

T/2

1-825

T. 0

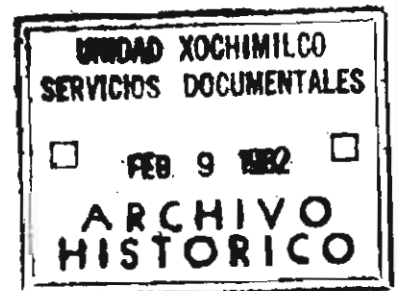
84256

3
KX

UNIDAD XOCHIMILCO SERVICIOS DOCUMENTALES

TRASTORNOS MENTALES EN LA CIUDAD DE MEXICO EN UN PERIODO
DE CRISIS ECONOMICA, POLITICA Y SOCIAL

Algunos elementos para el análisis científico de la epidemiología de la
salud-enfermedad mental.



Carolina Martínez Salgado.
Maestría en Medicina Social.
Universidad Autónoma Metropolitana,
Xochimilco.

1979

I N D I C E

I.	INTRODUCCION	PAG.
1.	Antecedentes	1
2.	Planteamiento del problema	3
II.	MARCO TEORICO	
1.	Determinación social del proceso de salud-enfermedad.	
a)	Buscando un camino hacia las explicaciones reales.	9
b)	El proceso de salud-enfermedad en su dimensión colectiva o histórica	12
c)	Una perspectiva adecuada.	15
d)	Cómo se determinan los procesos.	16
e)	Instrumentos teóricos propios para el análisis en cada dimensión.	19
f)	Clases sociales, fracciones de clase y proceso de trabajo. Problemas metodológicos.	32
g)	Operacionalización de las categorías propuestas a partir de la información disponible.	35
2.	La salud-enfermedad mental.	
a)	Enfermedad mental, realidad o ficción.	40
b)	Caracterización de la psiquiatría en la etapa actual en México.	48
c)	Un abordaje científico de la salud-enfermedad mental.	66
d)	Determinación histórica y social	73
3.	La etapa histórica actual: crisis mundial del capitalismo.	
a)	Qué es una crisis capitalista.	83
b)	Revisión histórica de las crisis.	93
c)	La crisis actual en la que México se encuentra inmerso.	95
III.	SALUD-ENFERMEDAD MENTAL EN LA CIUDAD DE MEXICO - EN UNA ETAPA DE CRISIS MUNDIAL DEL CAPITALISMO.	
1.	Introducción.	

a)	Hipótesis	105
b)	Descripción general.	116
✓ 2.	La crisis económica en México.	122
a)	La esfera de la producción	124
b)	La esfera del consumo	129
c)	El Estado en la economía nacional, y la sociedad mexicana dentro de la crisis mundial capitalista.	131
d)	La población trabajadora.	133
e)	Elementos históricos para la explicación de la crisis económica actual en México.	140
✓ 3.	Conductas autodestructivas durante la crisis.	154
a)	Muertes violentas.	157
b)	Mortalidad por cirrosis hepática alcohólica.	161
✓ 4.	Trastornos mentales en una institución psiquiátrica del Estado, México 1967-78.	
a)	Obtención de la información.	164
b)	Quiénes son los "locos".	169
c)	De persona a enfermo mental.	182
d)	La lógica de la práctica psiquiátrica	195
5.	Estudio de casos.	
a)	Del campo a la ciudad.	208
b)	La mujer obrera.	214
c)	Cuando quien enferma es la esposa del obrero.	220
d)	Un hombre y los límites de su resistencia.	229
e)	La locura en un profesional de la salud.	233
f)	Algunas características de la institución y la práctica que en ella se realiza.	243
IV. CONCLUSIONES.		
1.	Sobre teoría, metodología y técnicas	248
2.	Algunas reflexiones finales.	254

V. BIBLIOGRAFIA.

VI. ANEXO.

1. Cuadros correspondientes al capítulo III.
2. Listado de variables, hoja de codificación, capítulo V de la lista tabular de la CIE-8 OMS, cuestionario, puntos a revisar en el estudio de casos.

1. ANTECEDENTES.

La locura a través de la historia humana ha suscitado distintas formas de apreciación y conducta por parte de las diferentes sociedades; a veces compasión, otras miedo, curiosidad, desprecio; al loco se le ha divinizado, satanizado, compadecido, apartado, castigado, encerrado, corregido, estudiado. Sin embargo, el conocimiento que actualmente se tiene de lo que es la locura, considerada como una enfermedad y como tal correspondiente a la jurisdicción de la medicina, se refiere mucho a las manifestaciones aparentes del fenómeno y poco a la verdadera esencia del mismo.

Siguiendo la evolución del conocimiento psiquiátrico desde la entrada de la locura en el campo de la medicina, puede apreciarse que tanto la concepción en torno al fenómeno como la respuesta social a él ofrecida encuentran una correspondencia con la estructura social propia de cada época; en cada etapa histórica algunos aspectos son relevados sobre otros, y al aparecer corrientes de pensamiento opuestas a las generalmente aceptadas, nuevas facetas del problema son puestas al descubierto, haciendo que la idea que se tiene de éste vaya cambiando.

Así, el fenómeno que estudiamos ha sido atribuído a una diversidad de causas - que varían desde las mágico-religiosas, las anatómicas, genéticas, bioquímicas, hasta las que se refieren a la dinámica entre los distintos elementos de la personalidad. Entre los ejemplos más recientes están la incorporación del arsenal farmacológico para el tratamiento de los padecimientos mentales, que vino a introducir a la bioquímica en el estudio de la producción de estos trastornos y que por ser acorde con los planteamientos de la estructura social en que se hizo el

descubrimiento, fue entusiastamente acogido por la psiquiatría. O en los últimos años, el auge de las ciencias sociales como auxiliares para buscar mejores formas de controlar estas enfermedades. Aunque la mayoría de los autores contemporáneos coinciden en reconocer a los factores sociales alguna relación con la enfermedad mental, la diferencia está en la importancia que les conceden como determinantes causales (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9), y por el momento lo más que se ha logrado en este terreno es mostrar la existencia de una relación estadística entre un fenómeno y otro, sin poder penetrar más allá, en busca de las causas por las cuales ésta se da.

Pero surgen también en algunas circunstancias planteamientos que buscan romper con el saber comunmente aceptado como correcto, que marcan las limitaciones del mismo y cuya existencia es necesaria para la superación de éste, como podrían ser en nuestros días las corrientes que se han denominado Antipsiquiatría, que se dan en una época en que en la sociedad se vive una crisis global tanto económica como política y social, en que se ponen de manifiesto problemas que en años previos habían pasado desapercibidos.

Lo que parece bastante claro es que, por una parte, existe una relación entre la etapa histórica que una sociedad particular vive y la concepción que tiene de la realidad, así como entre esta concepción de los fenómenos y la respuesta que se les da. Y por otra, la determinación que cada estructura social ejerce sobre los procesos que en ella se dan es algo que la mayor parte de los investigadores en este campo reconocen, y que ha sido ya bastante bien fundamentado por algunos de ellos (10, 11).

El estudio de la salud-enfermedad mental, como las consideraciones previas hacen notar, no puede agotarse en la dimensión individual referida al paciente - que presenta el trastorno abstraído de la ubicación social concreta en que se encuentra, puesto que sobre él gravitan tipos de determinación causal que si no se tienen en cuenta impiden comprender lo que ocurre a ese sujeto aislado. El conocimiento generado mediante el estudio del individuo enfermo es útil hasta un cierto nivel, pero no permite avanzar muy a fondo en la explicación de la producción de éste fenómeno, y deja ver poco de su esencia (12).

Para poder incorporar en el análisis del objeto de estudio los aspectos históricos y sociales que hemos mencionado, y construir dicho objeto en su dimensión colectiva, es indispensable contar con conceptos adecuados para esta tarea, propios de las ciencias sociales. Sin embargo, no basta con el abordaje que hasta ahora ha hecho la epidemiología, que aunque presenta modelos bastante sofisticados, no resuelve el problema al no dar a la dimensión colectiva ni a lo social una especificidad propia, sino el mismo tratamiento que al individuo y a sus aspectos biológicos, como si se tratara de factores con un mismo peso e intercambiables entre sí (13). Es necesario, pues, encontrar un método de estudio que permita considerar el objeto que nos ocupa tanto en su dimensión colectiva, que es la más adecuada para encontrar el tipo de conocimiento que se busca, como con su carácter histórico y social.

Una forma de intentar este tipo de abordaje sería buscar la existencia de alguna relación entre cambios ocurridos en la estructura social y variaciones de las enfermedades mentales relacionadas con estos cambios, pero estudiando a fondo el problema para tratar de precisar los mecanismos íntimos a través de los cuales se concreta esta relación, a la luz de una teoría social que contenga

elementos que permitan explicar esta realidad, revisando el concepto que se tiene de determinación causal e intentando identificar los elementos esenciales y las manifestaciones aparentes del objeto de estudio con que se trabaja.

Uno de los fenómenos socioeconómicos inherentes al capitalismo es la fluctuación periódica del ciclo económico. Si existe alguna influencia de los procesos sociales en la incidencia de la patología mental de la población, sería de esperar encontrar alguna relación entre las fluctuaciones del ciclo económico y esta patología, especialmente en aquellos grupos que se ven particularmente afectados durante las recesiones, como son los trabajadores que no tienen seguridad en el empleo, y en general todos aquellos cuyo nivel de vida se deteriora significativamente como consecuencia de ellas. De hecho, Brenner en su estudio publicado con el título de *Mental Illness and the Economy* (2), encuentra una relación directa entre los ingresos a un hospital psiquiátrico en una ciudad norteamericana y el aumento del desempleo en fases de crisis económica, partiendo para su estudio desde el año 1900. En otro trabajo del mismo autor realizado para el Congressional Joint Economic Committee en 1976 (3), al examinar la influencia del desempleo, inflación e ingreso real per cápita sobre varios tipos de patología social entre los que se incluyen indicadores de enfermedad mental, corrobora los efectos estadísticos de las caídas económicas en el aumento de estos problemas, que ya había encontrado en el estudio anterior.

