia de una infortunada historia de aprendizaje.

La tarea del aprendizaje social, en lugar que los procesos internos sean los eslabones primarios de las secuencias causales que den lugar a pautas desviadas de comportamiento, trata tales fenómenos de mediación, cuya naturaleza y modificaciones se infieren de la conjunción de ciertas condiciones de estímulos manipulables y secuencias observables de respuesta. Estos fenómenos pueden ayudar a explicar algunos cambios de comportamiento, sin embargo no pueden ser manipulados directamente, por lo que tienen poca importancia en programas de modificación de conducta.

El síntoma es una pauta de conducta dominante en la jerarquía de pautas que el sujeto ha aprendido a dar ante un grupo dado, bajo ciertas condiciones de estimulación. Si este síntoma se elimina por medio de una técnica de contracondicionamiento, extinción u otro método de modificación conductual, tenderán a aparecer las respuestas que le siguen en dominación en la jerarquía, estas respuestas pueden ser o

no desviadas, si no lo son la desaparición del sintoma completa el tratamiento, sin embargo, es común que tras una pauta desviada siga otra serie de pautas desviadas.

Existen una serie de juicios subjetivos que son los que determinan la conducta normal o anormal. Las variables dependientes en este tipo de investigaciones se establece a partir de un estado global del organismo y no en cuanto a conductas específicas y observables no tratan de ordenar su conducta en dimensiones mensurables. La categorización de los sujetos entre perturbados y no perturbados, normales o anormales conlleva juicios de valor influidos por factores sociales y culturales además de la predisposición personal de quien hace el juicio. En general se considera desviado a quien asiste a centros de atención para pacientes externos o a hospitales para personas emocionalmente perturbadas. Generalmente se devalúa la influencia de procedimientos específicos de instrucción social, así como el refuerzo directo de algunas respuestas desviadas o la exposición de modelos desviados. La categorización normal anormal por estar basada en juicios de valor no puede resolverse con datos empíricos. Para la ciencia de la conducta social estos juicios no tienen relevancia. Se deben seleccionar variables de conductas para identificar sus antecedentes y correlados. Hay limitaciones en la investigación sobre conductas atípicas o sobre su intención, entre las que están las consecuencias éticas que impiden la manipulación de la vida real, las pautas desviadas resultan de la interacción de diversas variables serían difíciles de producir con procedimientos experimentales.

Dentro de esta aproximación se establece ante la conducta desviada la inhibición o supresión o bien su modificación por una actitud aceptable o estimada, generalmente estos cambios se logran por medio del refuerzo social diferencial que implica reforzar la conducta apropiada desde un punto de vista social y no recompensar las demás respuestas. Otro tipo de intervención es la de eliminar el refuerzo positivo o presentar uno aversivo, como el castigo físico, aunque ambas son técnicas de cas-

tigo, pueden tener efectos diferentes sobre las conductas que se intenta controlar.

A continuación se presenta un cuadro en el que pueden estar incluidos los aspectos mas relevantes de esta aproximación (basado en el modelo moral de Puchev (1982))

TEORIA DEL APRENDIZAJE

| | | |
|-----------------------|---|--|
| ETIOLOGIA/PATOGENIA | Importancia secundaria, los hábitos conductuales se aprendieron en el curso de la vida. | |
| DIAGNOSTICO | La ideología determina cual conducta es aceptable o inaceptable (desviada). | |
| TRATAMIENTO | fixar límites a la conducta mediante un plan explícito o implícito (es timulo gratificante o frustrante). | |
| PRONOSTICO | Bueno si hay cooperación por parte del sujeto adaptación social. | |
| OBJETIVO | Adaptación social. | |
| INSTITUCION (FUNCION) | Corregir preferentemente con el acuerdo de los sujetos. | |
| PERSONAL | La conducta se evalúa no se interpreta. Confianza y seguridad en sus procedimientos. Experiencia y capacidad técnica. Profesionales y no profesionales. | |
| DERECHOS | PACIENTE | Recibir conducción |
| | FAMILIA | Recibir ayuda para corregir. |
| | SOCIEDAD | Defender el orden social. |
| OBLIGACION | PACIENTE | Cooperar en el cambio conductual |
| | FAMILIA | Incitar a que se acepte el tratamiento conductual. |
| | SOCIEDAD | Poseer posibilidades de rehabilitación de la conducta. |

F) PERSPECTIVA SOCIAL

En el momento del nacimiento de un ser humano es bien sabido que aún no está constituido completamente, esto es, existen algunos aspectos que son acabados a partir de la relación con su entorno, éstos aspectos pueden ser incluidos en lo que llamamos la personalidad, en la cual se hallarán integrados gustos, costumbres, concepciones morales, creencias religiosas, ocupación, etc. y que en el momento del nacimiento aun no están determinadas. Definitivamente el hombre cuenta de manera innata con ciertas capacidades que le permitirán enfrentarse al medio de una u otra forma o sea que el factor hereditario tiene cierta participación en la formación de la personalidad, aunque de ningún modo, puede considerarse como determinante. Así la personalidad y la forma de vida de cada uno se halla influido por el medio en el que ha nacido y se ha criado, en general se puede afirmar que somos lo que las fuerzas socioculturales, han moldeado nuestra conducta.

Dentro de esta aproximación psicosocial existen varios enfoques que son: la instintivista o reflexológica que considera los instintos como un factor determinante en la interpretación de los fenómenos sociales. Otro enfoque son las sociologías psicoanalíticas basadas en los escritos de Freud, Jung, etc. no hablan de instintos aunque sí de pulsiones inconscientes, principalmente de la libido mediante el cual tratan de interpretar los fenómenos socioculturales, desde los aspectos religiosos hasta la sociedad como tal. La tercera forma de enfocar el problema es el conductismo que centra su trabajo en la observación de la conducta manifiesta sin manejar directamente instintos o pulsiones, excluye también todo tipo de nociones subjetivas o introspectivas. Finalmente hay otra visión, la cual explica los fenómenos sociales a partir de emociones, sentimientos, afectos, actitudes, y otras experiencias psicológicas internas. Las estudia a través de las manifestaciones de estas relacionandolas con las condiciones sociales en que se dan, esta rama introspectiva ha enriquecido

el conocimiento en esta área.

Para poder iniciar el estudio a nivel social se ha tratado de identificar cual es la unidad básica o elemental de los fenómenos socioculturales, unos lo definen en el individuo, otros en la interacción y otros en el papel social o rol que desempeña el individuo, sin embargo, se ha comprobado que el sujeto aislado no puede ofrecer un fenómeno social, y ante esto se plantea como la unidad básica la familia. (se puede decir que esta búsqueda de la unidad básica es un error, ya que hasta ahora no hay ninguna ciencia que haya determinado una unidad básica, ni la física que la establece en el átomo, porque se sabe que el átomo está a su vez, constituido por diferentes elementos, eliminando al mismo tiempo a éste como unidad elemental de estudio). El modelo más aceptado de fenómeno sociocultural, es la interacción que influye a dos o mas individuos, se entiende por interacción el intercambio de influencias entre los participantes, si la interacción carece de significación deja de ser un fenómeno sociocultural, convirtiéndose en un fenómeno puramente físico, objeto de otra ciencia. "Estos fenómenos socioculturales están compuestos por 3 factores los cuales a su vez se hallan formados por otros elementos que determinarán sus formas concretas, estos factores son: 1) Los seres humanos que piensan, actúan y reaccionan como sujetos de la interacción; 2) Las significaciones, valores y normas por los cuales los individuos interaccionan, realizandolas e intercambiandolas en el curso de la interacción; 3) Las acciones externas y fenómenos materiales en su calidad de vehículos o conductores a través de los cuales son objetivadas, solidificadas y socializadas las significaciones, valores y normas ". (Sorokin, P.A. 1973). Estas significaciones y los valores son un componente importante en la interacción, estas significaciones pueden ser a nivel cognocitivo en el sentido estricto, pueden ser valores a los cuales se les da cierta significación como son la salud, la educación, etc. también se pueden incluir normas referidas a un cierto marco pueden ser las jurídicas, eticas, etc. incluyen cierto valor, positivo o negativo por lo que

pueden usarse como sinónimos los terminos significación valor-norma para denotar esta clase de fenómenos.

El carácter de las normas se halla determinado por el medio social y cultural en que se ha nacido y crecido y en que se vive y actúa. El medio sociocultural occidental se halla formado en su mayoría por normas predominantemente competitivas heterogeneas y contradictorias, esto es, exige la existencia de ricos y pobres, virtuosos y cínicos, sanos y enfermos, etc. Al crear una división tan tagante en el sentido de que lo que unos afirman, otros lo niegan no puede dejar de producir dentro de los individuos que la forman la existencia de normas divergentes , competitivas y discordantes. La razón para este antagonismo esta en que aunque no sean practicadas, las normas no dejen de estar en conflicto, lo que lleva a una situación antagónica sobre todo por la carencia de normas positivas y concordantes. Estas normas o valores tienen una gran relación con los aspectos de integración no integración y contradicción de significados que seran desarrollados mas adelante.

La aproximación social, plantea que todos los intentos de entendimiento de los problemas psicológicos a nivel individual, se deben principalmente al desconocimiento de la influencia de factores ambientales en la determinación del proceso salud-enfermedad mental, aunque aclarar que este desconocimiento no quiere decir inexistencia. Esta participación de la vida social es obvia, sobre todo si se pretende negar sus efectos que están presentes en las fantasías, sueños, delirios, etc. y tratar de explicarlos como producto del medio interno, lo cual se ha convertido en un imposible por lo que es importante replantarse las formas de participación de lo social sobre el individuo.

Este enfoque se encuentra en contraposición a las orientaciones individuales originadas en algunas aproximaciones en la psiquiatría y en la psicología clínica y que han predominado en esta área. Se distingue de las demás en que las otras consideran que la conducta anormal surge del interior del individuo, mientras que esta postura propone que las alteraciones a nivel mental son atribuidas a las personas a través de un consenso, con respecto a un cierto tipo de conducta, también replantea el hecho de a quein se le cataloga como enfermo mental y bajo que condiciones. Esto quiere decir que se presta mucha atención a la situación social dentro de la que ocurre determinada conducta, de ninguna manera pretende separar esta de su contexto, trata de hacerlo evidente aunque en ocasiones, por ésto descuida la precisión de los síntomas. Otro aspecto sobresaliente de esta aproximación es la atención que dedica a la reacción social ante los síntomas, así como a la respuesta a nivel de institución de salud mental ante ésta, y también la del paciente ante el diagnóstico que ha sufrido. Como se puede observar tanto la ruptura de la norma y las consecuencias de esto tienen la misma importancia que quien las rompe.

Desde este punto de vista los síntomas que presenta una persona catalogada como enfermo mental son llamados casos de violación de normas residuales. Generalmente la norma típica del deber ser y de lo real no se manifiesta abiertamente, ni los miembros del grupo que la comparte piensa en romper con ella. Con el objeto de facilitar la labor de la sociedad agrupa los quebrantamientos de acuerdo a la época en que se presente, antiguamente los llamaban brujería o posesión demoníaca actualmente los llaman enfermedad mental o locura, como ejemplo se puede citar a Goffman 1963 (citado por Price 1981) se refiere a la divagación "esta actitud quebranta las normas de participación, cuando alguien permita que su atención divague, o se queda absorto en presencia de otras personas mientras que interactúa con ellos, se dice que esta violando una norma de participación". Como consecuencia -

de esto se le dirá que sufre de aislamiento o alucinación porque su conducta se constituirá como un elemento que está evidenciando su enfermedad mental.

Para explicar la infracción a estas normas existen varios niveles o puntos de vista - uno se refiere a problemas fisiológicos que tienen participación en alteraciones genéticas. Otra se refiere a todo tipo de antecedentes psicológicos del sujeto, la tercera es respuesta a la tensión externa o stress debida a factores como privación alimenticia, privación de sueño, etc., la cuarta se basaría en los actos voluntarios. Cabe hacer notar como un aspecto importante que en relación al número de enfermos mentales que están en tratamiento, es demasiado alto el número de transgresiones que no son registrados como indicadores de enfermedad mental, la proporción - va mas o menos por cada enfermo tratado hay catorce que no lo son, de alguna manera esto nos está indicando que el número de transgresores de normas residuales que son victimas de reconocimiento, censura y/o tratamiento está muy por abajo de todos aquellos que las cometen, (Scheff, citado por Price 1981). Esto se debe generalmente a que hay una tendencia a negar, desatender, ignorar o a considerar que estas violaciones tienen un carácter transitorio o escaso que no es tan grave como para prestarle demasiada atención. Sólo se considera como enfermo mental al transgresor cuando la sociedad por su falta lo coloca dentro de las categorías - de anormalidad, lo que en la mayor parte de los casos conlleva a que el sujeto a quien le fué asignado un diagnóstico lo empieza a representar de acuerdo a lo esperado por su grupo.

Esta situación de llevar a cabo el papel que se le asigné es la estereotipación que consiste en que la persona acepte tanto obligaciones como consecuencias de su papel y cumplir con lo que se espera de un enfermo mental, sin embargo para que - se pueda dar esto se debe conocer algunos elementos de la norma y conocer la conducta acorde con el tipo de enfermo que le toco representar, además de tener mo-

tivación suficiente para seguir representándolo durante un lapso de tiempo prolongado. Se puede decir que todos los estereotipos sociales son aprendidos durante los primeros años de la vida y estos son reforzados cotidianamente y de este modo reafirmados. El significado de la palabra loco se aprende rápidamente, además los adultos tratan de evadir o de negar la existencia de estos al tratar de explicar el significado de este concepto. Sin embargo no sólo los padres contribuyen a una deformación del significado de la enfermedad mental, también se cuenta con la participación de los medios de difusión masiva que contribuyen grandemente a esta deformación, generalmente al redactar informaciones sobre asesinatos, violaciones, etc. se tiende a mencionar que quien lo cometió ha estado internado en un centro de atención para personas con alteraciones mentales, comunmente se asocian con procesos psicótico, sin tener ningún fundamento para ello, así no sólo refuerzan el término sino que lo consolidan en el sentido de favorecer el que un individuo a quien le haya sido asignado dicho termino convierte en crónica su situación al contar con elementos necesarios para aprender, desarrollar y justificarse a través de su papel de enfermo mental.

Para que un sujeto asuma totalmente el papel de enfermo, debe tener un mínimo de sugestionabilidad que además se incrementa al momento de ser catalogado como enfermo, sufre y aprovecha los elementos reforzantes que le da su medio por desarrollar el papel de enfermo mental, mas adelante se le confirma definitivamente el diagnóstico a través de diversos medios sociales y para evitar que el enfermo intente volver a la normalidad se le aplican serios castigos.

Esta perspectiva propone que las personas que son catalogadas como enfermos mentales sufren las consecuencias de la asignación de este estigma, ya que el ser considerado enfermo e incluso exenfermo tiene una connotación negativa que lo descredita con respecto a los demás, como ya se mencionó esta persona sufre de cas-

tigos sociales si intenta retomar su papel de normal, esto se puede explicar a partir del evidente poder de la clasificación y hacer sobresalir la importancia de la reacción del público ante tal denominación.

Este estigma a nivel social es uno de los que más importancia tienen en cuanto a que se convierte en un factor determinante de la persona a quien se le asignó, todas sus otras características adquieren una menor importancia y aún cuando obtenga su alta de hospital para enfermos mentales él no se podrá liberar de las consecuencias asociadas a éste, esto es que la sociedad facilita el camino para llegar a la enfermedad mental, pero impide por todos los medios la ruptura con estos. Estas consecuencias no son sólo aplicadas a personas de casos crónicos sino que a cualquier persona que por una u otra razón ha estado en esa situación incluso por un tiempo mínimo las padecerá en igual proporción que los otros. Incluso este rechazo social se extiende a personas las cuales buscan ayuda a un nivel preventivo en esto interviene también la persona involucrada en la designación ya que por su parte trata de ocultar este hecho además de simular ser como los demás y pasar por persona normal.

En todo este proceso se puede observar que hay un factor que determina esta estigmatización y es que los criterios de salud-enfermedad, razón-sin razón, etc. son impuestos por las clases dominantes a través de un ficticio sentido común que es cultivado y mantenido cuidadosamente, para hacerlo parecer la verdad absoluta y provocando que el común de la gente lo identifique como tal y que a su vez lo lleva a condenar cualquier expresión que difiera con este patrón. Con esto se puede ver que tanto la irracionalidad como la agresión no son otra cosa que una negación a los valores reconocidos como razón y reflejan una negación a aceptar la sagrada concepción de racionalidad del grupo dominante, sin embargo también puede ser considerada como la única posibilidad de una persona que se haya incapacitado

para comprender el porqué debe seguir las normas que le han sido impuestas de manera arbitraria. Así la espontaneidad paso a ser considerada como productora de desorganización social además de una amenaza para el orden social, esta es una de tantas maneras de impedir el desarrollo de las capacidades humanas además es un impedimento para experimentar situaciones placenteras a nivel sensorial, se obstruye la afectividad del individuo produciendo intrínsecamente una alineación del propio individuo. Existe otro aspecto al que nos lleva lo anterior y es a la sociogénesis de la enfermedad mental y que consiste en observar porque en ciertas condiciones histórico-sociales los factores predisponentes facilitan el surgimiento de la enfermedad mental y los casos dudosos generalmente son catalogados como irremediables desviaciones, produciendo con esto una mayor segregación y agravamiento esto nos indica que el medio es un factor transformador de un potencial caso de enfermedad en todo un proceso morboso, el que es evidenciado y agrandado por la cadena social.

Ante esta situación son pocas las opciones que le quedan a la persona para desarrollarse, una de ellas es adaptarse por medio del conformismo, otra busca modificar, pero de una forma artificial la realidad, esto es, a través de drogas, alcohol, etc. y la otra es la rebelión, en cualquiera de sus formas, o sea enfrentar de manera directa las disposiciones sociales de comportamiento.

Retomando el hecho de que es la clase dominante quien establece las normas a seguir para el buen funcionamiento del grupo social, cabe considerar que también establece las funciones de quienes desempeñan roles por ella establecidos y uno de ellos es el psicólogo, quien cumple con su rol que es el de buscar métodos hay que emplear para mantener el orden social sin recurrir a procesos violentos que sin embargo no se descartan y que el mas empleado de estos es la internación de la persona en hospitales para enfermos mentales. De una manera

mas concreta se puede decir que desde la perspectiva social lo que se pretende es detectar todos aquellos intentos de modificación de las relaciones de producción en un modelo dado, basado generalmente en un aspecto moral y buscando una vez identificado hacer que el sujeto se adapte e integre a las normas asumiendo su rol y dándose cuenta de la representación social que existe de su rol, esto es, que espera el grupo de él y que debe hacer en ciertos casos como resultado de la influencia social.

Generalmente esta área recurre a ciertas explicaciones a posteriori con el objeto aparente de legitimar o justificar el uso de ciertos mecanismos para la satisfacción de la demanda social. Comúnmente la psicología social no puede abordar estos problemas sola por lo que tiene que recurrir al apoyo de la sociología y de la antropología. En el caso de la antropología le ayuda a evaluar a partir de los componentes de una cultura que elementos son extraños a esta, o sea que no son aceptados socialmente y que deben ser eliminados. La sociología participa en el sentido de que estudia los procesos dentro del mismo grupo determinando en manera coinciden o difieren las conductas de una persona con las del grupo considerando que todos los miembros de ese grupo están bajo la influencia de los mismos estímulos.

Como ya mencionamos anteriormente se busca que el sujeto se adapte a ciertas normas que se pueden entender como marcos de referencia válidos para todos, con la característica de ser los más adecuados para enfrentarse a la vida, a través de estos se establecen los criterios para percibir las conductas de las personas, con esto puede decirse que todas las sociedades viven en un sistema ideológico en el que incluyen un grupo imaginario de representaciones que ejemplifican deformadamente la relación de cada subgrupo con el todo social. Con esto podemos observar que existe entre el individuo y sus grupos una constante y dinámica relación de interdependencia y de recreación, y esto, abarca tanto al individuo sano como al enfermo, -

centrando en éste último la importancia en el desajuste social o a la patología de los grupos. Así el enfermo mental asimilará del mundo cultural que lo rodea elementos que determinarán su autobiografía y que en los casos en que tienen suficiente talento regresaran sobre la cultura o sociedad. Por que es importante hacer notar que no solo la cultura influye y determina la alteración mental sino tambien quien la posee sobre ésta, a menos que se le considerara algo estatico y terminado que cada nueva generación recoge pero que no aporta nada nuevo. Dentro de los marcos sociales actuales una alteración muy comun es la neurosis lo cual es definida a partir de una reacción desmesurada ante una vivencia o suceso de un modo tal que no es correspondiente a lo que haría una persona sana o bien puede ser que se mantenga mucho tiempo en esa actitud. En los trastornos psicicos se refleja la circunstancia socio-historica, en que se da, aunque no el proceso que sigue. Así que una vez detectado esto se procedera a integrar el sujeto a la institución en la que se encuentre, haciendolo sentir perteneciente a ella y se sienta obligado a cumplir con las normas, en este sentido es importante la propuesta de Levi-Strauss que plantea "hay dos tipos de culturas, las antropofagicas que devoran a los sujetos y las antropoemicas que los vomitan, las formaciones sociales dominadas por el sistema capitalista tragan a todos los sujetos que pueden y vomitan a aquellos que no se pueden comer, excluyendolos, encerrandolos, quitandoles o acortandoles la vida. una de las principales funciones atribuidas a la psicología y muy en especial a la psicología social, es la de determinar, según la conducta en el grupo, cuales son los sujetos recuperables, aquellos a los que aun se puede asimilar y digerir y cuales son los individuos que deben ser vomitados" (citado por Braunstein, 1975).