Por lo que se refiere a la investigación que presentamos, hay que recordar que el ciclo económico con sus fluctuaciones características se inscribe, en las últimas décadas, en una crisis general del modo de producción capitalista, que algunos autores han comparado por su profundidad con períodos críticos del tipo del de principios de la década de los 30 (14), y que habrá que analizar con más

detalle para precisar los elementos que pueden ser relevantes en la determinación del proceso que nos ocupa.

Hay que señalar también que las relaciones entre un suceso como la crisis económica y otro como la patología mental no pueden darse en forma mecánica, sino a través de complejas mediaciones que van desde las dimensiones más generales hasta las más particulares, que si bien podrán comenzar a esbozarse en este trabajo a nivel teórico, su constatación a través de datos empíricos resulta mucho más difícil de lograr por lo que de momento habrá que quedarse en una primera aproximación bastante indirecta, que orientará un poco sobre cuáles son los eslabones que relacionan lo social con lo biológico, y mucho más sobre cuáles son los principales obstáculos con que se enfrenta la investigación en este terreno.

Así pues, el diseño de la investigación se encamina a buscar la relación existente entre las variaciones en la frecuencia con que se hacen los diagnósticos psiquiátricos en una institución especializada y las distintas fases del ciclo económico en México en un período que ha sido caracterizado como de crisis global del capitalismo mundial; el tipo de institución elegida, perteneciente a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, nos proporciona una gruesa selección de la población, haciendo que el universo de estudio esté constituido por pacientes pertenecientes a los sectores de la clase trabajadora que no tienen acceso a la atención privada ni a la seguridad social, pero que de alguna forma han logrado obtener atención médica en una institución psiquiátrica. Y en un intento de superar el mero abordaje estadístico del problema, se buscarán a la luz del marco teórico que orienta el trabajo, algunas de las mediaciones o eslabones a través de los cuales lo ocurrido en la estructura social determina lo que sucede a la

6

población que en ella se inserta. Una parte complementaria a la anterior, será la exploración de la mortalidad específica por causas violentas en la Ciudad de México, como punto aunque impreciso de referencia para dar una idea de lo que ocurre a la población fuera del hospital.

Al abordar el problema que se investiga, habrá que enfrentar dos aspectos fundamentales: en primer lugar, cuál es la naturaleza esencial de lo que se conoce como enfermedad mental, y cuáles los elementos ideológicos que la envuelven (15). Y en segundo lugar, qué peso tiene realmente lo social en la determinación causal de estos padecimientos, y a través de qué mecanismos se ejerce esta determinación. Como punto de partida, habrá que ubicar a los grupos de la población en los que se hará la investigación dentro de la sociedad específica a la que pertenecen.

Ya desde la concepción misma de salud-enfermedad, dentro del campo de la psiquiatría en nuestros días se encuentra una diversidad de criterios que pueden ir desde el estadístico (es anormal quien se sale de la norma, quien es distinto de la mayoría), el funcional (está enfermo quien no es capaz de funcionar en forma adecuada en la sociedad, quien no es productivo, quien no se adapta a su medio), hasta el claramente valorativo, moral, que involucra juicios de valor (términos como "idiota" o "débil mental" denotan no sólo una anormalidad psíquica, por ejemplo) (16). Muchas veces el psiquiatra adopta estos conceptos acríticamente, manejándolos sin percatarse de que llevan implícitos elementos distintos de los que enuncian; puede no darse cuenta del papel que juega como legitimador de métodos usados para ocultar contradicciones que de otro modo serían socialmente peligrosas (como sería el ocultar una gran parte de desocupados, en instituciones para enfermos mentales crónicos "de difícil recuperación",

o en el ámbito extrahospitalario, certificar el "grado de capacidad intelectual y psicológica" del aspirante a un puesto de trabajo, o más bien el tipo de trabajador adecuado para no entorpecer el funcionamiento de la producción o de la sociedad en general, etc.), sin embargo este papel de "normatizador" parece ser cada vez más importante en las sociedades actuales (17).

Por lo que se refiere a la concepción caótica de la causalidad dentro de la psiquiatría, ésta podría estar cumpliendo con una función de gran utilidad para la reproducción del sistema social imperante, posibilitando el clasificar como enfermo mental a quien resulte, real o potencialmente, una "amenaza social" no tanto a causa de una rebelión violenta y organizada sino por el sólo hecho de existir en una sociedad en la que no hay un lugar para él, todo tras la aparición de una objetividad y neutralidad científicas que las más de las veces no son tales. La psiquiatría podría constituirse así en un buen instrumento de control social, administrada por quienes la ejercen sin conciencia de lo que realmente significa, para readaptar o segregar a aquellos que se oponen a la realidad en la que están obligados a vivir y a trabajar, o a los que sencillamente no logran tolerarla y "enloquecen".

Ahora bien, como observa Basaglia: "Quien es objeto de la manipulación y el control de una rama de la ciencia, como, por ejemplo, la medicina, es difícil que identifique diagnóstico y cura como una forma de manipulación y de control, cuando no de destrucción; en el mejor de los casos la considera una respuesta insuficiente a sus propias necesidades... Individualizar y aclarar junto a quien es objeto de esta manipulación los procesos, a través de los cuales ésta se produce, es hacer crítica de la ciencia, y al mismo tiempo, actuar políticamente en el sentido de que la clase subalterna, objeto de esta manipulación, pue

da apropiarse del conocimiento de estos procesos ..." (18).

Por todo lo anterior, la salud-enfermedad mental constituye un objeto de estudio especialmente complicado debido a lo difícil que resulta determinar la esencia oculta tras sus manifestaciones aparentes, y al creciente contenido ideológico que en nuestra sociedad se le da, que en ocasiones rebasa incluso la existencia real del fenómeno.

Ciertamente un trabajo como el que se presenta no puede tener pretensiones demasiado ambiciosas en cuanto a la reconstrucción científica del objeto. Sin embargo, se trata de una tarea tan importante, que el aporte de elementos que puedan contribuir a su realización no debe posponerse. El mencionado surgimiento en años recientes de corrientes opuestas al pensamiento dominante es un reflejo de esta necesidad, y el que se logre orientar estos planteamientos antitéticos científicamente redundará en un mayor peso de los mismos en el momento del enfrentamiento con el saber imperante, y en el avance ulterior del conocimiento.

1. DETERMINACION SOCIAL DEL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD.

a) Buscando un camino hacia las explicaciones reales.

La crisis del capitalismo que presenciamos actualmente (*) no se limita única-
mente a la economía, sino que, por sus dimensiones y su profundidad tiene im-
portantes repercusiones políticas y sociales, cuyos matices se encuentran condi-
cionados por las particularidades de cada formación socioeconómica (**). Exis-
te además en el momento actual del desarrollo del capitalismo la tendencia a
una creciente importancia del papel del Estado, con importantes repercusiones
sociales.

En el campo específico de la Medicina, esta crisis de la estructura social -
en general es uno de los elementos más importantes en la explicación del resur-
gimiento de planteamientos cuyos antecedentes se pueden encontrar en pensado-
res como Virchow (1), y posteriormente Marx y Engels (2) que identifican la in-
fluencia decisiva y fundamental de lo social sobre el proceso de salud-enferme-
dad en los grupos humanos.

Ya desde los años sesentas, ante las insuperables limitaciones con que se en-
frenta el pensamiento epidemiológico tradicional en la resolución de los proble-

(*) Cuyo estudio se aborda más adelante en este trabajo.

(**) "Por formación económicosocial entendemos la articulación concreta de va-
rios modos de producción entre los cuales uno es dominante en cuanto imprime
su matiz a todos los demas... y permite emitir una definición sintética de la
naturaleza exacta de la diversidad y de la unidad de las relaciones económicas
y sociales que caracterizan una sociedad en una época determinada" (4).

mas de salud, se pone de manifiesto la insuficiencia de los modelos de pensamiento médico vigentes en la etapa actual para el estudio de la salud-enfermedad como proceso colectivo, y se hacen planteamientos alternativos que buscan superarlos (3), impulsando el avance del conocimiento en esa relación dialéctica en que al oponerse una forma de abordar la realidad a su contraria, resulta una síntesis superadora que, si bien será aprovechada por la clase dominante en favor de sus propios intereses, no por eso deja de ser una aproximación mayor a la realidad y por tanto, un arma más para la lucha de liberación de la población bajo el dominio del capital, con la clase obrera a la cabeza.

En una revisión histórica de las distintas formas en que se ha abordado el problema de la causalidad de la enfermedad, podrían distinguirse básicamente tres tipos de tratamiento del problema.

El más simple y con menor capacidad explicativa sería el enfoque unicausal unidireccional, en el cual una causa precisa es considerada como el origen único de un efecto determinado, como sería por ejemplo el caso de la causalidad microbiana de la enfermedad en su acepción más primitiva: un microbio como podría ser el *Mycobacterium tuberculosis*, al entrar en contacto con el hombre, le produce una enfermedad, en este caso un proceso fímico (5).

Una forma ya más elaborada de manejar la causalidad es el modelo multicausal, que pasando de la idea de una cadena de causas entre el inicio del proceso y su manifestación visible como una enfermedad en el o los individuos, llega a esquemas explicativos tan complejos como la teoría general de sistemas, que ubica todos los factores que intervienen en la producción de la enfermedad en una intrincada red en la que unos y otros interaccionan entre sí, de manera ar

mónica en el caso de la salud y rompiéndose el equilibrio en el caso de la enfermedad. Sin embargo, el tratamiento de la causalidad no difiere en lo esencial de la primera forma: una causa simple (el microbio), o una intrincada red de causas (agente, ambiente, huésped) producen un efecto: la enfermedad. (6, 7, 8).

La razón por la cual estas dos formas de tratar la causalidad no logran, pese a la complejidad de la última, dar una explicación satisfactoria de la realidad, se encuentra fundamentalmente en que en ambas se permanece en una concepción de determinación causal muy limitada, como es la causalidad unidireccional, en la que se presupone que una causa o conjunto de causas explican la producción de un efecto determinado, o en las formas más avanzadas la interacción causal, que tampoco basta para explicar los procesos como se dan en la realidad, debido a que hay otras leyes que rigen en la manera en que se generan los acontecimientos, según la dimensión de la realidad de la que se trate (9, 10). Estos dos tipos de abordaje del proceso de salud-enfermedad, especialmente cuando se trata de la dimensión colectiva con que trabaja la epidemiología, (*) resultan insuficientes para encontrar una explicación satisfactoria.

(*) Los epidemiólogos sostienen que el problema de salud-enfermedad debe tratarse a nivel colectivo y no individual; sin embargo, continúan definiéndola básicamente según sus características biológicas, y aún en los casos en que incorporan elementos sociales no modifican esta concepción del objeto de estudio, conservando la definición de salud-enfermedad del nivel individual para el nivel colectivo, excepto porque suman varios casos y no uno solo. Por el contrario, el planteamiento aquí propuesto concede a la salud-enfermedad como objeto de estudio de la epidemiología una calidad colectiva específica, considerando "... que es un hecho social y que debe ser manejado como tal tanto en términos teóricos como metodológicos. Esto sugiere que el concepto de la salud-enfermedad colectiva no es reductible al fenómeno biológico individual, aunque éste es la expresión concreta del primero" (11).

12

Ante todo, es importante reconocer que la causación no es la única categoría de determinación que existe, sino que sólo es uno de los muchos principios con que funciona la determinación general de los acontecimientos, entre los cuales - estarían también la interacción, la determinación mecánica, la estadística, la teolológica, la dialéctica, etc. (12). Estas categorías de determinación, "... por más que sean mutuamente irreductibles, están sin embargo relacionadas entre sí constituyendo una jerarquía de tipos de determinación, y... como consecuencia de esa relación, ocurre que ningún tipo de determinación actúa en forma pura, con exclusión de todos los demás, salvo en casos aislados" (13). Se hace necesario, entonces, buscar una tercera forma de analizar el problema del proceso de salud-enfermedad considerado colectivamente, si se acepta que puede ser estudiado científicamente. (*)

(b) El proceso de salud-enfermedad en su dimensión colectiva e histórica.

Hay que tener presente que el objeto de estudio no es ya la enfermedad individual de la que se ocupa la clínica, aunque no deja de ser esta la forma más concreta en la que se va a manifestar el fenómeno; pero el abordaje con que lo estudia la epidemiología ha de ser otro; no se está ante un agregado de individuos enfermos, sino justamente lo contrario: el individuo enfermo es el integrante de un grupo con determinadas particularidades que son las que hay que estu-

(*) Las corrientes de pensamiento agnósticas, que niegan el que los acontecimientos se produzcan con algún tipo de regularidad cognoscible por el hombre, de hecho niegan la posibilidad del conocimiento científico de la realidad, como se señala Bourdieu en El oficio de Sociólogo. Ed. Siglo XXI, México, 1973, Pág. 27 a 51.

diar para entender la razón de su estado de salud.

Por otra parte, la enfermedad ni es algo absoluto que existe y se define por sí mismo, ni en todas partes y en todos los tiempos se conoce como tal a una misma situación. La enfermedad se define con respecto a su contrario, la salud. De hecho, no puede hablarse estrictamente de un estado de salud y un estado de enfermedad con un límite preciso entre uno y otro, puesto que se trata de un proceso resultante de la relación dialéctica entre sus dos polos, y no del rompimiento o mantenimiento de un equilibrio, desde que se está no ante una situación estática sino esencialmente dinámica. (*) Además, lo que se considera como salud o enfermedad en cada sociedad se encuentra condicionado histórica y socialmente, en forma tal que situaciones que en algunos tiempos o lugares, o para los distintos grupos humanos que constituyen cada sociedad se consideran como salud o enfermedad, no son las mismas (15).

De hecho, son las circunstancias dadas por la forma en que en cada época y lugar los hombres se relacionan con la naturaleza y entre sí en la producción de lo necesario para su vida y reproducción las que van a determinar cómo se da en cada grupo en que esta sociedad se fragmenta el proceso de salud-enfermedad (16, 17).

Para resumir, el proceso de salud-enfermedad tal como aquí se ha planteado tiene un doble carácter: por una parte, el biológico material, que se encuentra concretamente en los individuos enfermos que es en quienes se manifiesta la

(*) En realidad, la enfermedad es un acontecimiento que ocurre durante el ciclo vital, del cual la salud es integrante. (14).

salud-enfermedad colectiva, y que es determinado desde el nivel más general - por la forma en que en la organización social específica de la que se trate se realiza la transformación y apropiación de la naturaleza por el hombre. Y un carácter ideológico, que es la forma en que en esa sociedad particular se piensa sobre este fenómeno, cómo se conceptualiza, a qué se atribuye, cómo se enfrenta (18).

Todo lo anterior conduce a la necesidad de reconocer la determinación histórica que existe tanto en lo que se llama enfermedad (y por tanto lo que se llama salud), como en el tipo de procesos patológicos que se producen en cada sociedad.

De manera que en esta tercera forma de abordar el problema de la causalidad de la salud-enfermedad, es necesario superar esas deficiencias de las dos formas antes mencionadas (uni y multicausal), considerando la historicidad del objeto de estudio, y diseñando el instrumento para su análisis de acuerdo al objeto mismo, para no seguir tratando inútilmente de explicar lo colectivo basándose en lo individual cuando es en realidad lo individual lo que encuentra su explicación en lo colectivo (19). Para ello, hay que reconocer la existencia de varios tipos de determinación causal y no sólo la relación causa-efecto unidireccional, haciendo notar que "... no se trata de elegir un tipo de determinación dado a expensas de otros, decretando que la categoría escogida reine de manera incontestada en todos los sectores de la realidad... En la descripción y explicación del mundo se emplea, de hecho, un vasto surtido de tipos de producción legal o determinación; ... todos ellos tienen su réplica ontológica, aunque no por fuerza en los mismos sectores de la realidad ni con igual extensión en todos los sectores" (20), y que "... el principio de legalidad no exige que cada

15

fenómeno en particular ocurra siempre del mismo modo donde quiera se cumplan ciertas condiciones: la legalidad universal es compatible con excepciones individuales, con sucesos que se producen en un bajo porcentaje de casos. La irregularidad individual en algunos respectos es compatible con la regularidad colectiva... Los enunciados legales estadísticos son válidos en situaciones en las cuales hay diversas alternativas, y las excepciones no son más que las alternativas menos frecuentes" (21).

c) Una perspectiva adecuada.

Para lograr dicho objetivo, es necesario adoptar un punto de vista que, por sus propias condiciones, permita el mejor horizonte de visibilidad posible, puesto que, existe una "... relatividad de todos nuestros conocimientos, no en el sentido de la negación de la verdad objetiva, sino en el sentido de la condicionalidad histórica de los límites de la aproximación de nuestros conocimientos a esta verdad" (22). Y, como Lowy destaca, este punto de vista con una perspectiva privilegiada es, en cada época histórica, el de la clase revolucionaria, cuyo interés objetivo es impulsar el proceso de cambio social. Sólo que en el caso del proletariado, debido a que se trata de la primera clase revolucionaria con la finalidad de abolir la dominación de clase, existe además la posibilidad objetiva de que su ideología sea transparente. Todo esto no significa que su punto de vista ofrezca de por sí la verdad absoluta, sino únicamente un mejor horizonte de visión en la búsqueda de esa verdad objetiva, de todas formas relativa. Otra característica que influye en la necesidad del proletariado de aproximarse a la verdad objetiva, es que su interés de clase (la transformación de la sociedad) no puede lograrse más que mediante el conocimiento objetivo de esa reali-

dad (23).

Hay dos cuestiones que remarcar: por una parte, siguiendo la idea de Lukács, "... punto de vista del proletariado no se trata de lo inmediatamente vivido, de la conciencia empírica de la clase obrera, sino del punto de vista que corresponde racionalmente a sus intereses históricos objetivos". Y por otra, que la superación que se obtiene al oponer los conocimientos obtenidos desde una óptica opuesta a la de las clases conservadoras no se da en el vacío ni desconociendo el conocimiento previamente generado por estas clases, que no es necesariamente falso, sino mediante la integración de las "verdades parciales" producidas y su superación dialéctica mediante la crítica de aquellos puntos que las limitaciones de clase han resuelto en forma errónea (24, 25).

Para un abordaje científico (sin pretender una falsa imparcialidad) del proceso de salud-enfermedad colectivamente considerado, admitiendo la más amplia concepción de determinación que se ha presentado, el materialismo histórico - constituye, como punto de vista racional del proletariado, el método más adecuado de que se dispone actualmente. Mediante su aplicación es posible superar las descripciones que suelen hacerse de los fenómenos, para penetrar tras esa apariencia al estudio de la esencia y por tanto, de la explicación científica de los mismos, sin excluir ningún tipo de determinación de los que operan en la realidad.

d) Cómo se determinan los procesos.