Se debe tambien establecer como cada sujeto se adapta a su medio, a las normas y al rol que desempeña allí, la autorepresentación de tal papel y la influencia que puede causar en el medio.

CUADRO CON PRINCIPALES COMPONENTES DE ESTA APROXIMACION
(PUCHEU, 1982).

MODELO SOCIAL

| | |
|--------------------------|--|
| ETIOLOGIA/PATOGENIA | La enfermedad mental se debe a la desorganización social. La sociedad es la que esta enferma, influyen pobreza y discriminación. |
| DIAGNOSTICO | La conducta es síntoma de la patología social. |
| TRATAMIENTO | Curativo para el paciente. Incrementar la calidad de la vida. Producir cambios sociales, políticos, económicos y culturales. |
| PRONOSTICO | Depende de la efectividad de los cambios sociales que introduzcan. |
| OBJETIVOS | Reformar o revolucionar a la sociedad hasta crear un ecosistema saludable. |
| INSTITUCION (FUNCION) | Aislar a los severamente dañados. Hacer la revolución desde las instituciones psiquiátricas. |
| PERSONAL | Reformadores sociales. Profesionales y no profesionales. |
| | PACIENTE Recibir cuidados especiales como victima de la sociedad. |
| | FAMILIA Hacer los cambios que prevengan la patología social. |
| | SOCIEDAD Sin derechos. |
| OBLIGACION | PACIENTE Cooperar con el cambio social |
| | FAMILIA Favorecer la reforma social |
| | SOCIEDAD Reformarse a si misma. Implantar medidas para impedir que la familia transmita la patología social a los individuos. |

G) PERSPECTIVA ANTIPSIQUIATRICA:

Al analizar la perspectiva antipsiquiátrica, es hablar de la crisis de la psiquiatría - entendida al modo tradicional, es decir, "la antipsiquiatría no es otra cosa que la contestación a un sistema asistencial completamente inadecuado que se correlaciona con unos criterios equivocados acerca de lo que la sociedad entiende por trastorno mental " (Obiols, 1973).

Esta perspectiva parte del hecho de poner en duda la filiación de la locura (y todo lo que este concepto indefinible, implica) como enfermedad"... abandona el modelo médico del trastorno mental para atribuirle un significado radical distinto. Así, - la concepción de la alienación como un producto de origen social y familiar, surgido de unas condiciones ambientales determinadas que la crean como mecanismo de respuesta frente a ciertas presiones del medio ambiente circundante, es la principal o más destacada característica (de esta postura)." (Obiols, 1973).

La antipsiquiatría, como perspectiva que toma como campo de estudio los trastornos mentales y sus implicaciones, parte de dos hechos bien concretos: "a) las actividades conceptuales que plantean dudas sobre la vigencia del modelo médico de la psiquiatría y que conciben a la "locura" como producto sociogenético y b) las deficiencias asistenciales de las instituciones psiquiátricas, que plantean la urgente necesidad de modificar esta asistencia acabando con el manicomio-asilo auténtico productor de trastornos irreversibles".(Obiols, 1973).

Es en Gran Bretaña, con Laing, Cooper y Esterson que se inicia, como movimiento científico la antipsiquiatría. Así mismo en otros países como Italia con Basaglia, Francia con Mannoni, etc. se ha continuado este movimiento. Dentro de esta perspectiva existen diferentes posturas como la familiar representada por Laing, la so -

cial con Cooper; la escuela francesa con Mannoni, la italiana con los Basaglia, etc. las cuales en términos generales concuerdan en sus postulados y son más las semejanzas que las diferencias entre ellas.

Establecer y defender la opinión de la sociedad con miras a lo justo, ha sido tarea específica de ciertos grupos (hechiceros, sacerdotes, etc.), los cuales en su momento histórico, han gozado de un monopolio sobre el conocimiento de la verdad moral. Actualmente los médicos (psiquiatras) han llegado a ocupar un rol similar expresando bajo la forma de una metáfora médica los juicios que en realidad son morales.

En cualquier definición que se haga de enfermedad mental, los términos que se utilizan para describir ésta, son realmente términos que se usan para caracterizar un comportamiento "malo" y en el cual se omite hacer referencia al comportamiento de los que rodean al que se clasifica con esa alteración (por ejemplo, véase en el DSM III la definición de personalidad antisocial, reacción de fuga de la infancia o de la adolescencia, personalidad pasivo-agresiva, etc.). Así, "... la metáfora médica se usa para conseguir que los prejuicios morales y políticos aparezcan científicamente respetables." (Forti, 1981). La psiquiatría institucional (basándose en el modelo médico) busca no solo estar en lo justo sino también invalidar el ser social e intelectual de los otros. Ataca su status, su prestigio y la imagen que tiene de sí mismo. Esto es política, aunque pretenda no serlo" (Forti, 1981).

Los que ejercen el poder pueden llegar a comprometerse de tal manera con sus opiniones, que no visualizan los hechos que minan su poder. Por tal motivo, la enfermedad mental es, por lo menos en parte, una ideología, mediante la cual los psiquiatras ocultan la verdadera situación, así mismo y a los otros. Ciertas modalidades de pensamiento y conducta no pueden ser comprendidas si sus orígenes so-

ciales son oscuros. Las categorías de la enfermedad usadas por los psiquiatras - reflejan las tradiciones de las sectas que se han sucedido en el juego del poder - político.

La psiquiatría ha buscado encarar la consciencia del hombre de la calle, afirmando mediante sus representantes, que existe la alienación en otras gentes; lo cual no - se reduce únicamente a estos profesionistas, sino que abarca a todos aquellos que de alguna u otra manera se hallan relacionados en el campo de la salud mental.

La antipsiquiatría ataca de manera radical el modelo médico clásico organicista, - que considera la enfermedad mental como una entidad nosográfica de por sí fijada diagnosticable mediante los instrumentos a disposición de la psiquiatría, con una - etiología específica, aunque no especificada, y de un curso clínico más o menos preestablecido.

Se autodefine, esta perspectiva, como "el conjunto de las prácticas y orientaciones que ponen en duda la totalidad de las paradojas mal dirigidas que están en la base de esa particular filosofía médica que se expresa en la común y dominante ideología psiquiátrica".(Sabadini, Forti, 1981).

La psiquiatría tradicional, nos dicen los antipsiquiatras, se halla infundada en sus - premisas científicas (las cuales son responsables del diagnóstico, en otras palabras del proceso de imposición del rotulo, a mitad del camino entre la atribución clínica y la condena moral) y represiva en la consecuencia que su aplicación comporta (internación coaccionada, en hospitales psiquiátricos de tipo carcelario y la atención mediante la "terapia de castigo").

La expresión de la sintomatología psicótica, para la antipsiquiatría, no es ya una -

manifestación de un proceso patológico, sino que se le identifica como instrumento natural de cura, de catártico retorno a la propia interioridad perdida. "La consecuencia epistemológica de esta nueva actitud, es que la experiencia psicótica ya no es estudiada como objeto mediante los instrumentos reificantes del método analítico, válidos para las ciencias naturales que se ocupan del estudio de entidades físicas relativamente independientes del observador, sino reconsiderados a la luz de su significado histórico, social y existencial, y particularmente del contexto familiar en el que originalmente se desarrolla: (...) el observador terapeuta debe estar dispuesto a comprometerse en una medida considerable sobre el plano emotivo, espiritual, intelectual, etc. y a entrar en consecuencia en una relación empática de continuos cambios interaccionados con el observador-paciente..."(Sabadini, en Forti 1981).

Los postulados teóricos de esta perspectiva atacan las posiciones ideológicas tradicionales (en la psiquiatría, en la familia, la sociedad, etc.); cuestiona el status que la sociedad le ha dado a la locura impugna al mismo tiempo la concepción conservadora que se halla en la base de la creación de instituciones alienantes, y conmueve así los fundamentos sobre los que reposan la práctica psiquiátrica y el poder médico.

Esta postura nace de una protesta contra la "medicalización de lo no médico" (Mannoni '79) como movimiento que se opone desde un primer momento y ante todo a ciertas formas de monopolio del saber médico (el interés del psiquiatra por aspectos reglamentarios y administrativos de su función), y su interés es "... modificar radicalmente la actitud de aquel a quien se llama médico ante aquellos a los que se llama enfermos mentales" (Mannoni '79) Parte del hecho de que la sociedad se remite con "toda buena consciencia" al médico para que éste señale cuales son los sujetos que deben excluirse por medio de un diagnóstico cuando no es posible -

integrarlos a cualquier precio a la "normalidad", sin interrogarse antes, sobre las significaciones que tienen esas "locuras". Así mismo el mito de la norma y el peso de los prejuicios científicos desempeñan el papel de factores de alienación social, no solo para el rotulado como enfermo mental, sino también para quienes lo "curan" y para sus familiares.

Por otro lado... objeta la obligación de la atención médica y sostiene que la norma de adaptación que pesa actualmente sobre los enfermos mentales introduce en realidad el riesgo de encerrarlos en otra forma de sistema (el hospital), quizás más arbitraria todavía que una decisión de la justicia, a la que siempre es posible apelar". (Mannoni, 1979).

Para hacer frente a esto, la antipsiquiatría ha elegido "defender al loco" contra la sociedad. Se empeña en crear lugares de recepción de la locura (en donde se despoja al sujeto de todo encuadre en el cual se basa la institución psiquiátrica tradicional para construir la personalidad del paciente y en donde éste se halla preso y sobre donde obra aquella, dándole la posibilidad de reencontrarse a sí mismo, mediante un proceso concebido como interior y espontáneo, lugares concebidos a la vez como refugios contra la sociedad opresiva y como desafío respecto de las estructuras médico-administrativas que desconocen la verdad y el poder de cuestionamiento que se desprende del discurso de la locura y del papel que la sociedad le hace desempeñar a la psiquiatría. Partiendo del hecho de que la "locura" es una protesta válida, aunque frustrada, contra la sociedad, rechaza toda idea de reforma institucional, al reivindicar la necesidad de un cuestionamiento radical de las estructuras económicas y políticas que han llevado al nacimiento de las instituciones alienantes.

El problema planteado por la enfermedad mental, en cuanto "provocación" intole-

rable al hombre común, constituye la base sobre la cual la antipsiquiatría plantea el giro que debe darse a la investigación relativa a la locura, para no contar con el modelo tradicional de considerar a ésta como un fin en sí misma y perteneciente exclusivamente al que la padece.

La dimensión salud-enfermedad mental, por otro lado, no es un hecho absoluto de la naturaleza, sino una dimensión moral. En la mayor parte de las clasificaciones de la enfermedad mental, ninguno de los componentes del modelo médico ha sido demostrado; lo mismo sucede en el concepto de salud mental. Esta no es un hecho de orden físico, sino una relación de valores entre el tipo de hombre que deberíamos ser y el tipo de valores que deberían alentarse en la sociedad. Del mismo modo que la salud mental puede ser considerada como una elección de valores acerca de la forma en que el hombre debiera comportarse, los síntomas de la enfermedad mental podría considerarse como elecciones de valor acerca de la forma en que el hombre no debería comportarse.

La sociedad crea sus patrones normativos que toman ante todo un aspecto moral, para los integrantes de ésta; al ser producto de hombres, es evidente que no representan una dimensión absoluta, sino que representan la estructura particular de esa sociedad; pero en la vida cotidiana estas dimensiones, son tomadas por los miembros de la sociedad como absolutas, y en consecuencias, sagradas e inmutables, ejemplo de esto son el orden, la moral y la familia (de donde el psiquiatra extrae su autoridad). "La separación de los miembros de una sociedad a lo largo del eje de la sanidad y de la locura (producto de las normas sociales) es en todo caso el producto de la selección social antes que el de una selección médica o científica".(Scheff en Forti, 1981). Así, la división entre "locos y sanos" es un hecho eminentemente social y no un hecho natural. De ahí, que la segregación del enfermo mental es producto de una selección social, antes que el producto inevita

ble de procesos genéticos, bioquímicos o psicodinámicos, como los defensores del status que desean hacerlo ver.

De ahí, que como dice Szasz "la enfermedad mental pierde sus connotaciones aparentemente médico-científicas y el enfermo mental asume la función de víctima propiciatoria de la sociedad, la cual contribuirá al mantenimiento del equilibrio social en el mismo momento en que resulta invalidado (mediante la exclusión) por quienes encuentran en cambio una confirmación de su propia superioridad y de su propio valor (mediante la inclusión). El mito de la enfermedad mental resulta entonces destruido, ya que esta es caracterizado por una determinada función social y no por atributos intrínsecos". (Szasz, 1973).

La enfermedad mental es considerada, entonces, como una forma de violación de las estructuras normativas de una cultura dada y, como tal, concerniente, no a un disturbio de tipo individual, sino a los códigos y normas que rigen la sociedad entera, lo cual provoca una profunda reacción social, que hace que el comportamiento desviado resulte estigmatizado dando comienzo a la enfermedad mental. "La neurosis (enfermedad) existe en nuestra sociedad, como una relación difícilmente diferenciable de la presencia de una ideología médica y del tratamiento médico que recibe. La enfermedad crece en una situación social; como parte de esta situación social y como malestar por sus contradicciones: crece como un modo no solo individual sino interindividual y social de referirse a ciertas dificultades; como modo de interpretar, gastar y soportar aspectos contradictorios del vivir; como modo de interpretar la relación de uno mismo y del propio cuerpo con el trabajo; como consecuencia de la represión social que actúa sobre quien expresa más o menos confusamente malestar y rechazo, en fin: como racionalización médica de estas dificultades... (Laing en Forti, 1981).

Hasta aquí se puede sintetizar de manera general los postulados teóricos de esta perspectiva siguiendo el modelo antipsiquiátrico que postula Pucheu (1982), el cual plantea:

| | | |
|--------------------------|--|---|
| EIOLOGIA/PATOGENIA | La enfermedad mental no existe. Las formas alternativas de pensamiento y de conducta son desviaciones naturales. | |
| DIAGNOSTICO | Unicamente se identifica como enfermo al que se etiqueta como tal, por un etiquetador. | |
| TRATAMIENTO | Busca reprimir la conducta desviada que no se tolera e induce conformidad. | |
| PRONOSTICO | Círculo vicioso. Mientras más se trate a una persona como enfermo mental, más se comportará como tal. | |
| OBJETIVOS | Liberación de los perseguidos. Para el "conspirador" mantener el status quo. | |
| INSTITUCION (FUNCION) | Degradar, perseguir y reprimir. | |
| PERSONAL | Conspiradores. Todos aquellos que etiquetan y dan tratamiento a los enfermos mentales. Anticonspiradores. Quienes combaten y denuncian esta injusticia. | |
| DERECHOS | PACIENTE | En las instituciones psiquiátricas no se tienen derechos. |
| | FAMILIA | Perdidos, por actuar en contra de uno de sus miembros etiquetándolo. |
| | SOCIEDAD | Encarcelar a quienes violan las leyes y encerrar en hospitales psiquiátricos a quienes tienen formas desviadas de conducta. |
| OBLIGACIONES | PACIENTE | Sin obligaciones en las instituciones psiquiátricas. |
| | FAMILIA | Tolerar formas desviadas de conducta. |
| | SOCIEDAD | Impedir la persecución de los desviados. |

Siguiendo sobre la postura social de la antipsiquiatría, Cooper parte del hecho de que la familia al ser la célula fundamental de la sociedad, presenta las características de la escuela, del ejército, de la universidad y de la iglesia, todas las estructuras socialmente alienantes, estando la primera en crisis puesto que ya ha cumplido con su papel histórico, ya que al ser la representante de la sociedad capitalista heredera de la sociedad esclavista y de la sociedad feudal, se haya en un fracaso total. Con esto Cooper va más allá de considerar simplemente a la familia como productora de los estados esquizofrénicos; trascendiendo así, los problemas de la enfermedad mental, para remontarse a una crítica completa de la sociedad actual. En otras palabras, " a partir del estudio de la locura, la antipsiquiatría, en su postura revolucionaria, señala los fallos y los graves defectos de los llamados "Individuos normales" para llegar a una postura de total rechazo de la vida de (la actual) sociedad " (Obiols, 1973).

Pero ¿qué sucede en el seno de la familia para que Cooper llegue a tales conclusiones.

Laing resalta especialmente la importancia de las relaciones familiares en la aparición y evolución de los síntomas esquizofrénicos. Para él, la esquizofrenia más que una enfermedad, es un conjunto de características personales que pueden presentarse en determinados sujetos y en ciertas situaciones, pero que constituyen un conjunto claramente perceptible y con una entidad que no se puede discutir. Parte del hecho de que existen dos modelos de enfrentarse a la vida: 1) la seguridad ontológica y 2) la inseguridad ontológica (aspectos evidentemente existencialistas de la teoría de Laing), en donde la diferencia entre ellas estriba en un temor e inseguridad a enfrentar al verdadero mundo, produciéndose tres procesos que amenazan al inseguro ontológico con hacerle perder su YO y de cierta manera dirigir su vida: a) ser devorado, b) implosión y c) petrificación y despersonalización.

La neurosis y la psicosis, para Laing, son alternativas a las que recurre el inseguro ontológicamente, ya que la vida no le produce satisfacción y para defender su YO interior (su sí mismo), en contraposición de su Yo exterior (el que está con los otros), "... el esquizoide está atrapado en un conjunto de contradicciones insolubles. Su ideal interno es ser autónomo e independiente de los demás, pero precisamente para adaptarse a las exigencias insoportables de los demás tiene que refugiarse en una libertad totalmente interna: debe renunciar a realizarse en la realidad. El Yo interior necesita experiencias para alimentarse, pero evita tenerlas por considerarlas peligrosas para su seguridad, y se vuelve cada vez más vacío. Esto aumenta el temor a la implosión; no hay nada dentro (del YO) que se oponga a las temidas invasiones de la realidad." (Collier, 1981).

Las defensas esquizoides más que ayudar al individuo le resultan contraproducentes, separa su Yo real de su cuerpo y de sus relaciones con el mundo para conservar su autonomía, para evitar que los demás lo conozcan. Sin embargo esto produce una

perdida de la autonomía del Yo falso, el Yo interno se empobrece y se hace más vulnerable a la consciencia de los otros"(Collier, 1981).

Este proceso, evidentemente se da en la esquizofrenia, de ahí que existe una continuidad entre neurosis y psicosis, donde este proceso sufre una "caída en espiral" - hasta llegar a transformarse en un proceso psicótico. Para el esquizoide"... todo - lo mio que puede ser un objeto para el otro no soy yo. El esquizofrenico logra - realizar esta división a tal grado que el Yo interior pierde su sentido de realidad - y de la identidad, porque ya no es un objeto para los otros." (Collier 1981).

Es en la familia, según Laing, donde se da más evidente este proceso, el cual atraviesa por tres etapas para llegar a constituirse en un trastorno mental: 1) bueno 2) malo y 3) loco.

Bueno; el ser bondadoso resulta un falso Yo, que no expresa los verdaderos deseos del individuo, sino los de los padres. La etapa de Malo, puede considerarse un intento de expresar los deseos reprimidos, en otras palabras, el intento de volverse - autónomo, o de realizar el propio Yo. "No poder volverse malo, es decir, vivir conforme a nuestros deseos y no a los de nuestros padres, es lo que conduce a la tercera etapa (donde) los deseos reprimidos y la agresión concomitante contra los padres encuentra una expresión simbólica (como son las manifestaciones de un proceso psicótico." (Collier, 1981). En otras palabras, el Yo exterior dócil y bueno, - permanece intacto hasta el último momento, en cambio la historia secreta del Yo interior, que sólo conoce el individuo afectado, es la de enajenación en aumento - del Yo exterior y de su mundo, el cual entra en el proceso de espiral hasta llegar a la petrificación y despersonalización total.