Desde el punto de vista elegido como más adecuado para el acercamiento a la realidad objetiva, encontramos que ésta no es un conjunto atomizado de ele-

mentos, sino una totalidad en la que están contenidas la dimensión general, la dimensión particular y la singular, en donde lo que ocurre en esta última se en encuentra determinado en sus límites máximos por lo que ocurre en la particular, y ésta a su vez se encuentra limitada por lo que permite la dimensión general, cuyas leyes rigen en último término sobre lo que sucede en los niveles más par ticulares, en los cuales se da aquella de las opciones posibilitadas por leyes de niveles más generales, que marca el principio causal que opera en el nivel de que se trate. Y estas leyes, propias de cada una de las dimensiones de la totalidad y de mayor a menor estatuto jerárquico, serían (26, 27):

- . Determinación dialéctica o autodeterminación cualitativa: el proceso como totalidad es determinado por la lucha interna de los polos opuestos que contiene y su síntesis final Dimensión general
- . Determinación causal o causación: una causa externa eficiente determina la producción - del efecto Dimensión particular
- . Interacción o causación recíproca: el consecuente es determinado por el antecedente - por acción recíproca
- . Determinación estadística: el efecto es determinado por la acción conjunta de elementos independientes o semiindependientes Dimensión singular

Esta forma de tratar el problema de la causalidad contiene los ne cesarios para estudiar la realidad como una totalidad, a la vez que sirven para trabajar en cada una de las dimensiones particulares que la constituyen. Esto

18
es posible al superar la concepción unidireccional o de interacción de factores de un sistema en equilibrio, para dar cabida al concepto más amplio de determinación, pudiendo haber tantos tipos de determinación como leyes que rigen en la realidad la producción de un efecto, y teniendo cada uno de estos tipos estatutos jerárquicos distintos, en forma tal que en las dimensiones generales se delimitan las posibilidades de ocurrencia de procesos en las dimensiones particulares. Adecuando los niveles de operación y capacidad explicativa de cada uno de estos tipos de relación causal (determinación), a las distintas dimensiones de la realidad, tendremos que con este tratamiento más coherente de la misma se puede superar, en el estadio presente del conocimiento, la concepción de causalidad que la epidemiología ha manejado tradicionalmente y que se encuentra ante la imposibilidad (condicionada obviamente por la necesidad en que se encuentra de servir a los intereses de la clase dominante) de dar una explicación cabal, de fondo, del proceso de salud-enfermedad en su dimensión colectiva, y por ende de generar propuestas de solución que vayan más allá del muy corto plazo, dificultándosele cada vez más el poder proporcionar aún estas respuestas pragmáticas a las demandas urgentes que se le plantean.

Reubicando así la causalidad biológica e incluso la ambiental en su verdadera dimensión, explicando en el nivel singular el fenómeno de salud-enfermedad dentro de los límites señalados por leyes de dimensiones más generales, se comprende por qué es inadecuado pretender operar a la inversa, explicando por leyes biológicas propias de la dimensión singular lo que ocurre en las dimensiones más generales en que se encuentran los grupos humanos de que se ocupa la epidemiología.

Ya dentro de esta reconceptualización del proceso de salud-enfermedad, y

19
la forma en que deben buscarse sus determinaciones causales, el paso siguiente es encontrar categorías que permitan analizar a los grupos humanos de una sociedad dada insertos en una realidad determinada históricamente y en su calidad colectiva.

e) Instrumentos teóricos propios para el análisis en cada dimensión.

. Clase Social.-

El uso de la categoría del materialismo histórico clase social, permite dar al análisis de la distribución del hecho epidemiológico un alcance explicativo mucho mayor que cualquier otra usada en las investigaciones realizadas con métodos neopositivistas. La razón es que esta categoría posibilita el abordaje desde el nivel más general de la realidad, considerándola como una totalidad en la que rigen, como ya se ha visto, las leyes dialécticas, cuyo estatuto jerárquico es el más elevado y que marcan, por tanto, los límites extremos en que a niveles particulares operarán leyes de otros tipos, que hasta el momento son las únicas con las que la investigación epidemiológica tradicionalmente ha trabajado y cuya capacidad explicativa ha alcanzado, consecuentemente, niveles muy limitados.

Cuando se parte de lo general para buscar la explicación de lo singular, y se ubica adecuadamente a los fenómenos en la dimensión en que ocurren, las explicaciones que se dan a ellos adquieren coherencia y permiten visualizar alternativas para soluciones reales, que no solamente se dirigen hacia la causa más aparente que es el efecto superficial de un proceso determinado por una multiplicidad de situaciones que se encuentran condicionándose unas a otras desde los niveles generales hasta los particulares, sino que según las posibilidades

de cada caso concreto pueden encaminarse en mayor o menos grado hacia el origen de fondo de este proceso.

Si se pretende explicar la enfermedad de un individuo concreto, encontrar las determinaciones causales en su caso particular y la solución en un plazo corto, esto se logra satisfactoriamente con el uso del método clínico y basta con estudiar a esa persona como tal. Sin embargo, si se buscan las causas que se encuentran tras todo el proceso que sufren al enfermar los distintos grupos humanos en que se divide una sociedad determinada bajo las circunstancias que en ese tiempo y en ese lugar se dan, no se llegará a resultados adecuados ni enfocando la búsqueda en una causa única ni enfocándola en causas múltiples, si no se logra ubicar a dichos grupos dentro de una estructura social cuyas características están dadas por la forma en que en esa sociedad particular los hombres se articulan entre sí y con la producción (lo cual dependerá de las leyes que rigen en el modo de producción dominante en esa sociedad, que se ejercen también sobre otras modalidades productivas propias de etapas históricas pasadas que por razones de la evolución particular que el modo dominante sigue en cada formación económico-social puedan continuar existiendo junto con éste), lo cual condiciona la manera en que trabajan, participan de lo producido, lo consumen, organizan su vida en general y se representan mentalmente el mundo.

Cuando se aborda el estudio de un proceso utilizando una categoría como clase social, no se está tratando necesariamente de encontrar asociación entre variaciones cuantitativas o cualitativas del proceso y las distintas clases sociales (lo cual no superaría por sí mismo las deficiencias explicativas de cualquier asociación estadística, que simplemente distribuye los casos estudiados entre las variables consideradas), sino explicar el proceso a través de categorías

que abarquen los múltiples elementos que entran en juego en su producción. 21

La definición que Lenin da de clases sociales dice: "Las clases son grandes grupos de hombres que se diferencian entre sí por el lugar que ocupan en un sistema de producción social históricamente determinado, por las relaciones en que se encuentran con respecto a los medios de producción (relaciones que las leyes refrendan y formulan en su mayor parte), por el papel que desempeñan en la organización social del trabajo, y, consiguientemente, por el modo y la proporción en que perciben la parte de riqueza social de que disponen. Las clases son grupos humanos, uno de los cuales puede apropiarse del trabajo de otro por ocupar puestos diferentes en un régimen determinado de economía social" (28).

Al usar este instrumento teórico hay que evitar cuanto sea posible el encasillar rígidamente la realidad en indicadores prefabricados, dejando que haya la suficiente flexibilidad entre teoría y objeto de estudio para que éste no sea forzado a entrar artificialmente en ella, y pueda captarse lo mejor posible la realidad en su dinámica dialéctica.

Aún a riesgo de obtener resultados menos satisfactorios que los esperados, es necesario acercarse al estudio de lo concreto empírico para poder, incluso a través de los errores, enriquecer las posibilidades de aplicación de la teoría en esta reconstrucción científica y transformación conciente de la realidad, y favorecer en alguna forma el avance del desarrollo teórico al mostrar la necesidad del mismo ante la creciente complejidad a que la maduración del modo de producción capitalista va llevando.

La categoría clase social, sin embargo, pertenece aún a un grado muy elevado de generalidad, y si bien permite analizar las condiciones en que se en-

cuentran los distintos grupos humanos en una formación económicossocial dada, si se quiere llegar hasta el estudio de algo tan concreto como la manifestación de un proceso patológico en grupos constituídos por individuos, es necesario contar con un instrumento teórico que nos permita analizar, sin abandonar la guía de la categoría elegida, la dimensión particular, y finalmente llegar a la explicación de lo singular ya no considerando a los principios causales que lo determinan como si operaran en el vacío sin que otros los determinaran, sino como efectos de leyes que se dan dentro de una gama de posibilidades no infinita, - - sino delimitada según se ha explicado anteriormente.

Las clases sociales no son homogéneas en cuanto a las condiciones en que sus integrantes trabajan y viven cotidianamente, ya que el modo de producción se establece en forma distinta en cada formación económicossocial, según el propio desarrollo histórico de la misma, lo que conduce a que dentro de un mismo lugar se entremezclen diversos grados de desarrollo de las fuerzas productivas, dando lugar a que los trabajadores de cada una de las distintas ramas de esa estructura económica se vean sometidos a distintos procesos de trabajo, y sus familias y ellos mismos puedan obtener distinta participación en la riqueza social. Se hace entonces necesario distinguir, al interior de las clases sociales diferentes fracciones, que pueden distinguirse bien conforme al criterio de la rama de la economía en que el trabajador vende su fuerza de trabajo (para lo cual habría que conocer las distintas formas de producción que se articulan en una formación económico-social como la mexicana con su peculiar desarrollo de las fuerzas productivas), bien conforme al salario que obtiene, o bien conforme a algún otro criterio adecuado para el análisis del proceso que se esté estudiando. En el presente trabajo, aunque sería deseable contar con más amplia y precisa información, no se dispone más que de los datos de ocupación registrados en los

23

expedientes de los pacientes, de modo que las fracciones se establecerán con ba se en aspectos tan generales como son si el paciente trabaja en la esfera de la producción o en la de la circulación, para el capital privado, para la pequeña - burguesía o para el Estado, etc.

Además de la categoría clase social, que permitirá abordar el proceso de - salud-enfermedad en su especificidad colectiva, y el estudio de las fracciones de clase para pasar a un nivel de mayor concreción, hay otro instrumento teó - rico que proporciona la teoría social que utilizamos, mediante el cual es posi - ble buscar un mayor acercamiento a las mediaciones entre lo social y lo bioló - gico; tal es la categoría de proceso de trabajo, aplicable a niveles distintos de abstracción.

. Proceso de trabajo.-

En su acepción más general, puede entenderse como "... un proceso entre el hombre y la naturaleza, un proceso en que el hombre media, regula y controla su metabolismo con la naturaleza" (29), cuya característica distintiva es que se trata de una actividad orientada a un fin, planeada con arreglo a la consecu ción de algo previamente pensado por el que trabaja, y cuyos elementos esencial es serían el objeto sobre el que se trabaja, los medios con que se actúa so - bre él y el trabajo mismo del productor, los cuales se articulan con los elemento s del momento de consumo del trabajador (30, 31, 32); podría decirse que hay un momento productivo y un momento consumitivo desde el punto de vista del - productor, que desde el punto de vista del trabajo empleado en la producción - sería inverso: "El trabajo consume sus elementos materiales, su objeto y sus - medios, los devora, y es también, por consiguiente, proceso de consumo. Ese

consumo productivo se distingue, pues, del consumo individual en que el último consume los productos en cuanto medios de subsistencia del individuo vivo, y el primero en cuanto medios de subsistencia del trabajo, de la fuerza de trabajo - de ese individuo puesta en acción. El producto del consumo individual es, por tanto, el consumidor mismo; el resultado del consumo productivo es un producto que se distingue del consumidor" (33).

Este proceso de trabajo abstractamente contemplado, tiene configuraciones muy particulares marcadas por los distintos modos de producción en que concretamente se da en cada momento histórico por el que va pasando, desde la sociedad más primitiva hasta la actual, proceso en el que ha ido transformándose - por la acción de las circunstancias históricas con las que dialécticamente se relaciona (el hombre en su proceso de trabajo modifica a la naturaleza, la cual a su vez va modificando el proceso de trabajo humano) para ir pasando desde modalidades productivistas simbólicas en sociedades comunitarias primitivas, mercantiles simples en sociedades ya con privatización de la producción en las que hay una ruptura de la comunidad que se revincula a través del valor, hasta la capitalista (34), en que más que darse una formación de valor se busca la valorización del valor, la extracción de plusvalía (35).

Es dentro del esquema del proceso de trabajo, la producción y la participación de lo producido, donde se encuentran los elementos para la explicación no sólo de la distribución de la riqueza social, sino de lo que la determina, y aún más, de las formas en que los hombres que habitan en una formación económico-social dada trabajan, se desgastan, se reproducen, se enferman, se organizan y piensan. El proceso de trabajo es el regulador de la vida social, de las formas de consumo (no sólo a través del salario, sino de pautas que se establecen por

otros mecanismos), del uso del tiempo aún fuera del trabajo, y es en el momento productivo de este proceso donde se encuentran las determinaciones de todo lo demás (36, 37): "... a través de la lógica global del modo de producción-desarrollo de las fuerzas productivas, naturaleza y evolución de las relaciones de producción- se puede aprehender el desarrollo del individuo y de sus necesidades. Un modo de producción dado determina grandes tipos de individualidad; pero en cada etapa del desarrollo de ese modo de producción, esos tipos generales (es decir, las clases y fracciones de clase tomadas en el conjunto de determinaciones que les confiere el modo de producción) se fijan en formas concretas particulares".

Así mismo, para encontrar las mediaciones entre la generación de la enfermedad y las determinaciones que sobre ella tiene el proceso de trabajo con sus dos momentos (productivo y de consumo), hay que conocer las formas en que la producción determina al consumo (de la fuerza de trabajo y de los medios para su reposición) en la sociedad específica en que se va a hacer el análisis. Revisando el proceso de trabajo en su modalidad capitalista buscaremos los elementos necesarios para un estudio del mismo en la formación económicosocial específica que nos ocupa y las condiciones que el proceso productivo impone a sus trabajadores en las distintas ramas que la constituyen, no sólo durante la jornada de trabajo sino en toda su vida y la de sus familias.

La producción y el consumo dentro de la lógica capitalista adquieren un significado inverso al que tendrían desde el punto de vista del hombre como sujeto del proceso de trabajo (38). Para el capital, sólo es productivo el trabajo que genera plusvalía, con lo que la unidad original producción-consumo queda totalmente desintegrada. Si en las etapas históricas más primitivas el momento productivo y el de consumo se encontraban íntimamente unidos, paulatinamente han

ido separándose, hasta llegar esta división a su máxima expresión en el modo de producción capitalista, en el cual no sólo se ha dividido un momento de otro, sino que se ha despojado al propio productor de los medios de producción y de su producto, y la finalidad de la producción ha dejado de ser el consumo para enriquecimiento del productor, y se ha convertido en la acumulación de lo producido en forma de capital.

La organización actual del proceso de trabajo hace que el productor dedique una parte de su vida al trabajo productivo desde el punto de vista del capital, en donde se consume su fuerza de trabajo; y otra parte a la reposición de esa fuerza de trabajo, para lo cual consume determinados productos. La forma en que el momento productivo determina al de consumo se verá un poco más adelante. Por el momento veamos cómo se da este consumo en el modo de producción capitalista, señalando previamente que durante el momento consumitivo -- también se desgasta fuerza de trabajo, aun cuando el capital no reconozca esta fase como "trabajo". De hecho, el salario con que se compra la fuerza de trabajo implica que en el momento de consumo el trabajador o su familia incorporen cierta cantidad de fuerza de trabajo adicional que, como no produce plusvalía para el capitalista, no será tomada en consideración de acuerdo con su lógica. En cuanto a lo que entra o no entre las mercancías y la valorización del capital, está en relación con la evolución de la división social y técnica del trabajo y con las condiciones de la acumulación (39).

En el modo de producción capitalista se constituyen, pues, varios tipos de consumo (40):

- Consumo productivo, que es el que se realiza dentro de la jornada de trabajo

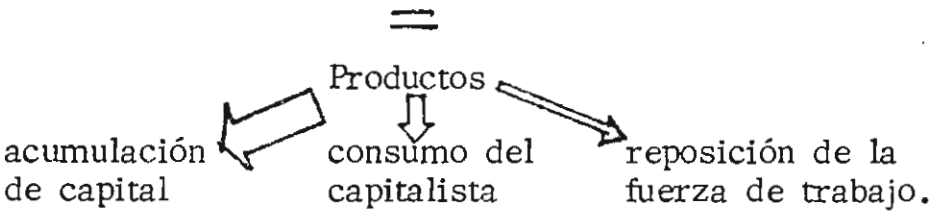
27

jo, que consiste en un desgaste de la fuerza de trabajo (trabajo vivo) para producir mercancías (trabajo muerto), y que pertenece al capitalista que lo compra pagando un salario (transacción en que queda oculto que el salario paga el precio de la fuerza de trabajo convertida en mercancía, es decir su valor de cambio, pero no su valor de uso ya que al utilizarse tal mercancía se crea nuevo valor que quedará impago).

- Consumo individual, en el que el obrero repone la fuerza de trabajo desgastada no sólo en el trabajo productivo, sino en todo momento mientras vive (incluso al comer se consume energía, mucho más al preparar el alimento, adquirirlo, transportarlo, etc.), y que se realiza en la etapa presente del desarrollo histórico predominantemente en el grupo familiar, puesto que se tiende a hacer de la reposición de la fuerza de trabajo un asunto privado de cada familia, a pesar de que ésta comparta con muchas más condiciones que hacen a todas ellas formar parte objetivamente de una misma clase social (aún si contienen en su interior elementos de distintas fracciones de esa clase).
- Consumo de la clase dominante, que es una modalidad aparte debido a que el desgaste que repone no fue consumido productivamente, y además esta reposición consume parte de la plusvalía extraída al obrero. (El capital otorga al capitalista el derecho a consumir sin trabajar a cambio de servir a sus intereses).

Estas tres modalidades de consumo corresponden a los canales que sigue la riqueza socialmente producida:

objeto de trabajo + medios de producción + trabajo humano



Hay que notar, además, que esta división (producción-consumo) no es válida sólo para los obreros productores de plusvalía, sino para todos aquellos que venden su fuerza de trabajo (41), ya que esta organización del consumo es efecto de las relaciones de producción dominantes.

En cuanto a la forma en que la producción determina al consumo, es el estado específico del desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones de producción en la etapa histórica, en la sociedad, y más particularmente en la rama de la producción de que se trate, lo que va a condicionar:

- Qué clase y qué cantidad de fuerza de trabajo es la que el proceso productivo necesita consumir.
- Cómo la va a desgastar y por tanto qué debe asegurarse que reponga.
- Cómo se va a organizar el tiempo de trabajo y el tiempo "libre" de esa fuerza de trabajo.
- Cómo y cuánto debe hacersele consumir para reponerla y poder a su vez volver a consumirla en la producción.

La producción es la que define "... el valor de la fuerza de trabajo como valor del conjunto de las mercancías necesarias para su reproducción" (41a).

Así pues, el propio modo de producción determina exigencias objetivas de reposición de la fuerza de trabajo que requiere para seguir existiendo. Sin embargo, las representaciones subjetivas de estas exigencias objetivas se encuentran matizadas con diversa intensidad por la ideología dominante en la población (según la conciencia que el nivel de la lucha de clases permita tener a la clase obrera de sus verdaderos intereses), y será a esa expresión subjetiva resultante de la articulación de las exigencias objetivas de la producción capitalista con otras determinaciones superestructurales a lo que se podría llamar necesidades (42).