Laing considera como factor importante para que se produzca la esquizofrenia la -

continua tendencia del mundo real a no satisfacer los deseos del Yo interior. Por otro lado, los nexos patológicos que se hallan en la familia influyen grandemente en la génesis de los estados psicóticos, y la formación de estos nexos se debe a que existe en la familia, por un lado la familia real y por otro el "fantasma de la familia", en donde la segunda es producto de la internacionalización, en cada uno de los miembros, de la primera, de ahí que el "paciente", aunque no viva con la familia real, se ve afectado por los nexos que existían en el momento en que él se hallaba en aquella. El concepto de "fantasma" desempeña un papel importantísimo en la dinámica interna de la evolución hacia lo que se conoce como esquizofrenia. "En el contexto de las relaciones interfamiliares tiene mucha importancia la imagen que cada uno se elabora de los demás y que todas son distintas entre sí. Entre el fantasma y la experiencia muchas veces existe una relación muy distante que está condicionada por esa diferente actitud" (Obiols 1973). Ciertos mecanismos, como la conversión, la introyección, etc., pueden explicar las formaciones fantasmáticas que en la realidad desempeñan un papel esencial. Así, las simulaciones y la ilusión son dos mecanismos que entran a menudo en juego y que representan formas de relación con la realidad que configuran las respuestas constantes individuales.

Otro elemento que interviene en la aparición de la esquizofrenia es el de "doble vínculo" utilizando en la comunicación familiar, el cual hace que la "víctima se encuentra sometida a una serie de tensiones que son radicalmente opuestas" (Obiols 1973). De una forma repetida en su experiencia se le presenta al individuo un mandato negativo primario, al mismo tiempo que un mandato secundario opuesto a aquel, pero no de una forma explícita, sino a nivel más abstracto, que se puede captar a través de medios no verbales como: actitudes, tonos de voz, etc. "... los individuos que han de sufrir repetidamente este tipo de situaciones tendrán dificultades para conservar su equilibrio íntimo y, por consiguiente, serán propensos a hundirse presentando una cierta incapacidad para establecer una correcta distinción entre las salidas lógicas -

y las salidas en las que se produce una situación de doble vínculo cuya superación lógica no existe. Cuando esta situación se repite hasta la saciedad puede hacerse insostenible y conducir a la víctima hacia la catástrofe, ya que cualquier actitud - que adopte será igualmente angustiante". (Obiols, 1973), llevando así, al desencadenamiento de las reacciones que conducen a los cuadros psicóticos que se denominan esquizofrenia.

El mecanismo de doble vínculo no es el único que interviene en las familias patógenas. Existen otras muchas formas de emplear la violencia en el seno de las relaciones familiares, las cuales llevan a crear una dependencia o actitudes de reproche de menosprecio, de suspicacia, que simultáneamente actúan contra la solidaridad familiar y crean un clima de ansiedad, desolación y opresión condicionadas por una actitud marcadamente autoritaria. Una de ellas es la mistificación, la cual tiene dos acepciones: el acto de mistificar, que es activo y lleva a confundir, ocultar, oscurecer y enmascarar lo que sucede; el estado de mistificación, el cual es pasivo y lleva a una obligación y/o confusión del que lo experimenta. El objetivo de este mecanismo es el evitar el verdadero conflicto. La mistificación puede referirse a los derechos y obligaciones que, en el seno de la familia, cada uno tiene hacia los otros, e implica la acción de una persona sobre otra.

La mistificación trata de convertir la praxis (lo que una persona hace) en un proceso (una serie impersonal de hechos del que nadie es autor). Esta particular manera de mistificación se mantiene cuando se usa el concepto de patología de la familia o del grupo. Los procesos que se producen en un grupo son producto de la praxis de cada uno de sus miembros. La mistificación es una forma de praxis, no un proceso patológico, la función principal de ésta es mantener el status quo, "entra en acción o se intensifica cuando uno o más miembros del nexo familiar amenaza o parece amenazar, con sus modos de sentir y de actuar en las situaciones que com

parten con los otros miembros de la familia, el status quo del nexo" (Laing en Forti, 1981), esto es, actúa para mantener roles establecidos y para adaptar a otras personas a modelos preestablecidos. "Los padres luchan por conservar la propia integración defendiendo sus rígidos principios acerca de quienes son ellos y quienes deben ser ellos, quienes son y quienes deben ser los hijos, y el tipo de situación que caracteriza la vida familiar. Son inaccesibles a aquellas necesidades emotivas de los hijos que amenazan con romper sus esquemas preconcebidos, y enmascaran o esconden las situaciones perturbadoras de la familia actuando como si no existieran". (Laing en Forti, 1981).

Ninguna relación mistificante o mistificada puede ser recíproca aprobación en el verdadero sentido de la palabra, sino que es una pseudoreciprocidad. Así, la mistificación parece ser el único modelo, altamente desarrollado en las familias de esquizofrenicos, que permite conservar inmutable la rígida estructura de los roles en tales nexos pseudo recíprocos.

En resumen el proceso que sigue una persona para llegar al estado que es conocido como enfermedad mental o locura, según Laing, Collier lo describe diciendo: "La víctima típica es un joven que no se ha liberado de su familia de origen(...). El elemento perturbador siempre han sido los conflictos que surgen de la naturaleza de la familia internalizada, y éstos pueden volcarse socialmente inteligibles al relacionarse esta "familia" con la familia real, y con los mitos colectivos prevaletes en esta familia.

La familia de origen tiene desde el principio una armonía colusiva: una imagen propia compartida que ha adquirido una falsa objetividad (por medio de la fantasía) y no creer en ésta se "castiga" con varias operaciones defensivas. La armonía de la propia imagen de la familia, de ninguna manera necesita que haya relaciones ar-

monicas entre sus miembros. En muchos casos la familia sufre un conflicto. Sin embargo, éste se desarrolla en el contexto de las ilusiones compartidas, y una de estas ilusiones es la que no existe conflicto (hecho existente gracias a la mistificación). Cada miembro de la familia (en especial el futuro paciente), ha sido socializado en el mundo como lo definen estas fantasías colectivas desde el nacimiento.

Se ha ordenado de antemano una identidad y un papel para cada miembro y ésta es una función de la imagen colectiva de la familia. Varias cosas contribuyen a definir esta identidad: la proyección de las posibilidades no realizadas de los padres en los hijos, la identificación del hijo con un miembro mayor de la familia, etc.

Cuando el niño se va adaptando al patrón trazado para él por las fantasías inconsistentes de los padres, se ve recompensado con la confirmación de sus experiencias; y en la medida en que estas discrepan de los mitos de la familia, es desconfirmado. Esto es: al niño le enseñan a identificar lo real con los mitos de la familia, y le impiden desarrollar la capacidad de evaluar por sí mismo, críticamente, la realidad de la situación.

Esta socialización mistificada tiene mucho éxito. Pero hay deseos que entran en conflicto con la propia imagen inducida, y percepciones que entran en conflicto con la imagen inducida de la familia. El inicio de la pubertad y la necesidad de tener relaciones independientes de la familia de origen agudiza este conflicto, y si no se logra la introspección y la independencia de acción, se frustrarán los deseos del joven de tener una vida sexual y social. Pero el camino a la introspección y la acción se ve obstruido por las mistificaciones, las situaciones de doble vínculo, etc. La familia se enfrenta a los deseos que perturban el equilibrio colusivo negando su existencia, los intentos de la "víctima" de llegar a un acuerdo con estos deseos,

son desconfirmados. La familia considera "malos" los intentos de terminar con esta situación insoportable. A medida que las formas de expresión de los deseos excluidos se vuelven menos directos y mas fantásticos, esta atribución (malo) le abre paso a la locura" (Collier, 1981).

Por otro lado, esta perspectiva, ve al "paciente" no en sí mismo y su pasado (como lo hace el psicoanálisis), sino, en su contexto social actual (familiar real y/o introyectado); del cual deriva un estudio del pasado familiar, es decir, el conflicto por el cual el paciente se transforma en tal, es una reacción a los problemas que en cada caso ya se encontraban en las relaciones entre los miembros de la familia de la cual es parte el paciente. Por ello el conflicto que necesitaba resolverse parecía encontrarse en la esfera interpersonal, y no dentro de una sola persona, "antes de que apareciera en una persona: la víctima del nexo social familiar en cuestión" (Collier, 1981).

De aquí es de donde se parte para afirmar que la conducta del psicótico es inteligible en su contexto: "cuando comenzamos con las microsituaciones y trabajamos hasta llegar a las macrosituaciones, descubrimos que la aparente irracionalidad de la conducta en pequeña escala alcanza cierta forma de inteligibilidad cuando la observamos en su contexto (...) de la aparente irracionalidad del psicótico solo (la entenderemos en) la inteligibilidad de esa irracionalidad en el contexto familiar..." (Laing en Forti, 1981), o en otras palabras, para localizar los conflictos que hicieron que una persona fuera hospitalizada se considera, en primer lugar, un conjunto de relaciones entre los miembros de la familia y no en el individuo hospitalizado. La ruptura de la inteligibilidad de la conducta de un individuo se transforma en la ruptura de la inteligibilidad en el contexto social de este individuo.

En términos generales, la postura antipsiquiátrica familiar, no considera la locura

como una enfermedad; para fundamentar su posición parte de los hechos de que, - la enfermedad es un modelo insatisfactorio para las perturbaciones mentales; los - fenómenos psicóticos son comprensibles; no hay un criterio objetivo para aplicar el concepto a la esquizofrenia (y generalmente este concepto esta científicamente - mal fundado); para comprender la familia debe recurrirse al estudio de la familia, y no solo al individuo; la gente a menudo es clasificada como loca y los miembros disidentes de una familia nexificada estan especialmente expuestos a sufrir este - destino; la normalidad estadística no es preferible a la locura; los conceptos de locura y cordura son socialmente relativos y la locura puede ser un proceso natural y "quizá es la curación de la cordura".

"Cuando la psiquiatría pone la etiqueta de esquizofrenia sobre la víctima expiatoria de la familia a través de una ceremonia de degradación que es la admisión en un hospital psiquiátrico, inaugura así la vida de un nuevo enfermo mental"(Obiols, 1973)

Esta acusación contra la psiquiatría clínica tradicional es la que sirve de base a - uno de los pilares fundamentales que sustenta esta perspectiva, ya que la esquizo - frenia es considerada, a partir de este momento, no como un producto de un trans - torno, cuya etiología se desconoce, sino como una formación reactiva a una serie - de circunstancias que se han repetido a través del tiempo; ante la imposibilidad de encontrar una solución adecuada, "la víctima" elabora esas actividades estigama - tizadas con el nombre de "esquizofrenia", a la cual contribuye el psiquiatra con su diagnóstico, que en tales casos tiene un autentico efecto alienante, el cual debe - ser atendido en un lugar específico, el hospital psiquiátrico. El ambiente de una clínica psiquiátrica y de un hospital para enfermos mentales promueve en el perso - nal y en los pacientes la estructura más propicia para cambiar la experiencia meta - noica (cambio de la mente Laing) por una experiencia de descubrimiento de sí mis - mo de naturaleza potencialmente liberadora, en una catastrofe: en un proceso pato

lógico del cual es necesario que regrese curada la persona (cosa que esta muy lejos de la realidad).

La esquizofrenia (y a ella se "reducen", en la manera de concebir la mayoría de las llamadas enfermedades mentales) es un conjunto de atribuciones que algunas personas (expertos en formular tal conjunción de atribuciones) formulan refiriéndose a otras personas. La etiología de esquizofrenia produce la etiología de las atribuciones. "Desde el momento en que los psiquiatras, particularmente, formulen este conjunto de atribuciones es evidente que ellos sufren la esquizofrenia, por lo menos en la misma medida que las personas a las cuales está referido aquel conjunto de atribuciones". (Laing en Collier, 1981). Por otro lado los psiquiatras afirman que comunmente la esquizofrenia es visible en un paciente cuando otra persona a percibido aquellos síntomas de esquizofrenia que indujeron a la psiquiatra a formular aquel diagnóstico. Esto es un argumento completamente circular, ya que se toma por cierto algo en el mismo momento en que se presenta.

Para Laing, la etiología de la esquizofrenia no debe buscarse en este argumento circular, sino que debe ser investigada a través de estudios de situaciones sociales de circunstancias sociales en las cuales esta atribución se lleva a la práctica", y se lleva a la práctica cuando se verifica una particular separación por lo menos entre dos seres humanos, un psiquiatra y un paciente, que se encuentran uno frente al otro separados por un vacío muy complicado, o por un conjunto de vacíos de comunicación". (Laing en Forti, 1981).

Esto es, cuando alguien realiza una consulta con un especialista ya es percibido por otros como un elemento que presenta alguna clase de desviación, alienación o disturbio; algo que se supone no funciona en él. Existe ya, desde este momento, un abismo en la comunicación que lleva a creer, por parte del experto que el otro

está enfermo, a su vez que éste lo niega. Esto deviene en una ulterior manifestación de su enfermedad, vale decir: . . . él (paciente) está privado de su capacidad de darse cuenta de que ésta enfermo. Si usted está enfermo desde nuestro punto de vista (experto), y desde su punto de vista usted piensa que no lo está, éste es un signo ulterior de cuan enfermo está; si usted ha perdido la razón no posee la facultad de darse cuenta de su pérdida". (Laing en Forti, 1981). O sea que el que no se sienta enfermo (el paciente), significa que en realidad lo está, creándose así una enfermedad inexistente.

El tratamiento de una enfermedad, que desde el punto de vista del enfermo no existe, vuelve toda intervención, como intrusiva, persecutoria y una violación de la integridad de éste.

El concepto de enfermedad mental remite a criterios de adaptación social: "La sociedad exige que el orden no sea perturbado: el acto psiquiátrico lo tiene en cuenta cuando el psiquiátrico lo tiene en cuenta cuando el médico redacta un certificado según el cual a un individuo debe considerarsele como "peligroso para sí mismo y para los demás", certificado que implicará el aislamiento del sujeto y su separación de la sociedad". (MANNONI, 1979). Esto es, cuando a alguien se le cataloga como loco, la sociedad por medio del psiquiatra, lo pone en la categoría de los "enfermos mentales", para justificar su intervención para adaptarlo. Esto pone al psiquiatra como un personaje que detenta una especie de autoridad moral y policial. Así el rechazo que hace la sociedad al membretado como enfermo mental obliga a éste a integrarse a un nuevo nivel o status, al cual contribuye el hospital psiquiátrico, modelándolo y a fijarlo en una especie de anonimato hecho de resignación.

→ "La sociedad ha creado lugares para colocar a los llamados locos, les ha propuesto modelos de locura con los cuales puedan identificarse para satisfacerla, y esto no es más que una parte de las instituciones mediante las cuales se protege contra su

propio inconsciente "(Basaglia en Forti 1981).

La estructura social de los hospitales psiquiátricos, dice Cooper, reproducen la misma estructura de las familias de los psicóticos. Además trata de elaborar para el enfermo, una especie de sociedad de prótesis (con efectos terapéuticos), que a la vez es una sociedad que se encuentra incluida en el mundo llamado normal y separada de él por un efecto de segregación que es inherente a la estructura social - misma. Esto es, las instituciones asistenciales derivan, más que de hacer frente a las necesidades implícitas de la enfermedad a curar, de la evolución de un pensamiento científico que se desarrolla siguiendo la propia lógica económica del área que ocupa (respuesta ideológico-real). En otras palabras, prefigura ideológicamente la realidad a la que se propone responder creando necesidades artificiales u ocultando las necesidades reales"(Basaglia en Forti, 1981).

Así, los servicios psiquiátricos actuales, quedan inciertos en la lógica económica, - que ha respondido a la enfermedad mental con la segregación; haciendo que ésta sea incurable e incomprensible, donde el síntoma principal es la peligrosidad y la obsenidad y por tanto la única respuesta es el manicomio, donde será tutelada y controlada. Por otro lado, la norma está representada por la eficiencia y la productividad; quien no responde a estos requisitos tiene que encontrar su ubicación en un espacio en el que no entorpesca el ritmo social. De esta forma, ciencia y política económica van de la mano, conformando la primera los límites de la norma - más adecuados a la segunda. La ciencia sirve de esta manera para confirmar una "diversidad patológica" que es instrumentalizada según las exigencias del orden público o del desarrollo económico, cumpliendo su función de control social.

En cambio, aquel que se halla incierto en el proceso productivo, como el "enfermo" que puede manejar sus propios disturbios, aun y en la enfermedad conserva casi -

intacto su rol social. "No es por lo tanto solo la enfermedad lo que reduce al internado a lo que es en nuestros asilos, sino también la internación y la pertenencia a una clase como causa primera de esta internación". (Basaglia en Forti, 1981).

La clase de pertenencia del internado psiquiátrico y la evidente función de control social por parte de las instituciones y de quienes las rigen, hacen explícita la funcción política de la ideología psiquiátrica, que tiene como primera finalidad la defensa del orden público y no la cura del enfermo.

De lo anterior se deduce que: la alienación es la esencia de toda condición psiquiátrica, y toda alienación es el resultado de una opresión, a causa de la cual el "oprimido" ha estado engañado o mistificado; esto es, se hace creer al oprimido, de una manera mística, que no está oprimido, o que existen buenas razones para justificar su opresión teniendo como resultado que la persona, en lugar de darse cuenta de su propia condición y rebelarse, decide que sus sensaciones negativas son culpa suya y que él mismo es responsable, llevándolo a sentirse alienado.

Para lograr que desaparezca la opresión, la antipsiquiatría plantea en sus "metodos terapéuticos" dos condiciones:

- 1a. Conocimiento de la condición de oprimido, junto con la continuidad "natural" de las manifestaciones conocidas como psicóticas.
- 2a. Contacto con otros seres humanos, los cuales respeten, ayuden y en cierta manera "dirigen" la experiencia mediante la cual se encuentra uno mismo.

En otras palabras, "conocimiento para actuar contra el engaño y contacto para actuar contra la alienación" (Steiner en Forti, 1981).

Así es como, para Laing, la alternativa institucional deriva de dos premisas: 1) La esquizofrenia (todo lo que se diagnostica como tal) puede ser un recurso del cual hace uso el ser humano, cuando todo otro recurso parece imposible; 2) La Estructura y el Ambiente de las instituciones asistenciales, puede ser cambiados de tal manera que la experiencia pueda ser transformada y en consecuencia ya no exista razón alguna para considerarla psicótica.

En las comunidades la concepción tradicional es cambiada, siguiendo y asistiendo el mecanismo de lo que se llama "un episodio esquizofrenico agudo", en lugar de arrestarlo. En este tipo de lugares se permiten recursos que en las instituciones tradicionales (que representan las normas sociales existentes) no son permitidos (y por ende rechazados socialmente), como es el caso de la regresión, el acting-out, etc.

Este es el primer paso que se ha dado, para lograr cambios radicales en la manera de concebir y hacer frente a todo lo que implica la "enfermedad mental" y la estructura social en la que se halla inmersa ésta. Paso que sin lugar a dudas ha sido la contribución más destacada del modelo de esta perspectiva.

H) PERSPECTIVA HUMANISTA:

Esta perspectiva tiene sus bases y postulados teóricos en el desarrollo y aportes que hace Fromm y otros autores a la psicología humanista. Ellos son un cuidadoso análisis que hace el autor de los aspectos psicológicos de la crisis moral, económica, ética, etc. de nuestro tiempo, además de que ofrecen una contribución importante a la aplicación del psicoanálisis a los fenómenos históricos y al estudio de los hechos sociales.

Fromm realiza en su teoría la síntesis del estudio, por un lado de los aspectos psicológicos individuales (psicoanálisis freudiano) y por otro de los aspectos económicos, políticos y sociales (teoría marxista de la estructura económico-social capitalista). Desde dos puntos, que a primera vista pudieran ser antagónicos, es de donde surge el concepto de salud y enfermedad mental, con todas las implicaciones que acarrearán éstas, que sustentan la perspectiva humanista.

Fromm acepta los descubrimientos básicos de Freud, mas rechaza algunas de sus hipótesis y realiza una interpretación crítica de sus fundamentos filosóficos a la luz del materialismo dialéctico de Marx.

"Considera que el psicoanálisis estudia el problema de la conciencia crítica, el descubrimiento de las ilusiones y racionalizaciones que paralizan la capacidad de actuar, pero que el problema más importante a cuya solución puede contribuir, es la actitud hacia la vida misma". (Barragan, 1984).

Además el psicoanálisis humanista o Sociopsicoanálisis (como se llama a la teoría frommiana) considera al hombre como hecho por la historia y producto de las influencias sociales (fuerzas económicas, políticas y psicológicas que constituyen la base de la sociedad), esto es, el hombre no solo es un organismo dotado de tendencias biológicas, sino también, y sobre todo, es el producto de una larga evolución histórica, resultado de un proceso que hace de él algo muy específico en una época, una cultura y un grupo social determinado.

Por tal motivo el análisis de la situación humana debe preceder al de la personalidad, ya que ésta se determina por las peculiaridades humanas comunes a todos los hombres. La primera de estas condiciones es la ausencia relativa, en el hombre, de una regulación instintiva en el proceso de adaptación al mundo exterior (produc-

to del desarrollo evolutivo que llevó al animal a ser hombre) que lo conduce a rom - per la armonía con la naturaleza (por la razón, la imaginación y la autoconsciencia de la propia existencia). Esto es, como el hombre tiene consciencia de sí mismo, se da cuenta de los límites de su existencia, los cuales constituyen un problema que tiene que resolver y del cual no puede escapar. "La necesidad de encontrar soluciones siempre nuevas para las contradicciones que vive, de hallar formas más elevadas de unidad con la naturaleza, sus prójimos y consigo mismo, es la fuente de todas las fuerzas psíquicas que mueven al hombre, de todas sus pasiones, afectos y ansiedades". (Barragan, 1984). El hombre no puede regresar a un estado prehumano en armonía con la naturaleza, sino que debe trascenderla mediante la razón y el dominio de sí mismo. Esto es, la existencia del ser humano se encuentra matizada por dicotomías (vida muerte; ser humano portador de todas las potencialidades por su corta vida no es posible la realización de ellas; etc.) (Moreno, F. 1983). a las cuales debe hacer frente y en la manera de enfrentar estas (según su carácter y su cultura) se hallarán las dificultades del vivir que pueden llegar hasta lo que se conoce como trastornos mentales.

La satisfacción de las necesidades, tanto fisiológicas como netamente humanas, es otra de las dificultades que se le presentan al hombre en su vida cotidiana. Ni aún y con la satisfacción más completa de todas las necesidades instintivas se resuelve el problema humano, ya que éste se halla tanto en éstas como en las eminentemente humanas. Para Fromm las necesidades y pasiones que nacen de la existencia humana són:

a) De Relación.- Aunque el hombre está solo (en tanto que unidad única y consciente de su Yo como entidad separada) siente la necesidad de vincularse con otros seres humanos, ya que no soporta su soledad y su felicidad depende de la solidaridad que siente con sus semejantes. Tal relación la puede conse -

guir mediante la sumisión (masoquismo), dominio (sadismo) o amor (productivo).

"El hecho de que el fracaso total en el intento de relacionarse uno con el mundo sea la "locura", pone de relieve otro hecho: que la condición para cualquier tipo de vida equilibrada es alguna forma de relación con el mundo"(Barragan - 1984).

- b) De transcendencia.- El estado de pasividad y accidentalidad de la existencia lleva al hombre a sentir la necesidad de superarla, lo cual logra, o bien a través de la creatividad (producción) o a través de la destructividad.
- c) De Arraigo.- Necesidad de encontrar las "raíces" humanas de la existencia.
- d) De un Sentimiento de Identidad.- Necesidad de formarse un concepto de sí mismo, sentirse a sí mismo como sujeto de sus acciones, en otras palabras, sentir una identidad. Sin un sentimiento de identidad el hombre no puede estar sano, y por consiguiente éste renunciara a la vida, el amor, la libertad. etc.; para conseguirlo, aunque sea ilusoriamente.
- e) De una Estructura que oriente y vincule.- Esta necesidad lleva al hombre a buscar y a experimentar que tiene, no solo un sistema de ideas en que basar su experiencia, sino también un objeto de devoción que da sentido a su existencia y a su situación en el mundo.

Como se dijo más arriba, la manera de hacer frente a las dificultades del vivir se halla en el tipo de carácter de todos y cada uno de los seres humanos, que por definición se encuentran ante éstas. Pero qué es el carácter para Fromm.

Es un constructo hipotético, que junto con el temperamento constituyen la personalidad.

El temperamento se refiere al modo de reacción y es algo constitucional e inmodificable; en cambio el carácter se forma esencialmente por las experiencias de la persona y, en especial, por las de su infancia y es modificado hasta cierto punto por el conocimiento de uno mismo y por nuevas experiencias.

El carácter se refiere a los modos específicos de relación del individuo con el mundo, que para Fromm puede ser de dos formas: 1) adquiriendo y asimilando objetos (Proceso de Asimilación-), y 2) relacionándose con otras personas y con sí mismo (Proceso de Socialización-).

Las orientaciones por las cuales el individuo se relaciona con el mundo (amor-odio, competir-cooperar, etc), constituyen la base de su carácter, el cual puede definirse como la forma (relativamente permanente) en la que la energía humana, es canalizada en los procesos de Asimilación y Socialización.

Fromm concibe fundamentalmente dos tipos de carácter : Improductivo y Productivo.

Dentro del primer tipo se dan distintas orientaciones que son:

- 1) **Receptivo** La persona siente que la fuente de todo bien se halla en el exterior y cree que la única manera de lograr lo que desea (algo material, afecto, conocimiento, placer, etc.) es recibiendo de esa fuente exterior. En otras palabras, la orientación receptiva se caracteriza por que la asimilación la realiza aceptando todo lo que venga de fuera y la socialización es matizada por la

"lealtad" (masoquismo); esto es, la relación dominante en la actitud receptiva es sumisa y masoquista; si me someto a una persona más fuerte está me dará todo lo que necesito; en consecuencia la otra persona se transforma en la fuente de todo bien, recibiendo todo lo que se necesita de la relación que es evidentemente simbiótica.

- 2) **Explotadora** En esta orientación, también se parte del hecho de sentir, a igual que en la orientación receptiva, que la fuente de todo bien se encuentra en el exterior, pero a diferencia de aquella, el tipo explotador no espera recibir las cosas de los demás en calidad de limosna, sino quitándolas por medio de la - violencia o la astucia; o sea que se utiliza y explota cualquier cosa o persona - de las que se pueda sacar algún provecho. La asimilación en esta orientación se realiza tomando lo de y a los demás, y la socialización está matizada por una autoridad irracional (sádica); en otras palabras, la actitud está coloreada por - una mezcla de hostilidad y manipulación, en donde la relación (eminentemente simbiótica) es de tipo sádica; si tomo por la fuerza todo lo que necesito de la otra persona, debo gobernarla y transformarla en objeto impotente de mi propio dominio.
- 3) **Acumulativa** Las personas en esta orientación de carácter muestra poca fé - en cualquier cosa nueva que pueda obtener del mundo exterior; su seguridad ra- dica en la acumulación y el ahorro y todo gasto (afectivo, monetario, etc.) re- presenta una amenaza a ésta. Crea al rededor de sí una barrera "protectora", que permite introducir en ella todo lo que pueda y dejar salir lo menos posible. La asimilación es realizada conservando lo que se posee y la socialización des- truyendo. Esto es, la relación acumulativa implica un distanciamiento de las otras personas (tendiente a alejarse o a destruir) y no se basa en la expectati - va de obtener cosas de una fuente externa, sino de poseerlas o acumulándolas

y no consumiéndolas.

- 4) **Mercantil** Su base está en el mercado de la sociedad actual, esto es, se rige por la oferta y la demanda; está arraigada en el experimentarse a uno mismo como mercancía y el propio valor como valor de cambio. En otras palabras, el éxito depende de que también logre el individuo venderse en el mercado de las personalidades y no pasar de moda para seguir en el continuo juego de la oferta y la demanda. Todas cualidades y capacidades del ser humano (amor, pensamiento, valor, conocimientos, etc.) son vistas como mercancías en el mercado y vendidas al mejor postor. La asimilación se logra mediante el intercambio y la socialización por la diferencia y equidad hacia los otros; la relación está matizada por una actitud de distanciamiento de los otros, de contacto sencillo y desapego.

Las orientaciones tanto receptiva, explotadora y acumulativa tienen en común que cada una es una forma de relación humana que, de ser predominante en una persona, es específica de ella y la caracteriza; la mercantil en cambio, no desarrolla algo que está potencialmente en la persona; esto, no desarrolla ninguna clase de relación específica y permanente, sino que la variabilidad de las actitudes es la única cualidad permanente.

Las orientaciones improductivas pueden considerarse como distorsiones de formas normales y necesarias de la vida, además de que poseen un aspecto positivo y otro negativo (continuo) de acuerdo con la estructura total del carácter. O sea que el hombre para sobrevivir debe aceptar cosas de otros, de tomarlas e intercambiarlas, de seguir a la autoridad, conducir a otros, estar solo y afirmarse a sí mismo, etc., y el grado en que lo haga de manera productiva será el aspecto del polo de la orientación hacia el que se incline.

El otro tipo general de carácter que plantea Fromm es el de la orientación Productiva, la cual la concibe como el carácter plenamente desarrollado, siendo la meta del ser humano y el ideal de la ética humanista. Esta orientación se refiere a una actitud fundamental en el modo de relacionarse en todos los campos de la experiencia humana (mental, emocional, sensorial, etc.). La productividad es la capacidad del hombre para emplear sus fuerzas y realizar sus potencialidades congénitas, esto es, el ser humano se experimenta así mismo como la personificación de sus poderes y productor y actuante de estas. Productividad no es necesariamente creatividad y/o actividad, sino que se refiere a una actitud o modo de orientación y de reacción hacia el mundo y uno mismo. La asimilación del mundo se da reproductiva y creadoramente (trabajando) y la socialización por sentimientos reales de amor y razonamiento objetivo y lógico. La relación que se produce está matizada por el amor hacia los otros y hacia uno mismo, lo cual implica responsabilidad, cuidado, respeto y conocimiento (elementos que caracterizan un amor maduro) (Fromm, 1980) así como el deseo de que la otra persona crezca y se desarrolle.

De la presentación de las orientaciones se desprende que el carácter de una persona es siempre una combinación de éstas, ya que no existe ninguna persona cuyo carácter sea enteramente productivo, ni nadie que carezca enteramente de productividad.

Fromm postuló dos tipos más de caracteres,, al primero lo llamó "Carácter Revolucionario" (Fromm, 1981) y al segundo "Carácter Social" (Fromm, 1979). El primero será discutido en el concepto de Salud Mental que sustenta esta perspectiva, el cual será abordado más adelante.

El Carácter Social junto con el Inconsciente Colectivo (Moreno, 1983), son para -

Fromm las conexiones mediante las cuales se puede cómo la infraestructura (base económica de la sociedad) influye y determina la superestructura (política, arte, religión, educación, etc.).

El carácter social es la estructura caracterológica que es típica de una sociedad en particular. Son aquellas características que influyen en el carácter individual y que se hallan presentes y son representativas de un grupo, cuando se hacen a un lado - las diferencias individuales. Al igual que el carácter individual, el social representa la forma en que la energía es canalizada; canalización que sigue la misma dirección en la mayoría de la gente de una sociedad dada y en consecuencia habla de la existencia de similares motivaciones para todos. Este (el carácter social) es un elemento esencial para el funcionamiento de una sociedad, y al mismo tiempo la zona de transmisión entre la estructura económica de la sociedad y las ideas prevalecientes en ella. La función del carácter social es formar la energía de los miembros de la sociedad de tal manera que su condición no sea obra de su decisión consciente - sobre seguir o no el patrón social, sino de querer actuar como tiene que hacerlo, y al mismo tiempo obtener gratificación al actuar de acuerdo con los requerimientos de la cultura. En otras palabras, el carácter social modela y canaliza la energía humana dentro de una sociedad para que ésta continúe funcionando. Así, las ideas son determinadas por la vida social y económica de la sociedad a la que pertenecen, más sin embargo esto no quiere decir que no tengan valor por sí mismas, o que sean menos reflejos de las necesidades económicas (por ejemplo: el ideal de igualdad humana de la raza negra, el derecho a una vida digna de la clase trabajadora y campesina, etc.).

El inconsciente social parte del hecho de que toda sociedad determina qué pensamientos podrán llegar al nivel de la consciencia y cuales tienen que permanecer inconscientes. Esto es, existen áreas de represión que son comunes a la mayoría de

los miembros de una sociedad; estos elementos de represión son comunmente esos contenidos que una sociedad dada no permite a sus miembros tener conscientes, sobre si ella misma, con sus contradicciones específicas, funciona exitosamente.

Fromm habla de que el proceso de que una idea, un sentimiento, una percepción, etc. pase del estado inconsciente al consciente, existen filtros socialmente condicionados, que son producto de las categorías en que el pensamiento consciente es organizado. Esto es, cada sociedad, por su propia práctica de vida y los modos de relación, de sentimientos y percepción, desarrolla un sistema, o categorías que determinan la forma de consciencia; así las experiencias no entran a la consciencia a menos que pase por esos filtros (lenguaje, lógica, etc.). Lo que es inconsciente y lo que es consciente depende entonces, de la estructura de la sociedad y de los patrones de sentimientos y pensamientos que produce. El inconsciente es el hombre completo, menos la parte de él que corresponde a su sociedad; la consciencia, en cambio, representa al hombre social y las limitaciones dadas por la situación histórica en que el individuo nace.

Hasta ahora se han presentado a grandes rasgos los conceptos teóricos, tanto filosóficos como psicológicos y sociales en que se basa esta perspectiva para concebir al hombre. Aunque ya se desprende de ellos ciertos elementos aclaradores sobre la manera de entender la aparición, consecuencias e implicaciones de los trastornos mentales, es necesario hacer un análisis más profundo de ellos. Para tal efecto partiremos del concepto de enfermedad mental que se desprende de esta teoría.

Como ya se dijo anteriormente Fromm sintetiza la teoría psicoanalítica freudiana y la económica marxista. De la primera deduce que existe una patología individual, que se halla junto a, y/o es producto de una patología social. Esto es, Freud en su concepto de psicopatología "... asume que si el hombre falla en resolver su comple-

jo de Edipo, si no se desprende de sus impulsos infantiles y desarrolla una orientación genital madura, se encuentra entre los deseos de mismo y las demandas que hace como persona adulta. El síntoma neurotico representa una transacción entre las necesidades infantiles y maduras, mientras que las psicosis es la forma de patología en que las fantasmas y los deseos infantiles han inundado el Yo y ya no hay transacción entre ambos mundos" (Barragan, 1981) En tanto Marx nunca postuló un sistema de psicopatología; más sin embargo habló de una invalidez psíquica - como expresión fundamental de psicopatología. La alienación (incapacidad de experimentar uno mismo como sujeto de los propios actos, pensamientos, sentimientos, etc.) es la enfermedad del hombre; la cual "se inicia con la división del trabajo, en la civilización que sucedió a la sociedad primitiva. Es más fuertemente desarrollada en la clase trabajadora, pero es una enfermedad que sufren todos los humanos. (Y) la enfermedad podrá ser curada solamente cuando todos los hombres salgan de la alienación" (Barragan, 1984).

Este concepto de alienación es muy semejante al de transferencia. Es ésta última el paciente pone en el analista los sentimientos que experimento de niño hacia sus padres, mas sin embargo esta explicación es incompleta, ya que "... el paciente neurótico es un alienado; se siente débil, es temeroso e inhibido por que no se experimenta a sí mismo como el creador de sus propios actos y experiencias. Busca un objeto para proyectar sus cualidades humanas; su amor, inteligencia, etc. Por sumisión a este objeto se siente en contacto con sus propias cualidades, se siente fuerte, sabio y seguro. El perder el objeto significa el perderse a sí mismo. El mecanismo de idolatrar a un objeto, en base a la alienación individual, es la dinámica central de la transferencia". (Barragan 1984). Esto es, en busca de un ídolo, el paciente alienado, da al analista las cualidades de las figuras significativas de su infancia, y así, mientras el contenido de la transferencia es relatado con patrones infantiles, su intensidad es producto de la alienación.

Este mecanismo (la transferencia) es un fenómeno que puede darse en todas las formas de veneración de las figuras investidas de autoridad (en la vida social, política y/o religiosa).

La alienación en Fromm, como la angustia en Freud, es el núcleo de los trastornos mentales, aún y en casos tan extremos como la psicosis. "En un sentido amplio, cada neurosis puede ser considerada como un resultado de la alienación, esto es así, porque la neurosis se caracteriza por el hecho de una pasión (por ejemplo: el dinero, al poder, etc.) que llega a dominar a la persona. Esta pasión en el ídolo al cual se somete aun (y) cuando pueda racionalizar la naturaleza de su ídolo y darle diferentes nombres, con apariencia agradable. Así, el hombre se convierte en esclavo de sí mismo". (Barragan, 1984).

El hombre en la sociedad industrial actual ha combinado la forma de intensidad de idolatría y se ha llegado a convertir en objeto de las fuerzas económicas que dirigen su vida, esto es, a enfermarse por la enajenación que sufre a partir de su propia humanidad y de sus semejantes.

La sociedad, al igual que los individuos, sufre un desarrollo, en él debe alcanzar una madurez para llegar a ser completamente humano, "todo lo irracional del pasado, es racional en la medida en que fue necesario. Pero cuando la raza humana se detiene en un estado del desarrollo que debería haber sido superado, cuando se encuentra así mismo en contradicción con la posibilidad que la situación histórica ofrece, entonces su estado de existencia es irracional, o si se quiere decir de otra manera, es patológica.

Una sociedad insana es aquella que crea hostilidad mutua y recelo, que convierte al hombre en su instrumento de uso y explotación de otros, que lo priva de un sen

timiento de sí mismo, que le niega su libertad impidiendo ser verdaderamente creativo (desarrollando un carácter productivo, en contraposición a la fomentación de los aspectos negativos de las orientaciones improductivas y del carácter e incoherente sociales), enajenándolo de su propia razón y le impide relacionarse en forma madura a través del amor. Este tipo de autoridad se basa en el temor y la fuerza y tiende a perpetuar rasgos inmaduros e improductivos en el carácter de los individuos que la forman" (Barragan, 1984).

La perspectiva humanista crítica la unilateralidad en el análisis de las causas de la enfermedad mental, sean éstas: la falta de libertad política, la significación de los factores económicos, el empobrecimiento espiritual y moral del hombre, la excesiva represión de sus impulsos instintivos, etc. "Si se cree que la causa de la enfermedad es económica, o espiritual, o psicológica, también se cree que poniendo remedio a la causa específica se conducirá al hombre a la salud mental. Pero si se considera como se relacionan los diversos aspectos, se concluirá que la cordura solo puede conseguirse mediante cambios simultáneos en las esferas de la organización social, industrial y política, en la estructura del carácter y en las actividades culturales" (Barragan, 1984).

La psicología humanista propone que el tratamiento de la patología social debe seguir los mismos principios que se usan en la patología individual, además debe tomarse en cuenta las condiciones que originaron la enfermedad como:

- 1) **Conflicto** Debe haber ocurrido algo contrario al funcionamiento de la psique (no se ha desarrollado una orientación productiva).
- 2) **Consciencia de lo Disociado en la Personalidad Propia** Primer paso para que opere la tendencia dinámica hacia la salud mental.

- 3) Cambio de la Situación "La autoconsciencia solo es efectiva si se cambia - el modo de vida erigido sobre la base de la estructura neurotica, además de - que es necesario cambiar el sistema de valores e ideales, de modo que impulsen y no bloqueen la tendencia a la salud mental y la madurez" (Barragan,1984)

En las líneas anteriores se ha hablado de la enfermedad y de la manera de enfrentarla y trastocarla en salud; pero qué entiende Fromm por salud mental y qué elementos la componen.

Parte de los conceptos de salud que manejan Freud y Marx, en donde el primero - postula que la persona sana es aquella que ha llegado al nivel genital de su desa - rrollo psicosexual y, vive una experiencia adulta, en la que puede trabajar y tener una satisfacción sexual adecuada, además de que depende única y exclusivamente - de su razón y de sus propias fuerzas.

En cambio para el segundo la salud se encuentra sustentada en el concepto huma - nista del hombre independiente, activo y productivo. Así el concepto de salud men - tal de Fromm, se "caracteriza por la capacidad de amar y crecer, por la liberación de los vínculos incestuosos con el clan y el suelo, por un sentimiento de identidad basado en el sentimiento de sí mismo como sujeto y agente de las propias capaci - dades, por la captación de la realidad interior y exterior a nosotros, es decir por el desarrollo de la objetividad y la razón" (Barragan, 1984). Si el individuo está - sano o no, no es un asunto individual, sino que depende de la estructura de su so - ciedad. Una sociedad sana desarrolla la capacidad del hombre para amar a sus - prójimos, para trabajar creadoramente, para desarrollar su razón y su objetividad, - para tener un sentimiento de sí mismo basado en el de sus propias capacidades - productivas. La plena libertad e independencia existen sólo cuando el individuo - piensa, siente y decide por sí mismo. Lo podrá hacer de modo autentico unica -

mente cuando haya alcanzado una relación productiva con el mundo que lo rodea y que le permite responder de manera autentica. La independencia y libertad son la realización de la individualidad, no solo la emancipación de la coerción. El hombre plenamente productivo es un hombre libre pues puede vivir autenticamente, en donde su propio ser es la fuente de su vida, está identificado con la humanidad y por lo tanto trasciende los límites de su propia sociedad. Ama la vida y siente una afinidad con ella. Y percibe la realidad con un espíritu crítico. Los atributos expuestos "... corresponde a los de una persona sana en un mundo insano, al ser humano plenamente desarrollado en un mundo tullido, la persona completamente despierta en un mundo semidormido; es precisamente el carácter revolucionario" (Barragan,1984) el ideal al que debe aspirar el ser humano para ser alcanzar la felicidad y ser, en consecuencia netamente un ser humano.