Algunos autores han distinguido varios niveles de expresión de estas necesidades en la forma de prácticas sociales, que corresponderían precisamente a la mayor o menor conciencia de clase (43):

- Las necesidades experimentadas individualmente, se traducirían en prácticas individuales de consumo.
- Las ideologías prácticas sociales de consumo, manifestadas como prácticas sociales de consumo.
- Las necesidades sociales como expresión de la conciencia de clase organizada que lucha por ellas, manifestadas en prácticas de clase.

El primer nivel expresa las determinaciones de mecanismos sociales sobre los individuos o familias, mostrando en forma diversa las contradicciones de las exigencias objetivas de la reproducción del modo de producción. Los otros dos niveles, si bien "... se alimentan de la conciencia individual (socialmente producida) de sus miembros...", están sometidos al "...desfase... entre la si

30

tuación objetiva de clase y la representación ideológica dominante..., efecto directo de las relaciones de explotación", pero van convirtiéndose poco a poco en conciencia de clase que por su parte, al irse desarrollando, influye sobre la conciencia individual (44).

La determinación que se ejerce a través del mercado especialmente sobre el nivel individual, se da a través de mecanismos como la disponibilidad de determinadas mercancías (que no van precisamente encaminadas a favorecer la mejor reposición de la fuerza de trabajo sino a permitir las mayores ganancias), el precio de las mismas (que define el acceso real a ellas), y la orientación de la ideología a través de la publicidad (45), que como se aplica indiscriminadamente a toda la población, suele distorsionar enormemente el presupuesto de las familias trabajadoras.

Por lo que se refiere al papel del Estado como representante de la clase dominante en su conjunto (no de fracciones aisladas de ella; aunque en sus distintas políticas se advierte la lucha interburguesa), interviene sobre el proceso de consumo a través de dos modos principalmente:

- Por medio de los consumos socializados, que en cierta forma complementan el salario de los trabajadores, aunque recordando que los recursos del Estado provienen en forma importante del tributo impositivo, el efecto global más bien va en detrimento de la mayoría de la población.
- Por medio de la generación de ideologías cuyos efectos sobre la conducta de los consumidores y su conciencia varían un poco con respecto a los que produce la publicidad de los capitalista particulares (46).

• Clase social, proceso de trabajo y salud-enfermedad.

Es esta determinación por el modo de producción no sólo de la forma en que se está vinculado directamente con la producción a través del proceso de trabajo, sino también por otros mecanismos más o menos indirectos sobre el consumo; su determinación objetiva y su expresión subjetiva a través de las necesidades, lo que da a todos estos procesos el carácter de clase.

En el análisis de las prácticas individuales de consumo, entonces, hay que reconocer esta determinación de clase, pero considerando la articulación de las múltiples determinaciones apuntadas, como la integración dentro de la unidad social de consumo familiar de elementos con distinta inserción en el proceso de trabajo, lo que da diferentes requerimientos para la reposición de su fuerza de trabajo, diversas representaciones subjetivas para cada uno, distintas experiencias organizativas, etc.

Ha quedado manifiesto que tanto las exigencias objetivas del capital en cuanto a la reposición de la fuerza de trabajo como las necesidades en que se expresan subjetivamente y los niveles de conciencia en que se dan, varían de acuerdo al desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones de producción. Al ir evolucionando la forma de extracción de plusvalía, cambian las condiciones de desgaste y por tanto de reposición de la fuerza de trabajo usada. Además, el desarrollo de la organización de la clase obrera obliga al capital a aceptar las reivindicaciones que plantea, dentro de los límites que las mismas exigencias objetivas de éste marcan. En la contradicción trabajo muerto-trabajo vivo, el primero trata de absorber al segundo pero como sólo a través de él puede existir, se ve imposibilitado para acabarlo del todo, y el trabajo vivo va ganando

terreno cuando parece perderlo.

Queda claro que no sería posible hablar de necesidades superfluas y "reales", o de "nivel de vida" en abstracto, a no ser que se contemple con relación a la evolución de las necesidades en su carácter de exigencias objetivas del modo de producción de reponer la fuerza de trabajo desgastada, y la presión de la lucha de clases sobre el reconocimiento de esas necesidades (47).

El análisis del proceso de trabajo en cada uno de sus momentos, reconociendo que en el modo de producción capitalista es el productivo el que determina al consumitivo, parece ser la clave para avanzar en la búsqueda de la explicación de fondo del perfil epidemiológico (considerado como la patología característica de la población dividida en clases sociales) (48-50) en una sociedad específica, desde que los individuos enfermos no existen en el vacío sino sometidos a todas estas determinaciones, y su estado de salud-enfermedad así como las posibilidades para modificarlo tampoco pueden plantearse fuera de este contexto.

f) Clase social, fracción de clase y proceso de trabajo. Problemas metodológicos.

Se ha expuesto hasta aquí la necesidad del uso de la categoría clase social en el nivel más general del análisis, de sus fracciones según las distintas ramas de la economía existentes en una formación económico-social dada para abordar el nivel particular, y el proceso de trabajo concreto que los trabajadores realizan. Para ello, habría que conocer las formas diferenciales de extracción de plusvalía, de avances tecnológicos, organización del proceso productivo, desgaste de la fuerza de trabajo, riesgos a que se ve expuesto el trabajador, mayor o menor enajenación producto-productor, simplicidad de la tarea, y una se

rie de características cuyo estudio permitiría encontrar los mecanismos por medio de los cuales se generan, determinados desde la dimensión general, procesos particulares que se manifiestan en su versión más concreta en los individuos enfermos como integrantes de determinadas fracciones de las clases sociales, y sometidos a acciones patógenas propias del proceso de trabajo en que se encuentran inmersos, y las condiciones que ello impone al momento consumitivo que en esta sociedad suele realizarse en la célula familiar, sobre la que van a repercutir las condiciones a que sus miembros están sometidos.

Sin pretender por ahora resolver la forma concreta como podría abordarse el estudio de estas categorías, a continuación se proponen los aspectos fundamentales que el estudio de los dos momentos del proceso de trabajo deberían incluir:

El análisis del momento productivo, referido al proceso concreto que cada trabajador realiza (y sin olvidar que el grupo familiar como unidad de reproducción de la fuerza de trabajo puede integrar elementos con distintas ubicaciones durante el momento productivo), tendría que referirse, dentro de lo posible, a los siguientes aspectos (51):

- Tipo predominante de plusvalía que se extrae, que dependerá del grado de desarrollo técnico y tipo de organización del proceso en la modalidad productiva de que se trate. (Los tiempos de transporte se consideran dentro de la jornada de trabajo).
- Grado y tipo de desarrollo de las fuerzas productivas, relacionado con el punto anterior en la determinación de cómo se da específicamente el proceso de trabajo de ese trabajador, y no sólo en cuanto a cantidad de desgaste, sino calidad del mismo, consecuencias de ello, etc.

- Grado de control relativo del obrero sobre el proceso laboral, en cuanto a forma de realización, intensidad, intervención en la planeación, participación de lo producido, y la forma en que el propio trabajador lo siente.
- Situación de la lucha de clases, control estatal-patronal, avances reivindicativos o de clase.

Para el análisis del momento de consumo, habría que investigar en torno a:

- Ubicación de los elementos que integran la familia durante el momento productivo.
- Repercusión de lo anterior en el desgaste y por tanto necesidad de reposición de la fuerza de trabajo.
- Determinación del momento productivo sobre la organización del momento de consumo en cuanto a tiempo, presupuestos, consumos específicos (al igual que en el punto anterior, esto no se refiere sólo a alimento o vestido, sino actividades culturales, políticas, afectivas, etc.), y al tiempo "libre" en general del trabajador y su familia.

Por lo que se refiere a la categoría clase social, los obstáculos son si cabe mayores. Al intentar definir en una sociedad concreta esta categoría abstracta, que es a la vez teórica y analítica, se tropieza con varias dificultades, desde que se están tratando de captar procesos históricos muchas veces en transición, que se dan en las condiciones particulares que marca la formación económico-social que se estudia.

Aún habiendo acuerdo a nivel teórico, en la aplicación del instrumento a la realidad suelen surgir gran número de objeciones, que sin embargo no pueden ya resolverse más que a la luz de los resultados que surgen de la investigación concreta y que permiten reorientar el uso del instrumental teórico.

En el caso de la caracterización de la estructura de clases de la formación económico-social mexicana actual, es recomendable seguir los lineamientos generales más apegados a la esencia de las categorías clásicas del materialismo histórico, aunque intentando ubicarlas en el momento histórico presente, en el que pueden tomar formas aparentes distintas a las que mostraron en otros sitios y otras épocas, pero si su explicación esencial se encuentra en las mismas leyes del funcionamiento del modo de producción capitalista, no sería necesario crear categorías nuevas sino actualizar las existentes (52).

g) Operacionalización de las categorías propuestas a partir de la información disponible.

La división del trabajo en la sociedad capitalista se ha ido acentuando cada vez más, dando como resultado una atomización en el proceso de trabajo, que dificulta definir al obrero si se lo busca directamente conectado con la producción de mercancías y la creación inmediata de plusvalía. Se hace necesario ampliar un poco el campo de visión para darse cuenta de que el proletariado se encuentra vendiendo su fuerza de trabajo no sólo ya dentro de la esfera de la producción, sino también en la de la circulación, y los límites entre una y otra empiezan a ser cada vez más borrosos.