CAPITULO III

ACTITUDES HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL

Revisión del concepto de Actitud.

El concepto de actitud es en la actualidad de los más empleados, en el estudio de las diversas situaciones sociales, este concepto no está exento de la controversia acerca de la influencia hereditaria sobre el medio ambiente.

A partir de las actitudes se pretende inferir la conducta, se dice que una actitud combina instinto y hábito y evita en cierta manera la concomitancia extrema de ambos. A lo largo de la historia se puede ver que existen grandes dificultades para llegar al concepto de actitud " Uno de los primeros psicólogos que utilizó el término de actitud fue Spencer en su libro "First principles" de 1862, un poco más tarde los psicólogos abandonaron su punto de vista, exclusivamente mentalista y el concepto de actitud motora se hizo más popular" (Young, 1967). Etimológicamente actitud se deriva del latín Actus que es conveniencia, adaptabilidad connotando como actitud un estado mental o subjetivo de preparación para la acción. "Varios escritores empezando por Thomas y Znaniecki (1918 y 1920) han definido la psicología social como el estudio de las actitudes" (Young, 1967). No es común encontrar una clasificación explícita de actitud, ya sea como actitud mental o motora, partiendo de un dualismo alma-cuerpo, ya que este dualismo no funciona para los psicólogos contemporáneos. El término aparece como adjetivo cualitativo e implícitamente contiene a ambos en su significado original, como una actitud mental y una determinación motora. "Lange en su estudio de las teorías de la actitud o "aufgabe" como se les llamó, descubrió que las actitudes juegan un papel importante en el inicio de todos los experimentos psicológicos, no sólo en reacciones experimentales, sino también en investigación de percepción, juicio, pensamiento y voluntad" (Young, 1967). En Alemania hubo un gran desarrollo de expresiones técnicas para

nombrar las diversas "determinaciones motoras y mentales" que influían en los sujetos adiestrados en pensamiento o conducta, durante los experimentos. En suma todo lo que se decía en las teorías de las actitudes hubo la intención consciente, la idea de la meta, la idea la relación entre el self y el objeto donde el self está respondiendo, la idea de dirección la tendencia determinante o alguna disposición en su adiestramiento, en la aparición espontánea de una idea determinada, una connotación más conductual y la postura de una situación de consciencia. Se descubrió una gran variedad de tipos y formas de actitud. Y también se puede explicar por que no hubo una unificación del concepto de actitud. Esto dio lugar a una controversia para determinar el lugar de las actitudes en la consciencia. Durante esta época las actitudes eran estudiadas por el método de introspección pero con escasos resultados. Titchner (1909) decía que la actitud parece no tener representación en la consciencia. Como resultado de los trabajos de los psicólogos de la escuela de Würzburg, se aceptaron las actitudes pero no todas las creencias que de ellas se tenían, por ser intangibles. Clark (1911) alumno de Titchner, encontró que las actitudes en gran parte son representadas en la consciencia a través de la imagen, sensación y afecto. Ambos no estaban de acuerdo sobre la naturaleza de las actitudes en la forma en que aparecen en la consciencia. Sin embargo algunos investigadores admiten que las actitudes son una parte indispensable en la estructura psicológica de un individuo.

"La persistencia de que las actitudes son totalmente inconscientes fué demostrada por Muller y Pilzecher (1900) quienes llamaron al fenómeno perseveración. Koffka (1912) le llamo actitudes latentes a la tendencia de los sujetos a tener olvidos en su forma de pensar. Washburn (1912) caracterizó a las actitudes con los órganos del cerebro y cuerpo. Otros escritores se inclinaron por determinar las actitudes bajo la rubrica neurológica " (Young, 1967). La influencia de Freud fué quien dotó a las actitudes de vitalidad considerandolas como un grado de odio, de amor, compa

sión y prejuicio con la vida inconsciente. Sin la labor experimental y sin la influencia del psicoanálisis no se hubiera establecido el concepto de actitud dentro de la psicología social.

La concepción de actitud no es suficiente; la hipótesis de instinto no satisface a la psicología social, porque reconoce la importancia de las costumbres y la formación del medio ambiente "Thomas y Znaniecki dicen que el estudio de las actitudes es por excelencia el campo de la psicología social, ya que las actitudes son procesos "mentales" individuales los cuales determinan la respuesta actual y potencial de cada persona en la vida social. Sin embargo una actitud es siempre dirigida hacia un objeto y puede ser definido como "el estado mental de un individuo hacia un valor". Los valores son parte de la vida social del hombre el amor al dinero, amor, fama - son algunas actitudes típicas" (Young, 1967). Fares propuso una distinción entre actitudes conscientes e inconscientes y actitudes mentales y motoras, entre actitudes individuales y de grupo, entre actitudes latentes y manifiestas.

Desde los años 30's en los Estados Unidos de Norteamérica el estudio de las actitudes se lleva a cabo desde un punto de vista muy limitado esto es, considerandolas como una predisposición motriz y mental a la acción", sin embargo posteriormente se iniciaron estudios que consideraban algunos aspectos más sociológicos, lo que le dio nuevas connotaciones, al señalarlas como "tendencias reactivas específicas o generalizadas, que influyen sobre la interpretación de nuevas situaciones y la respuesta frente a estas" o desde un punto de vista más dinámico" la actitud es esencialmente una forma de respuesta anticipatoria, el comienzo de una acción que no necesariamente se completa" (Young, 1967). Dichos estudios surgen ante la necesidad de crear categorías en las cuales se pudiera agrupar la gran variedad de experiencias sociales, encontrando rasgos comunes y al mismo tiempo identificar las causas más generales de su surgimiento. Se considera que las actitudes representan a nivel in-

dividual, el modelo o patron dado a partir de la pertenencia a un grupo, esto es, - que el niño al nacer encuentra una serie de definiciones, en cuanto a las situaciones que pueden presentarse junto con unas reglas de conducta, a las cuales se debe adaptar y a las que no puede desafiar, ya que se presentaria la presión de grupo, la cual puede tomar las formas que irían desde las sanciones legales o morales hasta el uso de la violencia justificada o no. Lo que quiere decir que las actitudes estan determinadas por la cultura en la que se desenvuelve la persona.

Las actitudes estan constituidas por tres elementos el afectivo, el cognitivo y el conductual.

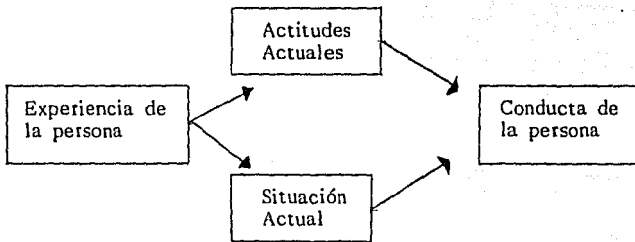
El componente afectivo. Es el sentimiento en favor o en contra de un objeto, es lo realmente característico de una actitud "para Fishbein, las creencias y las conductas asociadas a una actitud son elementos a través de los cuales se puede medir una actitud, pero no forman parte de la misma considerando que la actitud es una variable intercurrente y como tal esta sujeta a inferencias a partir de un hecho no directamente observable , ya que la medimos a través de los hechos observables y con ella relacionados" (Young,1967) El componente afectivo se refiere a los sentimientos, emociones ligados con el objeto actitudinal. Cuando un sujeto verbaliza estos sentimientos o emociones resulta que estos son algo mas que meramente emociones tambien son cogniciones de sentimientos o emociones que son significativamente diferentes del componente cognitivo.

Componente cognitivo. Cuando hay una actitud hacia algun objeto es necesario que exista un previo conocimiento de dicho objeto. Este componente consiste en las percepciones del sujeto sus creencias y estereotipos. Es decir sus ideas sobre algun objeto, por lo tanto este aspecto cognitivo es el conocimiento que se tiene acerca del objeto, el número de elementos del componente cognitivo varia de una

persona a otra.

Componente conductual. Es la tendencia a actuar o reaccionar de un cierto modo con respecto a un objeto. Las actitudes poseen un componente activo, instigador de conductas coherentes con las condiciones y afectos relativos a los objetos actitudinales.

Los conocimientos o percepciones y experiencias de una persona crean una disposición a la acción que al combinarse con una situación o circunstancia propicia tiene como resultado, una conducta específica.



Representación de los componentes de una actitud de Hovland y Rosemberg.

| | | | |
|---|---------|-----------|--|
| ESTIMULOS, PERSONAS, SITUACIONES, GRUPOS, PRODUCTOS SOCIALES, Y DEMAS OBJETOS ACTITUDINALES | | AFECTO | RESPUESTA DEL SISTEMA NERVIOSO SIMPATICO AFIRMACIONES VERBALES INDICATIVAS DEL - AFECTO. |
| | ACTITUD | COGNICION | RESPUESTAS PERCEPTIVAS AFIRMACIONES VERBALES DE CREENCIAS Y OPINIONES. |
| | | CONDUCTA | ACCIONES MANIFIESTAS AFIRMACIONES VERBALES RELATIVAS A LA CONDUCTA. |

Propiedades de una actitud. Las prioridades son las siguientes: 1) Dirección, las actitudes generalmente son concebidas como un enfrentamiento de la representación de componentes favorables o desfavorables. De un lado los sentimientos, apreciaciones o tendencias positivas para la aprobación o aproximación o apoyo del objeto y en el otro lado los sentimientos apreciaciones y tendencias negativas para evitar el objeto. La Dirección es el incremento o decremento de la distancia psicológica al objeto. 2) Magnitud o extremo de una actitud, se refiere a su grado de favorabilidad o desfavorabilidad. La magnitud afectiva es el reconocimiento al hecho de que otras propiedades pueden ser concebidas en términos de magnitud, la magnitud es fácilmente confundida con la intensidad, frecuentemente no son distinguidas. 3) Intensidad, se refiere a la fuerza de los sentimientos asociados con una actitud. 4) Ambivalencia, esta relacionada con la concepción de dirección en términos bipolares y la observación empírica de que ambos componentes favorable y desfavorable pueden estar presentes en la composición de una actitud, 5) Diferenciación afectiva, el grado de contribución de cada uno de los componentes de la actitud (afectivo, cognitivo y conductual), pueden ser por sí mismos considerados como una propiedad. Este término ha sido usado para referirse al grado en el que el punto de vista de la persona hacia el objeto, está dominado por el contenido afectivo. 7) Complejidad Cognitiva. Esta propiedad se refiere a la elaboración del componente cognitivo de una actitud, la riqueza del contenido ideacional o del número de ideas que la persona tiene acerca del objeto. 8) Externalización. Es la característica del aspecto conductual puede definirse como el grado de manifestación de la actitud. Las características situacionales indudablemente juegan una parte importante ya que la actitud es manifestada. 9) Aislamiento, una actitud puede existir en relativo aislamiento de otros elementos cognitivos (valores, creencias) o pueden estar relacionadas con tales elementos a través de asociaciones, clasificaciones, racionalizaciones, etc. 10) Flexibilidad, es la facilidad con la cual una actitud puede ser modificada; por una variedad de presiones frecuentemente esta -

propiedad ha sido considerada como una característica propia de algunas personas, - antes que como una actitud en si. 11) Conciencia. Se ha admitido la posibilidad - de que existan actitudes inconscientes, éstas serían la tendencia de la conducta sin el complemento fenomenológico directo que es la actitud en la cual los componen- tes cognitivo y afectivo están ausentes (o no son verbalizados por la persona). Una extensión lógica de esta noción es considerar una dimensión de grado de concien- cia en la definición de una actitud, admitiendo un rango de disponibilidad concien- te.

ACTITUD SANITARIA HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL EN MEXICO.

La situación actual de los servicios de salud en México y dentro de estos incluido el área de salud mental, van desde los sostenidos por la asistencia pública, que incluye los servicios de asistencia y salud pública de la Secretaría de Salud, hasta - agencias de seguridad que dan atención directa de servicios médicos (IMSS), conclu- yendo con los servicios privados que atienden a la minoría de la clase media alta - y burguesía. Deben considerarse los servicios tradicionales a través de brujos y cu- randeros, sin embargo no están incluidos dentro de los tres grandes tipos de aten- ción basados en: 1) La salud es derecho de todos los mexicanos y el gobierno es el responsable de proporcionar estos servicios para facilitar, conservar y recuperar la salud (SSa, DDF, DIF, INI, etc.); 2) Las instituciones de seguridad social y ser- vicios médicos de alguna dependencia estatal o paraestatal, basados en derechos gre- miales de prestación de servicios, esta sustentado por diferentes modos de financia- miento, aunque generalmente es bipartita, esto es, paga una parte el empleado y - otra la empresa o el gobierno (IMSS, ISSSTE, PEMEX, CFE, etc.), 3) finalmente - los servicios privados a cargo de profesionales que trabajan en forma individual o en grupos y que prestan servicios como negocio y bajo el régimen de la libre empresa.

El acceso a estos servicios también es desigual, ya que la burguesía es la que tiene

el poder para comprar estos servicios, después los empleados afiliados o algún régimen de seguridad y por último los que no tienen derecho a la seguridad social, ni los recursos para pagar los servicios privados como son los peones, trabajadores eventuales, desempleados, etc. Esta situación responde a rasgos históricos que fueron expuestos a grandes rasgos en la primera parte, consistentes en que en la época de la colonia la atención médica y la ayuda a los menesterosos era realizada por instituciones clericales o en lugares patrocinadas por el gobierno virreinal. La ideología cristiana de ayuda al prójimo y caridad, promovió la aparición de asilos hospitalarios, casas de asistencia y orfanatorias. Después de la Independencia esta noción cristiana de caridad cambió en lo nominal, aunque sustancialmente permaneció igual, el estado ejercía de manera filantrópica en materia hospitalaria, aunque no de manera obligatoria, durante esta época disminuye la forma privada de atención en servicios de salud.

Posteriormente durante el porfiriato resurgieron las ideas de beneficencia y de caridad, es la época en que se fundan los hospitales, General de la ciudad de México y el Manicomio General de la Castañeda (este último en salud mental). Después de la Revolución se mantienen estos servicios, aunque con otros nombres, es cuando se funda el Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad. Es hasta la tercera década de este siglo cuando se da como una función obligatoria del estado los servicios de salud y en 1943 es cuando se fusiona, La Secretaría de Salubridad y Asistencia. También en este año es cuando se establece el Instituto Mexicano del Seguro Social que da servicio a los asalariados urbanos y el proletariado industrial. Después en 1960 se funda el ISSSTE ante el crecimiento de la burocracia estatal y de esa base se crearon los servicios de PEMEX, Ferrocarriles Nacionales, etc. Y en 1977 se funda el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

La cobertura de los servicios de salud, hasta 1976 de los 62 millones existentes - hasta ese momento el 35% estaba cubierto por alguno de los regimenes de seguridad social, el resto de la población (casi 40 millones) debía ser atendido por la - SSA cuya capacidad solo abarcaba entre 15 y 18, por lo que entre 20 y 25 millones carecian de servicios de salud de manera permanente. Aunque se ha duplicado la población derechohabiente, aun el porcentaje es bajo con respecto al total de la población.

"Con respecto al área de la salud mental, partiremos de la consideración de esta - como en referencia a una salud integral individual y colectiva, es la búsqueda cons tante del ser humano por alcanzar niveles de bienestar idealmente equitativo a sa - biendas de que se trata de un proceso dinámico en el que activamente de manera - temporal el estado de salud que, a su vez se pierde transitoriamente debido a una - serie de factores y en el que es posible recobrar la salud de manera parcial o to - tal, el proceso es pues repetitivo, por lo tanto la enfermedad mental es en su sentido genérico es un vocablo que se refiere a cierto tipo de fenómenos a los que los miembros de todos los grupos sociales y en todas las epocas de la historia se han - visto expuestos. Existe por tanto un conjunto de convicciones intelectuales o cultura les que definen la enfermedad en terminos de individualidad para la persona asociada a desajustes de la conducta con o sin sensación de malestar. Como la condición de enfermedad no es algo deseable, la sociedad y la cultura van a dar origen al em pleo de medios correctivos. Estos incluyen una serie de creencias y explicaciones so bre la enfermedad de donde van a derivar un conjunto de reglas de conducta que racionalizaran las actividades de tratamiento, estas seran aplicadas por grupos especializados de la sociedad y en ocasiones por cualquier persona y seran en su esencia me didas socialmente adaptativas" (Pucheu, 1983).

De acuerdo a lo que se mencionó sobre las instituciones de salud, en el área de sa-

lud mental se carece de personal capacitado además de que el existente está mal distribuido y otra parte esta dedicada a la práctica privada. Idealmente la OMS - recomienda que haya 5 psiquiatras por cada 100 000 habitantes, hasta 1977 México contaba con 1 por cada 100 000 en cuanto a trabajadoras sociales especializadas el déficit es mayor, ya que en esta época solo había 126 en todo el País con esta - especialidad, en cuanto a enfermeras solo había 22 especializadas en el área de sa - lud mental, en cuanto a psicólogos había 3 000 con registro y muchos miles mas - sin él, aunque hay que aclarar que son muy pocos los que trabajan en programas - institucionales de salud mental. Para realizar el trabajo de campo en esta área - se requiere coordinar a profesionales de diferentes especialidades aunque todas re - lacionadas con esta área, como psiquiatras, psicólogos clínicos, enfermeras, etc.

Para poder llevar a cabo un programa de salud mental comunitaria, es preciso iden - tificar los problemas prioritarios de salud mental en México, que según Pucheu - (1985) son: Trastornos del aprendizaje y emocionales en el niño, alcoholismo, tras - tornos afectivos, trastornos psicofisiológicos, psicosis, síndromes orgánocerebrales, y retraso mental. Con esta valoración a partir de su importancia se puede dar una mejor planeación y aprovechamiento de los recursos de los recursos con que se - cuenta.

Con respecto a la atención para los enfermos mentales se ha visto que ésta a mejo - rado a nivel nacional sin embargo no se ha logrado un alto nivel en esto debido en parte a que aun en esta época hay estados de la República que no cuentan con es - tos servicios y en algunos en que existe, no es tan eficaz como debiera, ya que los enfermos son reclusos en algun rincón de los hospitales civiles y en ocasiones son - encerrados en cárceles, sin embargo hay lugares en los que se tolera su estancia - en la comunidad por lo que es frecuente verlos vagar por las calles. La creación - de las granjas fué con el objeto de terminar con la situación de abandono y mise - ria de los enfermos mentales en donde se supone serían tratados de manera humani

taria. Los grandes hospitales y clínicas están concentradas en las grandes ciudades, sin embargo se ha visto que en estos lugares se trabaja de una manera cerrada, esto es, que lo que pasa dentro de este solo es conocido por quienes allí laboran, además de que no se aplican las normas médicas y humanitarias de una manera adecuada, una característica de los hospitales tanto públicos como privados es la sobrepoblación.

En esta área son muy importantes los factores epidemiológicos que según datos de la OMS (1982) hay actualmente en el mundo cerca de 40 millones de personas que en algún momento dado de su vida han padecido alteraciones mentales severas y si se toma en cuenta a los que han sufrido enfermedades menos severas el número se incrementa casi hasta llegar a 200 millones, una manera de explicar tal prevalencia es debida al incremento en las expectativas de vida. Se puede suponer que en México a partir de los datos obtenidos por la Organización de Servicios de Salud Mental en los países en desarrollo (1975) el 1% de la población está afectada en forma severa y que el 10% lo ha estado en algún momento dado de su vida, la prevalencia de pacientes psicóticos es de entre 10.1% y 14 por cada 1 000 habitantes en la población mayor de catorce años. Doce de cada 1 000 sufre retraso mental incluyendo el 75% de los casos leves lo que hace un gran total de 800 000 aproximadamente. Otro indicador indirecto de la salud mental es la tasa de suicidios que va del 2.5 al 4.5 por cada 100 000 hab. si se incluyeran los trastornos de la personalidad y las neurosis, el número ascendería considerablemente, sin embargo ante la falta de servicios especializados no se pueden precisar el número de estos casos.