Podría considerarse que el obrero conceptualizado no como individuo sino

como obrero colectivo (53), trabaja en la producción desde que inicia el proceso productivo al entrar en contacto con su objeto de trabajo presente en la naturaleza, hasta entregar el producto en el mercado en el que esperará a ser adquirido por el consumidor. Es claro que hay un sin número de etapas en este proceso, que ocurren aparentemente lejos de lo que podría pensarse como producción, por ejemplo del transporte de la materia prima o el producto de sus distintas etapas de elaboración que pueden no efectuarse en un mismo lugar. Dentro de la misma esfera productiva, hay varios niveles a los que puede encontrarse este obrero colectivo fraccionado: desde el profesional entrenado que se ocupará de generar los conocimientos técnicos para el avance de las fuerzas productivas, hasta el que se ocupa del mantenimiento del material y la fábrica, pasando por el que controla que trabajen el tiempo estipulado, el que prepara la comida si la toman dentro del lugar de trabajo, etc. La separación de la planeación y la ejecución en la producción ha llevado a concentrar en algunos pocos técnicos la parte pensada del proceso productivo, y en muchos obreros manuales la realización física y además fraccionada del mismo. (54) Surge así la duda de si lo que podría llamarse "la cabeza" del obrero, es decir los técnicos de la producción, pertenecerían aún a la clase obrera o no, ya que consideraciones de orden político e ideológico son aquí muy importantes. En situación análoga estarían los trabajadores cuya fuerza de trabajo es comprada por el capitalista no para producir directamente, sino para controlar el trabajo de los demás.

En la división del trabajo la descalificación del trabajador es cada vez mayor; como el trabajo se va simplificando, la especialización desaparece. Ello conduce, por una parte, a una gran intercambiabilidad de los trabajadores (lo que dificulta definir su pertenencia de clase de acuerdo a su ubicación en el proceso productivo

39

porque ésta puede variar constantemente sin que el obrero pueda elegir dónde vender su fuerza de trabajo), y por otra, a que con gran facilidad caiga al ejército industrial de reserva.

Otra situación que viene a complicar aún más el problema es la heterogeneidad de modalidades productivas, que hace posible que un obrero trabaje para alguna fracción del capital que puede ir desde el monopolístico más avanzado hasta la pequeña empresa e incluso la pequeña burguesía que emplea fuerza de trabajo asalariada.

Ya fuera de la producción, en la esfera de la circulación hay también gran cantidad de trabajadores que se ocupan de mil pequeños detalles, como etiquetar la mercancía, asear el mercado, hacer la cuenta y cobrar, empaquetar, etc. y que, si bien pueden no estar produciendo plusvalía, es innegable que al menos contribuyen para la realización de la que sus compañeros en la esfera de la producción han creado. En la esfera de la circulación hay también toda una gama de posibilidades, según el sector o fracción de capital de que se trate. El capital financiero incluso, cuenta con trabajadores cuya fuerza de trabajo compra, a los distintos niveles en que existe.

Aunado a lo anterior, la creciente importancia del Estado en las sociedades capitalistas actuales y la gran cantidad de fuerza de trabajo que absorbe, la coexistencia que ya se ha mencionado de modalidades productivas no capitalistas, y en la etapa de crisis el aumento hasta cantidades antes no imaginadas del ejército industrial de reserva al grado de crear confusiones teóricas en su interpretación (55), se presenta un obstáculo de considerable magnitud en la definición de la estructura de clases en una formación económicosocial concreta.

34

Los límites entre las distintas modalidades productivas que conforman la formación económico-social mexicana, así como los límites entre la esfera productiva (de donde se extrae la plusvalía que por los más diversos canales y distintas proporciones va a surtir tanto los bolsillos de los capitalistas como los medios de subsistencia del resto de la población no productiva) y la no productiva, no son pues en modo alguno nítidos. Sin embargo, si se toma como criterio para definir la clase social a la relación que se tiene en el proceso productivo con los medios de producción, podrían por lo pronto distinguirse dos grupos: aquellos que los poseen, y aquellos que no; se dejaría la calidad de proletario al grupo de quienes no cuentan para su subsistencia más que con su fuerza de trabajo, y la calidad de capitalistas a quienes poseen medios de producción y compran para utilizarlos fuerza de trabajo, a quienes habría que distinguir de los pequeños burgueses que aunque pertenecen a modalidades precapitalistas subsisten en la sociedad actual, y que se caracterizan por poseer sus propios medios de producción y usarlos ellos mismos para producir. Se dejaría en un grupo aparte a los trabajadores del Estado, cuya significación se encuentra aún poco estudiada, y a lo que llamaríamos capas medias constituídas por aquellos que se mueven en la superestructura de la sociedad, sin vínculo concreto con la producción (como serían artistas, intelectuales, sacerdotes, profesionistas, etc). (56) Al interior de todos estos grupos muy someramente esbozados, habrá que reconocer la estratificación que condiciona distinto tipo de proceso de trabajo y de acceso a la riqueza social.

En cuanto al ejército industrial de reserva, más que una clase o fracción propiamente dicha, hay que conceptualizarlo como una condición transitoria en la que prácticamente cualquier integrante de los grupos mencionados está en posi

37

bilidad de caer, riesgo que aumenta día con día con el avance del capitalismo, y se recrudece en los momentos de recesión del ciclo industrial, y aún más en las épocas de crisis del modo de producción capitalista.

La interpretación del ejército industrial de reserva debe hacerse en perspectiva histórica y no contemplándolo tal como se da en una etapa que, como ocurre en la actualidad, corresponde a una de las crisis capitalistas mundiales - más importantes y graves por su magnitud y profundidad, pero cuyo desenlace y consecuencias no pueden profetizarse. Antes de considerar la necesidad de buscar nuevas categorías para su estudio, habría que revisar muy cuidadosamente cuáles son los mecanismos a través de los cuales sirve para hacer más rentable el capital, algunos de los cuales podrían ser, como apunta Toranzo (57), además de la función clásica de permitir la depresión salarial y el aumento de la explotación (económicamente hablando), el ayudar a la realización de la plusvalía en el caso de los empleados en el comercio y sector "terciario", o incluso el consumir mercancías, realizándola así directamente.

"... Las tendencias de la acumulación conducen a aumentar de manera notable la superpoblación relativa; pero... este fenómeno no es otra cosa que la expresión del proceso de acumulación de capital en la fase monopólica de su desarrollo, ... sus causas y su origen son en esencia los mismos que en el capitalismo competitivo, y más aún, sus funciones no han perdido vigencia, sino que se han intensificado paralelamente al desarrollo del capital" (58).

En cuanto a la categoría proceso de trabajo, a pesar de que a través de los datos disponibles para la presente investigación no pueda ser detalladamente estudiada, sin embargo se consideró fundamental incluirla en el marco teórico debido

2. LA SALUD-ENFERMEDAD MENTAL.

a) Enfermedad mental, realidad o ficción.

Llega una mujer joven, terriblemente angustiada, del brazo de un hombre grande. Grita: "¡Me quieren matar!", lo repite muchas veces. La llevan a un consultorio, ella grita como si fuera víctima de un terrible tormento.

"¡No estoy loca! ¡Me quieren matar! ¡Ustedes me quieren matar!" La señora que barre el pasillo dice: "con más fuerza agarré el palo", y una secretaria comenta nerviosamente: "que inyecten a esa pobre". Entra la enfermera con la jeringa al consultorio, forcejean aún un rato y finalmente los gritos van es paciándose hasta terminar. Mañana la mujer despertará internada en un piso, con la mirada perdida y las facciones endurecidas por la acción del fármaco.

Nadie escuchará lo que tenía que decir. Nadie sabrá quién ni cómo ni por qué la querían matar. Cuando al fin reconozca que sí estuvo loca y que nada ni na die la amenaza, se habrá curado y saldrá del hospital. ¿Qué nos tiene que decir el loco? ¿Quién que lo vea y lo oiga puede dudar de la sinceridad de su angustia? Pero todo se ahoga en el antipsicótico.

Por supuesto, no siempre ni en todos los lugares la escena que se ha descrii to se desarrolla igual. Hubo un tiempo en que la locura no tenía que ver con

a la importancia que tiene en la búsqueda de las mediaciones entre lo social y el proceso que analizamos, de modo que si bien no se apreciará en este trabajo su aplicación precisa, sí quedarán apuntados tanto su utilidad para el análisis como las principales dificultades que se enfrentan metodológicamente para su utilización.

Quedaría entonces explicado el por qué del uso de las categorías propuestas, y las distintas clases y grupos que conformarían la formación económicosocial mexicana con las limitaciones que el desarrollo teórico en este aspecto impone, pero cuya composición cuantitativa de acuerdo a la conceptualización aquí expuesta se mostrará durante la investigación.

42

la Medicina, (59) y en alguna época las crisis convulsivas se identificaron con las posesiones diabólicas (60); aún en nuestra época en varias partes se encuentra algo de sobrenatural en la locura, y para casi todos (aún para quienes trabajan cerca de ella) constituye algo misterioso ante lo cual se reacciona con desprecio, burla o conmiseración, pero en el fondo casi siempre con temor ante un fenómeno que no se alcanza a comprender.

En nuestra sociedad se le llama enfermedad mental. En el México prehispánico se consideraba como un problema con asiento cardíaco (61). En la Europa preclásica se trataba como una equivocación en la apreciación de la realidad (62), y previamente durante la Edad Media como brujería, concepción que aún se encuentra en algunos pueblos primitivos de la actualidad y en el fondo del pensamiento de muchos de nuestros contemporáneos.

La entrada de la locura al terreno de la Medicina (quizá más bien dicho a la inversa) coincide históricamente con los inicios de la producción industrial (63), y a partir de entonces se la conceptualiza y enfrenta en forma similar a como se va haciendo con el resto de las enfermedades, siendo ese el espacio en donde actualmente vamos a encontrarla.