Ante esta problemática la respuesta en cuanto a servicios de salud es la siguiente, hasta hace poco tiempo lo único que se hacía era mantener bajo custodia a los enfermos, esta situación ya fué descrita previamente, sin embargo durante la época de los 70's se le dió un mayor interés a la participación comunitaria y se dejó un po-

co el nivel individual por el familiar, así como también se dirigió mas hacia la prevención que hacia la cura, no obstante se puede ver que hay una inadecuada distribución de estos servicios ya que aproximadamente da 60% de los recursos totales - está en el D.F. además de que como ya se vió no se cuenta con el personal especializado en relación al número de pacientes internos, además de que los programas de rehabilitación y seguimiento de casos son escasos.

Ante esta marginación de los servicios de salud y ante la limitación de presupuesto que es destinado para el cuidado de estos pacientes se había diseñado un programa de atención a tres niveles, el cual fué posteriormente abandonado y que constaba de: atención en el primer nivel, en el que se incluye al personal general de salud (médicos generales, etc.) que serían capacitados para detectar oportunamente casos de alteraciones psiquiátricas, para los casos que lo requieran transferirlos a un segundo nivel de atención, en este nivel se planeaba hacer llegar los servicios de salud mental a la población rural y marginada.

La atención en segundo nivel requería de personal especializado para trabajo interdisciplinario (psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadores sociales, etc.) para dar atención en consulta externa, desarrollar programas preventivos y participar en la enseñanza, además se incluiría al menos un 5% de las camas de los hospitales generales para la atención de pacientes psiquiátricos tranquilos, esto permitiría tratar a entre un 60 y un 80% de los casos de neurosis y trastornos de la personalidad, lo que disminuiría el riesgo de que por falta de atención se conviertan en casos crónicos, algunos casos aunque requieren atención especial no requieren ser separados de sus familias, por lo que en este aspecto se podría enseñar a los familiares técnicas que se necesita emplear para la atención del paciente. La atención en el tercer nivel, menos del 10% de los pacientes psiquiátricos requieren el internamiento en hospitales especializados, se sugiere en este nivel que estos hospitales cuen -

ten con una área de atención para pacientes crónicos y otra para agudos, así como otra para enfermos que deben permanecer en custodia, el número de pacientes no debe exceder de 300 y se debe contar con un espacio especial para terapia ocupacional y elaborar un programa de seguimiento para evitar su reingreso.

Existen varias aproximaciones para la obtención de la cura en los enfermos mentales que van desde la psicoterapia, técnicas como choques insulínicos o electroconvulsivos, drogas y en algunos casos la psicocirugía.

La psicoterapia es tratar los trastornos con medios psicológicos, surge como derivado de la psicología y la psicopatología, es un procedimiento técnico que requiere el establecimiento de una relación entre el paciente y el terapeuta. El objetivo en algunos es el de remover síntomas, otras veces es el alterar normas de conducta permanentes, de modo que el paciente se pueda adaptar al medio sin que esto le cause problemas a partir de una nueva concepción de sí mismo, parte del supuesto de que las alteraciones de la personalidad surgen por experiencias interpersonales en la primera infancia y que son mantenidas por la situación presente. No niega el papel del factor genético y orgánico en diferentes enfermedades, aunque primordialmente plantea que son consecuencia de interacciones personales, por lo tanto el terapeuta trata de reeducar al paciente corrigiendo de algún modo las experiencias que estén en relación a otras personas. Otras fomentan una relación interpersonal entre ambos, propiciando que el paciente transfiera al terapeuta los conflictos y deformaciones que caracterizan las acciones recíprocas con los demás. La transferencia puede ser la esencia de la relación con el terapeuta. Dentro de los procesos terapéuticos hay grandes diferencias entre estos, algunos se basan en las interpretaciones, otros dejan que el paciente llegue a esta como evidencia de la mejoría, otros centran su trabajo en las experiencias presentes, mientras otros lo hacen en el pasado, a pesar de estas diferencias no se ha observado que estas sean las causas de

los resultados de las distintas escuelas, ya que estos son semejantes. Sin embargo se pueden establecer aspectos comunes que intervienen en la efectividad de la psicoterapia que es una relación de respeto mutuo, que el paciente experimente confianza en el terapeuta para expresarse libremente lo que le permite un mayor conocimiento de sí mismo, se debe aclarar que toda psicoterapia incluye un cierto grado de interpretación.

Dentro de las psicoterapias existen las de apoyo que se sugieren en los casos en que lo indicado es reforzar los mecanismos de defensa o cuando estos se están descompensando lo que se busca es recuperar la adaptación previa satisfactoria o efectuar un ajuste en la estructura actual de la personalidad del paciente y se vuelve interpretativa según vaya avanzando el proceso. Se insistirá sobre la realidad actual del paciente, se usó también en casos de una pena temporal, en situaciones de depresión o crisis transitoria de personalidad. La psicoterapia interpretativa busca un cambio en la estructura de la personalidad más que armonizarla solamente, deberá tener una integración adecuada para soportar la angustia provocada por la interpretación, esta deberá ser clara precisa y concreta para que sea útil, se incluye asociación libre e interpretación de sueños de la transferencia y la resistencia emocional que causa la distorsión de la relación con los demás, los logros deben ser por parte del paciente, se puede establecer relación activa con el paciente, esta técnica se ha empleado con algunos casos de esquizofrenia y en algunos borderline.

Otras técnicas empleadas como terapéuticas son las drogas, electrochoques, coma insulínico y la psicocirugía (ésta muy raras veces), manipulación de ambiente personal, social y familiar.

Las drogas pueden usarse con la finalidad de facilitar la comunicación con el pa -

ciente bloqueado para disminuir la angustia, por otro lado se intentara intensificar el pensar, en los casos que predomine el proceso primario, en los que los pacientes no se puedan concentrar, esto es, evita fortaleciendo la función sintética del yo. - Se utilizan también los antidepressivos aunque no resuelve totalmente la depresión - aguda, ayuda al paciente a seguir con su rutina diaria, se considera sin embargo - que son más efectivas que las terapias electroconvulsivas para los casos depresivos. Se han convertido en sustituto eficaz de los comas insulínicos y de la psicocirugía.

El tratamiento electroconvulsivo puede emplearse en casos que presenta conductas de autocastigo, las depresiones seniles, a menos que sea por cambios artereoscleróticos cerebrales. Es recomendable en casos que presentan riesgo de suicidio o cuando es imposible la comunicación. Aunque se recomienda para pacientes depresivos también se han encontrado resultados positivos con pacientes en fase maniaca.

La psicocirugía también llamada lobotomía, es una intervención que consiste en interrumpir la conexión entre el talamo y el lóbulo. Se acepta que el núcleo dorso-medial del talamo es el sustrato físico de las emociones y las fibras que lo conectan con los polos frontales son los que los relacionan con la experiencia consciente de la emoción y se ha observado que la interrupción de esta conexión ayuda mucho en el control de los estados emocionales patológicos, esto es, se trata de que el componente emocional de las neurosis o las psicosis se reduzca al punto de que las ideas, ya no dominen la conducta del paciente, esta intervención no altera la capacidad para el trabajo productivo y adaptativo y adaptación al ambiente social. Solo se recomienda en los casos en que se han intentado otros tratamientos, incluso el de drogas y el de choque, aunque desde la aparición de las drogas tranquilizantes el uso de la cirugía ha disminuido considerablemente.

Ahora considerando todos estos elementos que nos dan una clara visión de la situa-

ción actual del paciente psiquiátrico en México trataremos de relacionarlo con los conceptos de actitud previamente revisados y posteriormente tratar de encontrar la confirmación teórica de las investigaciones realizadas sobre el tema de las actitudes hacia la enfermedad mental en diferentes partes del mundo.

Actitud hacia la enfermedad mental.

Partiendo de la definición de actitud dada por Thurstone (1937) "la actitud es la suma total de las inclinaciones y sentimientos del hombre, prejuicios o desviaciones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones sobre cualquier tópico específico. (citado por Stefani, 1977).

Consideramos que el objeto o tópico específico de este estudio es la enfermedad mental, podemos retomar la definición que de esta hace Merton (1957) como "una desviación" de la conducta del enfermo mental respecto de las normas y expectativas que rigen la interacción en un grupo social (Stefani, 1977). Las conductas desviadas son respuestas a situaciones culturales que generan altas tensiones y que no proveen oportunidades socialmente legítimas que permiten su reducción.

Ahora bien, al estudiar las actitudes las consideramos como determinantes probables del comportamiento y aceptamos la definición de actitud hacia la enfermedad mental dada por Stefani (1977) como "Una predisposición del individuo adquirida, directa o indirectamente, que lo conduce o evaluar positiva o negativamente la enfermedad mental. Esta predisposición en interacción con características disposicionales y situacionales, lleva al individuo a actuar frente al trastorno psiquiátrico dentro de un continuo que varía desde una respuesta desfavorable hasta una netamente favorable". Considerando como una actitud desfavorable las opiniones de que el enfermo mental es egoísta, violento y agresivo, considerarlo como fracasado en la vida, como culpable de su enfermedad y considerarlo como motivo de vergüenza para la familia, además de negarles oportunidades de reintegración a la sociedad por pensar que sus capacidades están limitadas, etc. Mientras que una actitud favorable será en la que se opine que el enfermo no es causa de desprestigio para la familia, que siente deseos de ayudarlos dentro de los hospitales psiquiátricos, permite su reintegración pensando que son capaces de desempeñarse en cual-

quier empleo, además de considerar posible su recuperación, etc.

A través de la revisión histórica realizada previamente se ha observado que la actitud hacia la enfermedad mental ha sido de rechazo, que ésta condición crea por su misma incomodidad en la gente, debida generalmente a la ignorancia de sus causas, síntomas y tratamiento. En los casos en que a una persona le ha sido colocada esta etiqueta, ésta tiene que enfrentar las consecuencias asociadas a este estigma, como son la marginación y la segregación del grupo social.

Incluso a nivel de atención, esta es diferente de acuerdo a la política gubernamental en el área de salud, ya que el presupuesto, instalaciones y atención profesional así como satisfacción de necesidades básicas, no son equiparables con las destinadas a pacientes con enfermedades físicas.

Es aquí donde cabe preguntarse si estos fenómenos pueden ser explicados a partir de las actitudes existentes en la población hacia la enfermedad mental. (Vida y Muerte del Mexicano, La Salud desigual en México, Daniel López Acuña).

Estudios previos sobre el tema.

Los estudios realizados con respecto a la actitud hacia la enfermedad mental son relativamente pocos y la mayor parte de ellos se ha realizado en los Estados Unidos de Norteamérica. (Sociedad, Salud y Enfermedad Mental E. Guinsberg.).

Los 2 primeros estudios fueron los de Ramsey y Seipp en los 40's, el primero sobre opinión pública e información sobre la salud mental, y el segundo actitudes y opiniones sobre la enfermedad mental (Leon, 1971). Posteriormente en 1951, Woodward realizó el de cambio de actitudes sobre la enfermedad mental y su tratamiento

(León, 1971), en estos tres se empleó una población limitada a ciertas comunidades de Estados Unidos y fué hasta 1955 cuando Star realizó una encuesta a nivel nacional sobre opiniones públicas hacia el trastorno mental y mas adelante en 1957 otra sobre el lugar del psiquiatra en el pensamiento popular, sin embargo ninguna de estas dos investigaciones de Star ha sido publicada hasta la fecha (León, 1971). En estas investigaciones se encontró gran discrepancia entre la imagen que tiene el público y la que tiene el psiquiatra con respecto al enfermo mental, además de hacer evidente la falta de percepción por parte del psiquiatra de la imagen popular del enfermo mental.

Gilbert y Levinson en 1956 encontraron indicadores de que el grado de autoritarismo covaría con la actitud hacia el enfermo mental, además de que existen creencias acerca de que el enfermo mental pertenece a una clase inferior a la de los normales (Stefani, 1985). También en 1957 pero en Canada Cumming y Cumming investigaron también la opinión en una comunidad después de un programa educativo dirigido a modificar la actitud hacia el enfermo mental en sentido positivo, encontrando temor en la población y una clara intención de segregación a través de la internación hospitalaria, en resumen se demostró que hay un actitud negativa o de rechazo hacia el enfermo mental. En 1958, Hollingshead y Redlich utilizaron como variable el nivel social, determinando este a través del índice de posición de Hollingshead (León, 1971), encontrando que hay una actitud de mayor aceptación por las clases bajas que por las altas. En 1960 Guria realizó también un estudio bastante extenso sobre el punto de vista de los americanos sobre su propia salud mental. (León, 1971).

Nunnally y Jum (1957 y 1961 en Gutiérrez, 1983), trabajaron sobre el concepto popular de salud mental, encontrando poca información sobre la realidad de los enfer

mos mentales además de que esta no es expresada con seguridad. Observaron también que un nivel escolar alto permitía rechazar creencias sobre las causas de la enfermedad mental.

Lemkau y Crocetti (1962) en Baltimore obtuvieron datos contrastantes en el sentido de que hay en la población pesimismo en el sentido de la curación del enfermo mental, se puede pensar que las diferencias se deben sólo al paso del tiempo (casi 10 años) con respecto a las primeras investigaciones sobre el tema (Gutiérrez, 1983)

En Latinoamérica Adis Castro y Waisanen (1965, 1966 y 1967) realizaron tres trabajos en Costa Rica y Colombia, el primero refiriéndose al lugar de residencia y las actitudes hacia el enfermo mental, el segundo sobre el contexto socioeconómico de las actitudes hacia el enfermo mental y el tercero sobre modernidad y tolerancia el caso de la actitud hacia la enfermedad mental. Los tres estudios fueron realizados a nivel nacional y se observó que hay una orientación negativa hacia el enfermo mental, la enfermedad mental el tratamiento psiquiátrico los hospitales psiquiátricos así como una notable ignorancia sobre la naturaleza de la enfermedad mental (León, 1971).

Otro de los estudios importantes es el de Dohernwend y Chin-Shong (1967) en Nueva York, encontrando que la clase social tenía una marcada intolerancia hacia la conducta desviada, no reconocían la conducta patológica y en los casos evidentes lo catalogaban de conducta antisocial grave. Cuando calificaban a un sujeto como enfermo mental lo rechazaban en un mayor grado que los de la clase alta, esto puede deberse a que la clase baja tiende a obstaculizar la función de las campañas educativas sobre salud mental (Stefani, 1979).

Mulford y Murphy (1968) realizan otro trabajo de los considerados clásicos en esta área, en el cual encuentran un gran consenso en cuanto al rechazo hacia el enfer-

mo mental, encontrando algunos patrones evidentes subyacentes a esta actitud como son la edad (los jóvenes son menos rechazantes), posición social (los de posición alta son más optimistas y tienen más conocimientos sobre la enfermedad mental), y sexo (los hombres tienden a ser más tolerantes que las mujeres). (León, 1971).

Colombo (1967) en Isla Maciel Argentina que es una zona urbana estudió las variables socioculturales en la enfermedad mental encontrando que hay más rechazo - hacia la palabra locura que hacia el término de enfermedad mental, lo que de alguna manera evidencia un tipo de defensa ante la ansiedad creada por este término. No se reconoce claramente los casos de psicopatología, además de presentar una actitud segregante en el sentido de ocultar la enfermedad y ver al enfermo - como peligroso (Gutiérrez, 1983).

En 1970 Benz y Edgerton postulan que hay líderes de una comunidad que ejercen una gran influencia sobre las normas sociales y son considerados como determinantes en el proceso de formación y cambio de actitudes. (Gutiérrez, 1983).

León y Macklin (1971) en Colombia estudiaron las opiniones comunitarias acerca de la enfermedad mental y su tratamiento. En este trabajo consideraron la edad, - sexo y nivel social encontrando un gran nivel de confusión y nociones equivocadas - sobre la naturaleza de la enfermedad mental. Se tiende a pensar en la enfermedad mental en términos físicos, encontrando que los jóvenes de clase social alta - tienen una visión más clara del trastorno mental, y en cuanto al sexo son mínimas las diferencias. En general se encontraron actitudes de rechazo hacia la enfermedad mental.

Insua (1974) en Argentina consideró el grado de instrucción, encontrando una actitud ambivalente, rechazo y deseo de ayudar, además es notoria la inclinación ha -

cia considerar la enfermedad mental como culpable de su estado, en vez de culpar al hospital de su tratamiento ineficaz, lo mas importante encontrado por Inswa es que a medida que aumenta el nivel escolar es mas favorable la actitud hacia la enfermedad mental (Gutiérrez, 1983).

Posteriormente en 1977, Stefani desarrolla en Argentina la escala hacia la enfermedad mental que emplea en su estudio de 1979 sobre actitud hacia la enfermedad mental y nivel socioeconomico, donde pretende medir la actitud de la población en general, sujetos no comprometidos con el área de salud mental y la relación entre los puntajes obtenidos en la escala de actitudes y las variables sexo, edad y nivel socioeconomico. Encontró los siguientes resultados, observó que en su población había una actitud favorable hacia el enfermo mental con respecto a su escala y en cuanto a la relación con la variable nivel socioeconómico encontró que ésta influye significativamente en las actitudes, aunque cabe aclarar que no hubo una buena distribución muestral con respecto a la edad, por lo que toca a la variable sexo tampoco encontró diferencias significativas con respecto a los puntajes obtenidos en su escala de actitud.

En México se realizó en 1983 un estudio con características semejantes, este estudio fué realizado por Rodríguez y Pozos en la colonia Ruiz Cortines del D.F. observando que las actitudes de la comunidad hacia el enfermo mental son de rechazo y que ésta actitud está en relación con la ocupación de la persona. Encontraron que hay pequeños sectores que aceptan al enfermo mental, siempre y cuando no se establezcan relaciones interpersonales que impliquen mayor cercanía. Encontrando también que hay desconocimiento de la etiología de la enfermedad, aunque hay aceptación sobre la ubicación de instituciones psiquiátricas.

→ En este estudio se empleó una escala de actitudes con características semejantes

a la empleada por Stefani (1979). Este trabajo estuvo encaminado mas que nada a identificar el rol del psicologo en esa zona y complementarlo con la actitud hacia la enfermedad mental y fué enfocado mas bien a determinar las necesidades existentes de servicios de salud en la comunidad.

Finalmente en 1985, Stefani intenta predecir a partir del grado de autoritarismo la actitud hacia la enfermedad mental, encontrando que su muestra posee un grado medio de autoritarismo y una actitud levemente favorable hacia la enfermedad mental, y explica que las variaciones en los puntajes en la escala de actitud se deben en algunos casos a la edad y la posición social.

CAPITULO IV

METODO

1.- Planteamiento del Problema.

A través de la información histórica existente con respecto a los enfermos mentales, se ha visto que estas personas han sufrido en todas épocas y latitudes, de una persecución, segregación y marginación constantes. Se les ha aislado por representar un sector disidente de la sociedad, un sector que se revela a las normas o que simplemente no las asume. Esta situación les ha traído inherentemente una actitud negativa por parte de la población en general, incluso de su propia familia y no solo de quienes detentan el poder.

Esta actitud negativa limita la posibilidad de rehabilitación y reintegración social de una manera integral, se les coarta la participación en actividades sociales que impliquen un cierto grado de responsabilidad. Legalmente se les recluye en lugares diseñados para su curación, sin saber si la persona quiere "curarse" o no, se les priva de sus derechos civiles y en ocasiones hasta de sus derechos humanos. Son víctimas de burlas cuando están en contacto con gentes "normales", sirviendo como una especie de esponja que absorbe los aspectos negativos de la sociedad; un ejemplo claro de esta situación es que en los medios de información siempre que se comete un delito grave, se trata de encontrar relación del delincuente con alguna enfermedad mental.

Por todo esto es importante dar una difusión objetiva del problema de la enfermedad mental, evitar la satanización de estas personas y crear una situación de mayor aceptación para ellos. De este modo podemos plantear como problema de investigación: "¿Qué tipo de actitud hacia la enfermedad mental existe en la población no comprometida con el área de la salud mental?".

2.- Objetivos.

General: Identificar de acuerdo a las características de sexo, edad y nivel escolar de los integrantes de la muestra, la actitud hacia la enfermedad mental.

Específicos: Establecer en cada uno de los grupos a investigar cuál es la actitud hacia el enfermo mental, encontrar la variabilidad de ésta, de acuerdo a cada una de las variables independientes y posteriormente, considerar la interacción de éstas sobre la actitud, estableciendo cuál variable en interacción con cuál otra provocan una actitud más o menos favorable hacia la enfermedad mental.

3.- Hipótesis.

Conceptual: De acuerdo con los datos reportados por Stefani (1977) y otros, sobre factores que determinan la actitud hacia la enfermedad mental, podemos plantear que "Hay una actitud más favorable hacia la enfermedad mental en hombres con nivel escolar alto de cuarenta años, que en las mujeres de nivel escolar bajo y de entre dieciocho y veinticinco años de edad".

Hipótesis de Trabajo:

H01: "No habrá diferencias en la actitud hacia la enfermedad mental considerando sólo el sexo".

H11: "El sexo de los participantes causará diferencias en la actitud hacia la enfermedad mental".

H02: "No habrá diferencias entre los grupos de edad con respecto a la actitud hacia la enfermedad mental".

- Hi2: "La edad será un factor diferencial sobre la actitud hacia la enfermedad mental".
- Ho3: "No habrá diferencias en la actitud hacia la enfermedad mental entre los integrantes de los diferentes niveles escolares".
- Hi3: "La actitud diferirá entre los integrantes de diferentes niveles escolares".
- Ho4: "La interacción de las variables sexo y edad no es factor causal en el tipo de actitud hacia la enfermedad mental".
- Hi4: "La interacción de las variables sexo y edad es factor causal en el tipo de actitud hacia la enfermedad mental".
- Ho5: "La interacción de las variables sexo y nivel escolar no es factor causal en el tipo de actitud hacia la enfermedad mental".
- Hi5: "La interacción de las variables sexo y nivel escolar es factor causal en el tipo de actitud hacia la enfermedad mental".
- Ho6: "La interacción de las variables edad y nivel escolar no es factor causal en el tipo de actitud hacia la enfermedad mental".
- Hi6: "La interacción de las variables edad y nivel escolar es factor causal en el tipo de actitud hacia la enfermedad mental".
- Ho7: "La interacción de las variables sexo, edad y nivel escolar no determina el tipo de actitud hacia la enfermedad mental".

Hi7: "La interacción de las variables sexo, edad y nivel escolar determina el tipo de actitud hacia la enfermedad mental".

Variables:

Variables Independientes: Estas variables son las características que están contenidas en los sujetos de la muestra, por lo que fueron controladas más que manipuladas, esto es lo adecuado al tipo de investigación que se realizó (Kerlinger 1979). - La manera en que se controlaron fue formando grupos con características diferentes, con el objeto de contrastar los resultados entre ellos, para así determinar el grado de influencia de cada una de las variables independientes sobre la dependiente (en este caso la actitud hacia la enfermedad mental).

Definición de las Variables:

Sexo: Se consideraron sujetos de ambos sexos, debido a los resultados de investigación previas, en el sentido de que es un factor que influye en la actitud hacia la enfermedad mental. Hasta la fecha estos resultados, lo que indican es que hay un rechazo hacia la enfermedad por parte de las mujeres más que de los hombres.

Edad: La edad pese a ser una variable continua se agrupó en dos rangos: 1) De 18 a 25 años, ya que pese a que se ha superado la adolescencia, no se ha (en el mayor de los casos), llegado a una estabilidad ni emocional ni económica que permita tener un criterio firme que deje asumir posiciones definidas hacia un tema en específico como la enfermedad mental. Además, en esta época es cuando se inician los estudios profesionales y la conjugación de estas características juega un papel importante en las actitudes, incluida, la que existe hacia la enfermedad mental. 2) Mayores de 40 años, ya que es una edad considerada como de ma

por estabilidad emocional y económica, lo cual resulta altamente significativo como elemento de contraste con las actitudes de los jóvenes.

Nivel Escolar: Este fué considerado a partir del grado escolar cursado hasta el momento de la aplicación. En esta variable también se establecieron dos niveles: 1) Primaria, que es el nivel educativo elemental; se consideró como límite el 6o. año, el cual fué establecido a partir de los datos de Clark y Bincks (1966), que observaron que un nivel educativo bajo, está asociado con una actitud negativa hacia la enfermedad mental. 2) Profesional, retomando esta base empírica, se contrastaron los puntajes de la escala de actitud con el nivel escolar bajo, suponiendo que el nivel alto sería más tolerante hacia la enfermedad mental. Este nivel alto de escolaridad se consideró a partir del primer semestre de cualquier carrera a nivel profesional.

Variable Dependiente:

La variable dependiente es la actitud hacia la enfermedad mental, entendiéndose por ésta: "Una predisposición del individuo, adquirida directa o indirectamente, que lo conduce a evaluar positiva o negativamente la enfermedad mental. Esta predisposición en interacción con características disposicionales, lleva al individuo a actuar frente al trastorno psiquiátrico dentro de un continuo que va desde una respuesta favorable hasta una netamente desfavorable". (Stefani 1977). Esta variable fué evaluada a través de una Escala de Actitud hacia la enfermedad mental, desarrollada por Stefani (1977), la cual permite la actitud en un continuo favorable-desfavorable con respecto a la enfermedad mental. Una descripción más detallada de la escala se encuentra en el apartado de Instrumento en esta misma sección.

Variables Extrañas:

El nivel socioeconómico fué la única variable que se mantuvo relativamente fuera de control, aunque para tratar de mantener cierta uniformidad en la muestra, se estableció un rango de ingresos que sería el indicador de que los sujetos pertenecen al mismo nivel económico; este rango fué el equivalente a un salario mínimo hasta el equivalente a cuatro salarios mínimos en el momento de la aplicación; - este rango fue establecido de manera arbitraria y sólo cumple la función de unificar, de alguna manera la muestra.

● **Criterios de Exclusión:**

Cabe aclarar que se estableció una regla de exclusión que consistió en dejar fuera de la muestra a todas las personas, que por su formación profesional y actividad laboral, tengan información sobre el problema de la salud mental, lo que pudiera dirigir en alguna dirección con respecto a la enfermedad mental; estos casos fueron: médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales, sociólogos, antropólogos, afanadoras, etc.

Tipo de Estudio:

Este trabajo, por sus características pertenece a los llamados ex-post-facto de campo, el cual se distingue por: a) El fenómeno que se tomó como objeto de estudio (la actitud hacia la enfermedad mental) no fue producto de ningún tipo de manipulación experimental, sino que éste ya se encontraba presente aún antes de iniciarse la investigación. Premisa fundamental y de la cual parte este tipo de estudio: b) No existió una manipulación directa de las variables independientes (sexo, edad y nivel escolar), ya que al ser "características humanas que son imposi -

bles o al menos difíciles de manipular" (Kerlinger 1981) y que pertenecen a la categoría de las llamadas variables atributivas; únicamente quedó como alternativa, el controlarlas de la manera en que se especifica en los apartados de variables y población; c) La asignación de los sujetos de la muestra a los grupos, no fue hecha aleatoriamente, ya que por tener que presentar características bien definidas existió una "autoselección" de estos a los grupos; además de que la muestra es no probabilística, intencionada por cuotas; d) Por último, la investigación buscó relaciones sistemáticamente entre la actitud hacia la enfermedad mental (VD) y el sexo, la edad y el nivel escolar (Vs Is) directamente en la comunidad esto es, se observó la situación social y luego se examinó la actitud; de ahí que el estudio sea considerado de campo.

Tipo de Diseño.

Se empleó un diseño factorial de tipo 2×2 , de acuerdo con el número de variables controladas, con dos niveles cada una. Como resultado de este tipo de diseño se obtuvo una matriz con ocho celdillas, una para cada uno de los grupos en que se dividió la muestra.

Tipo de Muestra.

El tipo de muestra empleada en este trabajo fue: no probabilística intencionada por cuotas. Esto es que se buscó entre la población en general aquellos sujetos que reunieran las características de sexo, edad y nivel escolar antes señalados. Este tipo de muestra exige, para que los resultados puedan ser generalizables, una cantidad mínima de 30 sujetos; en este caso al formar ocho grupos con características diferentes cada uno, la muestra total fue de 240 sujetos distribuidos de la siguiente manera:

| Grupo: | Integrantes: |
|--------|------------------------------------|
| 1 | 30 hombres jóvenes con primaria |
| 2 | 30 hombres adultos con primaria |
| 3 | 30 hombres jóvenes con profesional |
| 4 | 30 hombres adultos con profesional |
| 5 | 30 mujeres jóvenes con primaria |
| 6 | 30 mujeres adultas con primaria |
| 7 | 30 mujeres jóvenes con profesional |
| 8 | 30 mujeres adultas con profesional |

Escenario.

Este tipo de estudio por sus características no es susceptible de realizarse en un escenario específico. Sólo se puede mencionar que se procuró que el lugar en que se realizara, reuniera las condiciones adecuadas de iluminación, ventilación y comodidad para el cuestionado. Por otra parte se realizó íntegramente en la ciudad de México.

Procedimiento.

Una vez que se elaboró la matriz 2x2x2 y se establecieron cada uno de los grupos, se procedió a conformar la muestra, aplicando a cada uno de los sujetos la escala en el momento de ser localizados.

Se les proporcionaba el cuestionario y un lápiz, el cuestionario incluía las instrucciones necesarias para ser contestado, sin embargo, en algunos casos hubo la necesidad de dar las instrucciones verbalmente. La aplicación del cuestionario tardaba entre 40 minutos y una hora y se hizo en forma individual, tratando, como se dijo arriba, de reunir las condiciones de aplicación adecuadas para el sujeto.

No se puede decir que haya existido una disposición total de parte de los sujetos para responder el cuestionario, sin embargo se consiguió reunir la muestra en su totalidad. La aplicación de los 240 cuestionarios fue realizada en el mes de mayo de 1986.

Instrumento.

El instrumento de medición que se utilizó en esta investigación fué la Escala de Actitudes Hacia la Enfermedad Mental, creada por Stefani (1977), la cual consta de 59 reactivos no ambiguos, estructurados según la técnica de intervalos sucesivos de Thurstone (1937); la cual permite ubicar la actitud en un continuo favorable-desfavorable con respecto a la enfermedad mental.

La escala presenta una validez de tipo interjueces, ya que la autora pidió a los jueces clasificar los reactivos originales en aquellos que presentarán, según su criterio, una actitud favorable, neutra o bien desfavorable hacia la enfermedad, para luego desechar aquellos que presentaran un desvío estandar mínimo no mayor de 1.60.

Por otro lado la confiabilidad del instrumento radica en ser invariante con respecto a la edad y la ocupación, esto es, en el estudio original se eliminaron los reactivos en que había diferencias significativas de estas variables, diferencias que se obtuvieron mediante una "prueba de diferencias de medidas para muestras independientes" fijándose un nivel de probabilidad de .01. Dentro de la escala se considera como actitud favorable a los puntajes entre 7 y 4.1; los puntajes neutros, esto es, que no muestran una actitud ni favorable ni desfavorable, a los que caen entre 4 y 3.1 y los negativos o desfavorables a los obtenidos entre 3 y 1.

Para la aplicación de esta escala a la presente investigación fue necesario hacer un piloteo de la misma, para corroborar la comprensión de los reactivos; lo que se realizó con 10 sujetos, los cuales no presentaron ningún problema para la comprensión de éstos.

Tratamiento Estadístico.

Partiendo de los objetivos general y específicos de la investigación y del tipo de diseño utilizado, el tratamiento estadístico al que se sometieron los datos fué el Análisis Factorial de Varianza, ya que permite dar respuesta directa a las hipótesis emanadas del diseño del estudio. Esto es, las ventajas que presenta este tipo de análisis es, que representa una posibilidad más integral de aproximarse a un problema, ya que no se limita a la observación del efecto de una variable sobre -

otra, sino al efecto de un grupo de ellas sobre otra. En muchas investigaciones en que se analiza el efecto de una sola variable sobre otra, en ocasiones solo muestra que el efecto de ésta sobre la otra, no es suficientemente significativo para considerarlo como factor causal, esto frecuentemente aún y cuando se estudien varias variables a la vez, pero cada una de manera independiente, esto es, sin observar su interacción. Tratando de evitar esto es que se eligió este tipo de tratamiento, ya que el "análisis factorial de varianza es el método estadístico que (permite analizar) los efectos independientes e interactivos que ejercen dos o más variables independientes, sobre la variable dependiente" (Kerlinger 1979).

CAPITULO V

RESULTADOS:

La interpretación de los resultados se hizo a través de un análisis factorial de varianza, el cual proporciona diversas posibilidades de evaluación de las variables, a nivel intragrupos y sobre todo, permite realizar un análisis de la interacción de dos o más variables. Lo que a su vez posibilita llegar a conclusiones más específicas con respecto a la casualidad de un evento; en este caso la actitud hacia la enfermedad mental.

Las variables que fueron consideradas, por ser características constitutivas de los sujetos, permitieron agruparlos de acuerdo a la posesión de cada una de éstas en cualquiera de sus dos niveles y proceder a hacer el análisis de la actitud hacia la enfermedad mental a partir de estas características. (ver cuadro 1.)

Cuadro 1. Distribución de la Muestra de Acuerdo a las Variables Independientes.

| <u>SEXO (A)</u> | | | |
|------------------------------|-------------------------|----------------------|-------------------------|
| <u>HOMBRES (A1)</u> | | <u>MUJERES (A2)</u> | |
| <u>ESCOLARIDAD (C)</u> | | | |
| <u>PRIMARIA (C1)</u> | <u>PROFESIONAL (C2)</u> | <u>PRIMARIA (C1)</u> | <u>PROFESIONAL (C2)</u> |
| <u>EDAD (B)</u> | | | |
| <u>JOVENES (B1)</u> A1 B1 C1 | A1 B1 C2 | A2 B1 C1 | A2 B1 C2 |
| <u>ADULTOS (B2)</u> A1 B2 C1 | A1 B2 C2 | A2 B2 C1 | A2 B2 C2 |

Con el análisis factorial de varianza se puede observar que las tres variables independientes consideradas en este trabajo, varían independientemente pero además interactúan de una manera conjunta para producir una modificación en la variable dependiente.

Como ya se mencionó en el capítulo anterior, las variables independientes que fueron consideradas en este estudio son: la edad, el sexo y el nivel escolar y la variable dependiente es la actitud hacia la enfermedad mental.

Como se estableció en el capítulo de metodología, el objetivo general de la investigación era identificar el tipo de actitud existente entre la población no comprometida con el área de la salud mental. Partiendo de esto, en los datos se encontró que existe, en contraposición a la mayoría de las investigaciones previas realizadas sobre el tema, una actitud, que si bien no es de aceptación total, si manifiesta una disposición de la muestra a aceptar al enfermo mental. Esto es, que de acuerdo a la escala que se aplicó las puntuaciones que se obtuvieron se agruparon hacia el lado de una actitud favorable, aunque en cierto grado cercanos a la neutralidad. Partiendo de estos resultados se puede decir que la hipótesis conceptual no puede ser confirmada, ya que no se presentaron diferencias actitudinales en ninguno de los grupos.

El resultado del análisis de la varianza total (ver cuadro 2) fue indicador de que la evidencia empírica encontrada no es generalizable, lo cual puede ser explicado a partir de que se empleó una muestra pequeña, que las variables consideradas no fueron las suficientes para obtener resultados más confiables y la delimitación poblacional fué muy amplia.

Cuadro 2. Análisis de Varianza Intra e Intergrupos

| Fuente | g.l. | s.s. | m.s. | F |
|--|------|--------------|----------|-----------|
| Dentro de los grupos | 1912 | 79,392,259.7 | 4,178.48 | .37(n.s.) |
| Entre los grupos | 7 | 11,107.74 | 1,586.82 | |
| Simbología: g.l.: grados de libertad; s.s.: suma de cuadrados; m.s.: media de cuadrados. F: razón F; n.s.: no significativa. | | | | |

Cuadro 3. Análisis Final de Varianza.

| Fuente | g.l | s.s. | m.s. | F |
|---------------------------|------|---------------|--------------|-----------|
| Entre sexo (A1, A2) | 1 | 5,817.89 | 5,817.89 | 1.39 * |
| Entre edades (B1, B2) | 1 | 5,816.27 | 5,816.27 | 1.39 * |
| Entre escolaridad (C1,C2) | 1 | 5,438.60 | 5,438.60 | 1.30 * |
| Interacción: AXB | 1 | 1'733,404.80 | 1'733,404.80 | 414.84 ** |
| Interacción: AXC | 1 | 1'733,747.40 | 1'733,404.40 | 414.92 ** |
| Interacción: BXC | 1 | 1'733,739.00 | 1'733,739.00 | 414.92 ** |
| Interacción: AXBXC | 1 | 1'730,921.20 | 1'730,921.20 | 414.24 ** |
| Dentro de los grupos | 1912 | 79'392,253.70 | 4,178.48 | .37 * |

* No significativo.

** Significativo al .001.

Simbología: g.l.: grados de libertad; s.s.: suma de cuadrados; m.s.: media de cuadrados; F: razón F.

Por otro lado, en el cuadro 3 que contiene los resultados referentes a la influencia que ejercen las variables independientes sobre la variable dependiente, por sí solas y en sus interrelaciones, se ve que: En la primera, que se refiere a la influencia que ejerce el sexo en la actitud, se encontró una razón F de 1.39, lo que muestra que no hay significación en cuanto al efecto que tiene la primera sobre la segunda; hecho que conduce a la aceptación de la hipótesis nula: "No habrá diferencias en la actitud hacia la enfermedad mental considerando solo el sexo".

En segundo lugar, la influencia que ejerce la edad sobre la actitud, al tener una razón F de 1.39 y no ser significativo, muestra la poca a nula ingerencia que guarda una variable con la otra, lo cual lleva a la aceptación de la hipótesis de nulidad; "No habrá diferencias entre los grupos de edad con respecto a la actitud hacia la enfermedad mental".

Por lo que toca a la influencia que tiene la escolaridad en la actitud, sucede lo mismo que en las anteriores variables, ya que con una razón F de 1.30, que no es significativa para los datos, se acepta la hipótesis nula que dice: "No habrá diferencia en la actitud hacia la enfermedad mental entre los integrantes de los diferentes niveles escolares".

De la interacción de las variables independientes sexo y edad se obtuvo una razón

F de 414.84, que se encuentra en un nivel de significancia de .001, lo cual refleja una alta influencia de éstas en la determinación del tipo de actitud; lo que lleva a rechazar la hipótesis nula y aceptar la alterna: "La interacción de las variables sexo y edad es factor causal del tipo de actitud hacia la enfermedad mental".

Con una razón F de 414.92, significativa al .001, se dió la interacción de las variables sexo y nivel escolar en relación a la ingerencia que poseen sobre la actitud, lo que conduce a aceptar la hipótesis alterna: "La interacción de las variables sexo y nivel escolar es un factor causal en el tipo de actitud hacia la enfermedad mental".

En la interacción de las variables edad y nivel escolar, la razón F fué de 414.92, que como en las dos interacciones anteriores es significativa a un nivel de .001, lo que muestra una alta influencia de estas variables en la actitud; hecho que conduce a rechazar la hipótesis nula y aceptar la alterna, "La interacción de las variables edad y nivel escolar es factor causal en el tipo de actitud la enfermedad mental".

Por último, en la interacción que incluye a las tres variables simultaneamente, se encontró una razón F de 414.24 que es significativa para los datos, a un nivel de .001, lo que hace que esta interacción de variables influya de manera muy significativa en la actitud. Aquí, la hipótesis alterna: "La interacción de las variables, sexo edad y nivel escolar determinan el tipo de actitud hacia la enfermedad mental", es la que se acepta.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y APORTACIONES:

CONCLUSIONES:

Partiendo de los resultados obtenidos en esta investigación, en relación a la influencia del sexo sobre la actitud, existe concordancia con los datos de Leon y Mc Clin (1971) en el sentido de que el sexo no es un factor determinante en el establecimiento de una actitud hacia la enfermedad mental.

Por otro lado no existe concordancia de los resultados de Mulford y Murphy (1968), con los obtenidos aquí, ya que estos autores plantean que la actitud de los jóvenes será menos rechazante que la de los adultos, además de que incluyen al sexo como determinante en el tipo de actitud.

En otro aspecto, los datos obtenidos por Insua (1974), en los cuales encontró que a mayor nivel escolar debe haber una mayor aceptación del enfermo mental, se hallan en contraposición con los arrojados por este estudio.

Los datos del efecto de la interacción entre sexo y edad sobre el tipo de actitud son muy valiosos en el sentido de que apoyan a los encontrados por Stefani (1979) en este mismo aspecto; ya que es sumamente clara la interacción de las dos variables y su efecto determinante sobre la actitud hacia la enfermedad mental.

Asimismo, nuestros datos sobre la interacción de las variables sexo y nivel escolar y su participación en la determinación de la actitud, apoyan a los encontrados por Mulford y Murphy (1968), León y Mc Clin (1971), Insua (1974) y Stefani (1979), quienes mencionaban estas variables como fuertes influencias sobre la actitud hacia la enfermedad mental, aunque ninguno de ellos consideró estos aspectos en un sen-

tido interactivo, sino solo de manera aislada.

Lo mismo sucede con los resultados de la interacción de la edad y el nivel escolar los cuales apuntan a los hallados por Murford y Murphy (1968), Insua (1974) y Stefani (1979) en este sentido.

Por último, en la interacción de las tres variables de manera simultanea, se coincide con los estudios de los autores citados anteriormente. Partiendo de todo lo anterior y retomando el problema de investigación: "¿Qué tipo de actitud hacia la enfermedad mental existe en la población no comprometida con el área de la salud mental?", se puede decir, como conclusión general: que existe una actitud favorable hacia la enfermedad mental en la muestra participante en este estudio, aunque esto en ocasiones se contrapone a los datos empíricos previos. En otras palabras, esto nos muestra que en la población se puede dar una situación de buena disposición, encaminada a la aceptación del enfermo mental.

El identificar esta disposición es un elemento importante en el sentido de que en general hasta ahora, la mayor parte de las investigaciones, al consultar la bibliografía existente, establecen como un hecho que en la población no comprometida con el área de la salud mental se encontraría una actitud de rechazo para el enfermo mental, lo que indirectamente reforzaba la idea de mantener a estas personas en aislamiento, segregación y marginación social.

APORTACIONES:

Como aportaciones de este estudio se proponen dos alternativas de aproximación al problema de la enfermedad mental, una a nivel de difusión y otra a nivel: de tratamiento.

A nivel de difusión se propone que se realice un programa informativo sobre la imagen objetiva del paciente psiquiátrico, esto es, una imagen que no sea satanizada, que no sirva de burla o temor para los integrantes de la sociedad, que no sea una imagen que abserve todos los aspectos negativos de la sociedad, que hace que se deje de asociar a los criminales y delincuentes como enfermos mentales, que haga ver a éstos últimos como personas que padecen alteraciones tan naturales como los de cualquier órgano físico y que como cualquier otro organo puede ser restablecido y con todo esto, como consecuencia facilite la reintegración del paciente a la vida productiva, afectiva y social de su comunidad.

Esta difusión tenderá a reforzar, incrementar y mantener la actitud favorable hacia la enfermedad mental que se encontró en este estudio. Es necesario subrayar la importancia de los datos obtenidos, ya que las investigaciones previas indicaban que existía en general, una actitud de rechazo, por lo que en éste momento de cierta apertura hacia la aceptación del enfermo, se puede favorecer esta actitud mediante la implementación de un programa de difusión, el cual incluya campañas a nivel comunitario, en centros de salud (hospitales generales, clínicas regionales, etc.), en escuelas a todo nivel y en centros laborales.

El diseño y aplicación de este programa permitirá que al reforzar la actitud favorable, el enfermo mental fuera más fácilmente aceptado y lograra su reintegración social.

Por otro lado, nuestra sugerencia a nivel de tratamiento estriba en un modelo de atención que difiera diametralmente de la atención psiquiátrica de custodia tradicional; el cual puede tomar como base a la comunidad terapéutica y asumir objetivos: en primer lugar, el control médico de las manifestaciones de la enfermedad mental, y posteriormente (o al mismo tiempo según el caso) propicia el desarrollo integral del enfermo, que lo lleva a un conocimiento real de sí mismo, lo integre a la vida familiar, al proceso productivo y a la comunidad; haciendolo autónomo, independiente y responsable.

Paralelamente a ésto, y a nivel de los especialistas que se dedican a la atención del enfermo mental, es necesario una consciencia fincada en aspectos humanísticos que haga que éstos brinden una atención con y para el paciente, que redunde en beneficios a éste último.

Por último, el psicólogo, como integrante del grupo interdisciplinario de atención puede y debe ser agente de cambio, creando y desarrollando técnicas, métodos, tácticas y estrategias que contemplen los objetivos de éste modelo, que redunden en beneficio directo en el desarrollo y autoconocimiento del paciente.

CAPITULO VII

LIMITACIONES:

El primer problema que se presentó para la elaboración de este trabajo fué la escasez de bibliografía referente al tema específico. Ya que al parecer esta área de investigación ha tenido muy poca atención; la mayor parte de estos trabajos han sido realizados en Estados Unidos y algunas, esporádicamente en Latinoamérica. Una posible explicación de esto puede ser la dificultad en la implementación de este tipo de investigación.

Para obtener resultados generalizables a toda la población de la Ciudad de México era preciso hacer un estudio en el que estuviera considerada una muestra proporcional a la población total que habita esta ciudad. Ante esta situación se carecía de recursos tanto materiales como humanos. Materiales en el sentido del alto costo de la producción y reproducción del instrumento de medición, el tiempo implicado en la aplicación a una muestra mayor, la falta de un local con las condiciones adecuadas en donde llevar a cabo dicho trabajo y la falta de un proceso computarizado de análisis de datos que incluyera el programa Manova, que es el adecuado para el análisis estadístico propuesto para esta investigación.

Las limitaciones en cuanto a recursos humanos se pueden resumir a través de que la aplicación a una muestra mayor hubiese requerido de un personal capacitado más numeroso.

El acceso a los sujetos integrantes de la muestra fué otra limitación importante ya que al emplear variables atributivas, el localizar a quienes poseyeran estas características y que además estuvieran dispuestos a participar, representó una labor difícil, además de requerir de parte del aplicador llevar a cabo una ardua labor de convencimiento con dichos sujetos.

Por último y quizás la limitación más importante de esta investigación es la poca aplicación del marco teórico a la interpretación de los datos, que sin embargo es explicable si se toma en cuenta el hecho de que se presentaron diferentes perspectivas de aproximación al fenómeno de la enfermedad mental, lo cual hizo, por un lado que si se hubieran interpretado los datos de acuerdo a una sola perspectiva, la información sería tendenciosa; y por otro lado, sería muy difícil hacerlo a la luz de todas y cada una de ellas en un solo estudio; además de que esto no era el objetivo de la investigación.

Queda como propuesta para futuras investigaciones, el interpretar los resultados a raíz de todas y cada una de las aproximaciones, así como también el averiguar en cual de ellas "se basa la actitud a nivel popular".

A P E N D I C E

INSTRUCCIONES:

A continuación se le presentan 59 afirmaciones con respecto a la enfermedad mental. Cada una de ellas tiene en la parte inferior 7 líneas que van desde una actitud totalmente desfavorable en el lado izquierdo, hasta totalmente favorable del lado opuesto, siendo la línea intermedia equivalente a una actitud neutra. Ud. deberá colocar una equis sobre la línea que considere se apega más a su actitud con respecto a cada afirmación.

En caso de que tenga duda, antes de empezar a contestar, pregunte al aplicador. Recuerde poner solo una equis en cada una de las afirmaciones.

Cuest. No. _____

Sexo: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____

Ingresos económicos mensuales: _____

- 1.- Podría ser amigo de un ex-enfermo mental como de cualquier otra persona.
Favorable _____ Desfavorable _____
- 2.- Los enfermos mentales son seres egoistas.
Favorables _____ Desfavorable. _____
- 3.- En un hospital psiquiátrico, si un paciente hace algo incorrecto es obligación del médico hacerlo castigar.
Favorable _____ Desfavorable. _____
- 4.- Los hospitales psiquiátricos no deben ser vigilados por policías.
Favorable _____ Desfavorable. _____
- 5.- El enfermo mental es un ser violento.
Favorable _____ Desfavorable. _____
- 6.- Daño el tipo de enfermos internados en los hospitales psiquiátricos, es inútil - realizar mejoras en las condiciones de las salas.
Favorable _____ Desfavorable. _____
- 7.- Un ex-paciente mental puede ser tan o más responsable que cualquier otra persona que no haya padecido ninguna enfermedad mental.
Favorable _____ Desfavorable. _____

- 8.- Los enfermos mentales son seres agresivos.
Favorable _____ Desfavorable.
- 9.- Los enfermos mentales atacan en forma imprevista.
Favorable _____ Desfavorable.
- 10.- Es difícil reconocer a alguien que alguna vez padeció alguna enfermedad men
tal grave.
Favorable _____ Desfavorable.
- 11.- El trato severo ni ayuda ni perjudica al enfermo mental.
Favorable _____ Desfavorable.
- 12.- No compartiría mi habitación con alguien que haya estado mentalmente en -
fermo.
Favorable _____ Desfavorable.
- 13.- Los enfermos mentales son seres que inspiran a la gente ganas de ayudarlos.
Favorable _____ Desfavorable.
- 14.- Haber sido un enfermo mental es haber fracasado es la vida.
Favorable _____ Desfavorable.
- 15.- La expresión de los ojos de los enfermos mentales es fría y distante.
Favorable _____ Desfavorable.
- 16.- Aunque las personas que han sido pacientes en un hospital psiquiátrico nunca
volverán a ser como antes, son capaces de resolver problemas cotidianos.
Favorable _____ Desfavorable.
- 17.- Los enfermos mentales son seres fácilmente distinguibles por sus diferentes -
modales.
Favorable _____ Desfavorable.
- 18.- Los enfermos mentales poseen los mismos criterios morales que la mayoría de
la gente normal.
Favorable _____ Desfavorable.
- 19.- Una persona es mentalmente enferma a causa de su baja mcral.
Favorable _____ Desfavorable.

20.- El enfermo mental es el único culpable de padecer una enfermedad psiquiá - trica.

Favorable _____ Desfavorable.

21.- Todos los enfermos mentales tienen fuerza de voluntad para curarse.

Favorable _____ Desfavorable.

22.- En ningún caso el enfermo mental es culpable de su enfermedad.

Favorable _____ Desfavorable.

23.- Por más enamorado/a que estuviera no se casaría con alguien que haya pade - cido alguna enfermedad mental grave.

Favorable _____ Desfavorable.

24.- De ningún modo una familia se desprestigia por tener un enfermo mental en - tre ellos.

Favorable _____ Desfavorable.

25.- Los hospitales psiquiátricos deben estar en un lugar aislado para que no per - turben la vida cotidiana de los ciudadanos.

Favorable _____ Desfavorable.

26.- En un hospital psiquiátrico, los pacientes que causen el más mínimo escándalo deben ser rápidamente aislados.

Favorable _____ Desfavorable.

27.- Los pacientes psiquiátricos son capaces de realizar tareas especializadas útiles para la sociedad, aunque estén mentalmente muy enfermos.

Favorable _____ Desfavorable.

28.- En un hospital psiquiátrico, si un enfermero hace chistes y bromea con los pa - cientes, éstos le perderán el respeto.

Favorable _____ Desfavorable.

29.- Es vergonzoso para una familia tener un miembro que sea enfermo mental.

Favorable _____ Desfavorable.

30.- En un hospital psiquiátrico, el paciente requiere de un trato benévolo y com - prensivo.

Favorable _____ Desfavorable.

- 31.- En un hospital psiquiátrico el personal debe ser mas severo con los pacientes.
Favorable _____ Desfavorable.
- 32.- A cualquier persona que haya estado internada en un hospital psiquiátrico no se le debe permitir votar.
Favorable _____ Desfavorable.
- 33.- A la gente le resulta más fácil compartir sus horas de trabajo con un ex-enfermo mental que convivir con él.
Favorable _____ Desfavorable.
- 34.- Las personas que permanecen mentalmente enfermas es porque carecen de fuerza de voluntad para rehabilitarse.
Favorable _____ Desfavorable.
- 35.- La disciplina que se aplica a los pacientes en los hospitales psiquiátricos debe ser muy severa.
Favorable _____ Desfavorable.
- 36.- Los enfermos mentales son capaces de una amistad real.
Favorable _____ Desfavorable.
- 37.- Los enfermos mentales no tienen expresiones en su cara que los haga diferentes de cualquier persona normal.
Favorable _____ Desfavorable.
- 38.- La mayoría de los pacientes mentales tienen deseos de trabajar.
Favorable _____ Desfavorable.
- 39.- Aunque los pacientes dados de alta de un hospital psiquiátrico parezcan curados, no se les debe permitir casarse.
Favorable _____ Desfavorable.
- 40.- Los especialistas tratan de curar a los enfermos mentales, pero en la mayoría de los casos no lo consiguen.
Favorable _____ Desfavorable.
- 41.- Me gustaría ayudar al personal de los hospitales psiquiátricos a cuidar a los enfermos mentales.
Favorable _____ Desfavorable.

42.- Aunque algunos enfermos mentales parezcan estar bien, es peligroso olvidarse por un momento que estan mentalmente enfermos.

Favorable _____ Desfavorable.

43.- Todos los enfermos mentales inspiran miedo.

Favorable _____ Desfavorable.

44.- En la mayoría de los casos los pacientes psiquiátricos que fracasan en su recuperación, deben culparse a sí mismos.

Favorable _____ Desfavorable.

45.- Cuando un enfermo mental es dado de alta en un hospital psiquiátrico se puede esperar de él que asuma algunas de sus responsabilidades como ciudadano.

Favorable _____ Desfavorable.

46.- No hay inconveniente en que una mujer que haya estado mentalmente enferma se emplee como niñera.

Favorable _____ Desfavorable.

47.- En ningun caso se puede pronosticar la curación de las personas que estan mentalmente enfermas.

Favorable _____ Desfavorable.

48.- A los ex-pacientes mentales se les debe permitir trabajar en cualquier tipo de empleo.

Favorable _____ Desfavorable.

49.- Un enfermo mental es alguien a quien se puede querer y apreciar como a cualquier otra persona.

Favorable _____ Desfavorable.

50.- Un enfermo mental nunca se volvera sano.

Favorable _____ Desfavorable.

51.- Es posible que un enfermo mental se cure totalmente.

Favorable _____ Desfavorable.

52.- Es muy dificil que un enfermo mental se vuelva útil a la sociedad.

Favorable _____ Desfavorable.

53.- Los enfermos mentales en su mayoría, deben culparse a sí mismos y no a otras personas por los problemas que tienen.

Favorable _____ Desfavorable.

54.- No hay inconveniente en que un ex-enfermo mental se le permite tener empleos que requieran responsabilidades.

Favorable _____ Desfavorable.

55.- La mayoría de los pacientes de un hospital psiquiátrico no son peligrosos.

Favorable _____ Desfavorable.

56.- Los enfermos mentales no logran curarse a pesar de poner todo su empeño en ello.

Favorable _____ Desfavorable.

57.- Los enfermos mentales con palabras que no pueden ser comprendidas por la gente normal.

Favorable _____ Desfavorable.

58.- A pesar de que una persona haya padecido una enfermedad mental grave, se le debería permitir votar.

Favorable _____ Desfavorable.

59.- Las personas que han sido pacientes en un hospital psiquiátrico nunca volverán a ser como antes.

Favorable _____ Desfavorable.

Gracias.

BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, D.S.M. III, Ed. Masson, México, 1984.
- BANDURA. Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. Alianza edit. Madrid, 1974.
- BARNES, M. et.al. Laing y la antipsiquiatría. Alianza edit., Madrid, 1975.
- BARRAGAN, N.T. Aportaciones del Dr. Erich Fromm a la psicología humanista. UNAM. Fac. de Psicología, México, 1984.
- Y Z. TADEO.
- BASAGLIA, F. Y F. BASAGLIA O. Los crímenes de la paz. Siglo XXI Edit., México, 1981.
- - - - - Et. al. Razón, locura y sociedad. Siglo XXI edit., México, 1985.
- BRACELAND, F. Y M. Psiquiatría moderna. Ed. Gr dos, Madrid, 1967.
- STACK.
- BRAUNSTEIN, N.et. al. Psicología, ideología y ciencia. Siglo XXI Edit. México, - 1981.
- CARMONA, R.E. La enfermedad mental en México. Tesis, UNAM, México 1971.
- CHARGOY, R.J. Enfermedad mental y delito. Tesis, UNAM, México, 1981.
- COLLIER, A. R.D. Laing Filosofía y Política de la Psicoterapia. F.C.E. (Col. Breviarias # 299), México, 1981.
- EY, H. Tratado de Psiquiatría. Ed. Toray Masson, Barcelona, 1980.
- FLORES, CH. J. Salud y enfermedad en la cultura azteca. Tesis, UNAM, - México, 1981.

- FORTI, L. La otra locura. Mapa antológico de la psiquiatría alternativa. Tusquet edit., (col. Cuadernos Infimos #76), Barcelona, 1981.
- FOUCAULT, M. Historia de la locura en la época clásica. F. C.E., (col. - Breviarios 190 y 191), II Tomos, México, 1982.
- FREUD, S. Compendio de psicoanálisis. Obras completas. Ed. Biblioteca Nueva, Tomo III, Madrid, 1981.
- FROMM, E. Anatomía de la destructividad humana. Siglo XXI Edit., México 1975
- La condición humana actual. Ed. Paidós (col. Estudios #14) Barcelona, 1981.
- Ética y psicoanálisis. F.C.E. (col. Breviarios #74), México 1982.
- Más allá de las cadenas de la ilusión.
- Psicoanálisis de la sociedad contemporánea. F.C.E, México 1970.
- FUENTE, R. Acerca de la salud mental en México, Salud Mental. V.5, DE LA. No. 3, otoño 1982, México, pags. 22-31.
- Y C. CAMPILLO La psiquiatría en México: Una perspectiva histórica. Gaceta Médica de México. V.III, No. 5, Mayo 1976. pags. 421-430.
- GUTIERREZ, E. Actitudes de la comunidad hacia la enfermedad mental y Y POZOS. el rol de psicólogo. Tesis, UNAM, México, 1983.
- KERLINGER, F. Enfoque conceptual de la investigación del comportamiento. Ed. Interamericana, México, 1979.

- KERLINGER, F. Investigación del comportamiento. Ed. Interamericano, - México, 1980.
- KOLB, L. Psiquiatría Clínica moderna. Ed. Prensa Médica Mexicana, México, 1976.
- LAING, R.D. El yo dividido. Un estudio de la salud y la enfermedad. F.C.E. México, 1984.
- El yo y los otros. F.C.E., México, 1982.
- Y A.ESTERSON. Cordura, locura y familia. Familias de esquizofrenicos. F.C.E., México, 1983.
- LEON, A.C.
Y M.MICKLIN. Opiniones y comentarios sobre la enfermedad mental y su tratamiento en Cali, Colombia. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. V. 17, 1971, Buenos Aires. pags. 385-395.
- MANDOLINI, G.R. Historia general del psicoanálisis de Freud a Fromm. Ed. Gandia, Buenos Aires, 1977.
- MANNONI, M. El psiquiatra, su loco y el psicoanálisis. Siglo XXI edit., - México, 1979.
- MARCOS, S. Manicomios y prisiones Red, Ediciones. México, 1983.
- MC.GUIGAN, F. Psicología experimental. Ed. Trillas, México, 1973
- MORENO, F. Hombre y sociedad en el pensamiento de Fromm. FCE, - México, 1983.
- OBIOLS, J. Psiquiatría y antipsiquiatría. Salvat edit. (col. Biblioteca - Salvat de grandes temas #98), México, 1973

- PADUA, J. Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales. FCE, México, 1979
- PARRA, C.A de la et. al. Características psicosociales de pacientes crónicos hospitalizados. Salud Pública de México. V. 25, No. 2 Marzo-Abril 1983. pags. 161-172
- PRICE, R. Perspectivas sobre la conducta anormal. Ed. Interamericana México, 1981.
- PUCHEU, C. Ideología, planeación y modelos en psiquiatría. Salud Mental. V. 5, No. 1, primavera 1982, México. pags. 3-11.
- Investigación en psiquiatría, Reflexiones sobre sus modelos. Salud Mental. V.6, No. 3, Otoño, 1982, México, pags.16-21.
- Et. al. Marcos de referencia para la investigación sociomédico-psiquiátrica. Salud Mental. V.8, No.1, Marzo 1985, - México, pags. 8-15.
- RIMM, D.C. Y J.C. MASTER Terapia de la Conducta. Ed. Trillas, México, 1983
- ROTTERDAM, E. DE Elogio de la locura. Edit. mexicanos unidos, México, 1985.
- SCHEFF, T. El rol del enfermo mental. Amorrortu edit., Buenos Aires 1973.
- SLUCHEVSI, L. Psiquiatría. ed. Grijalbo, México, 1960.
- SMITH, M. Estadística simplificada para psicólogos y educadores. Ed. Manual Moderno, México, 1971.
- SOMOLINOS, D.G. Historia de la psiquiatría en México. SEP (col. Sep. setentas #258), México, 1973.

- STEFANI, D. Escala de actitud hacia la enfermedad mental. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. V.23, 1977, - Buenos Aires. pags. 202-207.
- Actitud hacia la enfermedad mental y nivel socioeconómico Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina. V.25, 1979, Buenos Aires, pags. 282-286.
- Autoritarismo y Actitud hacia la enfermedad mental. Salud Mental. V.8, No. 2, 1985, México, pags. 27-30.
- SZASZ, T. Esquizofrenia: el mito sagrado de la psiquiatría. Premia - edit., México, 1979.
- La fabricación de la locura. Kairos edit., Barcelona, 1974.
- Ideología y enfermedad mental. Amorrortu, edit., Buenos Aires, 1976.
- El mito de la enfermedad mental. Amorrortu, edit., Buenos Aires, 1973.
- WOLPE, J. Práctica de la terapia de la conducta. ed. Trillas, México 1983.
- YOUNG, K. Medición de las actitudes. Ed. Paidós, Buenos Aires, 1967.