Un libro de texto elemental de Psiquiatría norteamericano comienza diciendo que: "La Psiquiatría moderna es la rama de la Medicina que se ocupa de las manifestaciones y los tratamientos de las anomalías en el funcionamiento de la

personalidad, que afectan ya sea la vida subjetiva del individuo o sus relaciones con los demás, así como su capacidad para adaptarse a la vida en sociedad", - (64). Y más adelante menciona que "Los estudios... de la conducta anormal han establecido las diversas formas de las psiconeurosis, de los tipos de debilidad mental y los trastornos de la personalidad...", aclarando que "Lo que se llama anormal no es sino una expresión exagerada o desequilibrada de lo normal" (65),

Este tipo de concepción es el resultado del proceso seguido por la Psiquiatría desde su aparición como rama médica hasta nuestros días. La locura empezó a ser confinada como enfermedad en los hospitales cuando pasó de ser considerada como un error a serlo como un comportamiento fuera de lo regular y lo normal, "... como trastorno en el modo de comportarse, de querer, de experimentar las pasiones, de tomar decisiones, y de ser libre; en suma, cuando se inscribe no ya en el eje verdad-error-conciencia, sino sobre el eje pasión-voluntad-libertad..." (66), precisamente cuando el flamante modo de producción capitalista reorganizaba la sociedad en torno a él.

Al encontrarse la Medicina ante un fenómeno como la enfermedad mental, la forma de abordarlo fue la misma que empleaba con el resto de las enfermedades: observando y describiendo sus manifestaciones. Cuando se trató ya no de los individuos enfermos sino del nivel colectivo, se procedió a sumar las observaciones individuales y partiendo de la descripción estadística de su distribución en la población, a transformar esta descripción en la definición y explicación de lo que es la enfermedad mental. Surge así la pretendida base científica para el concepto actualmente dominante de salud mental como normalidad. Quien no se comporta como la mayoría es definido como enfermo, y la explicación de

44
por qué está enfermo es que no es normal.

Un concepto complementario al anterior es el de adaptabilidad. Es de esperar que los individuos sanos puedan adaptarse a las circunstancias en que viven. Quien no logra hacerlo, es mentalmente deficiente, inferior a los demás, diferente. Todo ello sin perjuicio de que una creciente proporción de la población vaya convirtiéndose en "inadaptada" y muestre en formas más o menos solapadas su inconformidad y su rebeldía, haciendo dar un traspies al concepto de normalidad, cuando lo que alguna vez se definió como anormal por ser excepcional llega a ser tan común, que es la nueva norma. Pensando en el carácter patógeno de la sociedad capitalista actual, aspecto que se verá más adelante, dice Baran que "... la salud mental de un individuo no puede nunca llegar más allá de la enfermedad de la sociedad que lo produce" (67).

La respuesta que viene aparejada a estos planteamientos es la re-educación del enfermo mental. Si se trata de alguien que se comporta inadecuadamente, que se ha "salido del redil", la Psiquiatría como una "buena madre" va a tomarlo en sus manos para hacer de él un hombre de provecho, alguien "normal", - que no se rebele contra las presiones que "tiene" que soportar, que no impugne "su" sociedad sino que contribuya a mantener su equilibrio, en suma, que vuelva a aprender lo que toda su vida se le ha estado intentando enseñar. Actualmente, como en el tiempo de Esquirol, "... la locura, voluntad perturbada, pasión pervertida, debe reencontrar... una voluntad y pasiones ortodoxas". (68).

Pero ¿qué es, esencialmente, la enfermedad mental? Lo primero que los objetos de la realidad muestran es su apariencia concreta, que constituye para el investigador un todo caótico, puesto que desconoce los elementos que lo consti-

45

tuyen y la relación entre ellos. "Así, el descubrimiento no se reduce nunca a una simple lectura de lo real... Es sabido que el acto de descubrir que conduce a la solución de un problema... debe romper las relaciones más aparentes, que son las más familiares, para hacer surgir el nuevo sistema de relaciones entre los elementos" (69). Es a través del análisis de las múltiples determinaciones que ese objeto empírico sintetiza en sí y de las relaciones entre sus diversos elementos, que el investigador puede finalmente llegar a reconstruirlo - científicamente, como "... un producto del cerebro pensante que se apropia del mundo de la única manera que puede hacerlo..." (70).

Interrogando a la realidad sobre el objeto que estudiamos, la situación que encontramos es que la enfermedad mental en nuestros días es descrita y clasificada por la Organización Mundial de la Salud. Braunstein (71) encuentra en dicha clasificación rastros de varias de las fases por las que la Medicina, en su evolución histórica, ha ido pasando. Sin embargo, por lo peculiar del objeto a que se refiere, la Psiquiatría no pudo encontrar su sustrato corporal tan fácilmente como el resto de la Medicina, y tuvo que aferrarse a la etapa clasificatoria para no quedar sin punto de referencia. Desde el nombre, incluso, de su objeto, lo nebuloso es la norma: "trastorno mental", término que designa una serie de diversas manifestaciones cuya esencia permanece ignorada: "A falta de espacio corporal, espacio taxonómico. A falta de explicación, clasificación. A falta de residencia, parentesco de las enfermedades" (72).

En la 8a. clasificación internacional de enfermedades, parece ser que el eje ordenador de la misma es la característica "mentales", término tan impreciso que permite incluir entidades definidas según la mayor diversidad de criterios, desde el biológico hasta el psicoanalítico, del jurídico-penal al sociopolítico, -

4/3
disfrazado todo de continuidad con la numeración progresiva muy racionalmente iniciada en manifestaciones de trastornos orgánicos indiscutiblemente biológicos para ir pasando a otras manifestaciones similares pero sin lesión orgánica e ir a dar a los "desajustes sociales sin trastorno psiquiátrico manifiesto", para culminar con la categoría "sin trastorno mental", clave que aclara un poco la cuestión: "Si la clasificación de los trastornos mentales incluye una categoría para quienes no tienen trastorno mental, es que no se trata de una clasificación de los trastornos mentales. Sólo puede ser una clasificación de las consultas que pueden hacerse a un psiquiatra con la expectativa de que éste diagnóstique un trastorno mental, pudiendo suceder que no lo haga" (73).

Esto orienta ya hacia una esencia oculta tras la apariencia; en la CIE-8 "... no impera el concepto sino la empiria, la descripción y no la explicación..."; Braunstein, como Foucault en *Las palabras y las cosas* (14) pone de manifiesto la lógica del desorden de la clasificación al compararla con aquella que hiciera Borges en una de sus novelas (75). "Caos de la locura, caos de su clasificación. Se espera que ponga orden pero, ella, refleja el desorden. O tras -- luce un orden que está en otra parte. Que, ya se dijo y todavía se repetirá,... es clasificación de las demandas formuladas al psiquiatra, independientemente de su fuente y origen o de su procedencia y pertinencia" (76).

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

47

Como la salud-enfermedad somática, la salud-enfermedad mental es algo concreto que se da en una sociedad particular, originándose y explicándose en ella. Pero si bien la existencia social de la salud-enfermedad tiene un doble carácter, un proceso material social e históricamente determinado que existe independiente de lo que los hombres piensan de él, y una interpretación del mismo que surge de la sociedad en que se da (77), este segundo aspecto es en la salud-enfermedad mental especialmente importante, y la imbricación entre uno y otro mucho más difícil de desentrañar que en el caso de la salud-enfermedad somática. Pero no sólo eso, sino que en el caso de la Psiquiatría existe también una zona en que parece no existir ya una base material para la imputación ideológica de enfermedad mental, un terreno en que el diagnóstico psiquiátrico se convierte en pura ideología, y esto hace aún más confuso el campo. Probablemente sea esta intrincada situación lo que explique el sentido de las declaraciones de algunos críticos de la Psiquiatría, que ante la dificultad para estudiar estos diferentes aspectos han optado por el momento por un ataque global a la Psiquiatría, lo que habría que superar para pasar a un análisis científico del objeto que origina las prácticas que se critican, avanzar más firmemente hacia su comprensión y continuar con mejores fundamentos los planteamientos alternativos para su enfrentamiento.

Podríamos notar en la concepción actualmente dominante sobre la salud-enfermedad mental (junto a la que coexisten algunas variantes sostenidas por corrientes en algunos casos antagónicas y en otros aceptando esta concepción hegemónica) dos aspectos básicos: por una parte el relativo a lo que es la enfermedad mental como un hecho objetivo, definido como "conducta anormal" (lo que significa tomar la apariencia del objeto como si fuera el objeto mismo) por un saber que es en el fondo agnóstico y por tanto acientífico, en el sentido de que -

48

fundamenta sus conocimientos en apariencias y niega la posibilidad del acceso a la esencia de los procesos (78, 79). Y por otro, el referente a la valoración social del fenómeno, que se infiltra en la sociedad en su conjunto a través de la ideología dominante, y que actualmente asume la forma de un juicio moral negativo sobre el trastorno mental que frecuentemente se desliza hasta la persona del paciente, quien como se verá es implícitamente (y a veces es forma mani-fiesta) considerado como culpable de su "mal".

Por lo pronto, la Psiquiatría parece ser un canal por el que la Medicina sale de sus antiguos dominios para infiltrarse casi insensiblemente hasta lo más recóndito de la sociedad, parcelizada artificialmente en grupos cada vez más pequeños. La Medicina, con la Psiquiatría por delante, como una forma de control sobre una población fragmentada, es algo que resalta en cuanto se penetra un poco más allá de la apariencia del objeto "trastornos mentales": "... de Pinel a Kraepelin y de Kraepelin a la 8a. Clasificación Internacional de Enfermedades ..., la clasificación psiquiátrica ha ido perdiendo en coherencia a la vez que ganando en cobertura" (80). Lo grave de esto es que al proponerles respuestas paliativas o represivas, se aleja a las víctimas de las solu- - ciones reales. "Los psicóticos y los neuróticos graves no son ahora los únicos que se ven como pacientes: están también los desdichados, los pobres, los margi- nales, los despojados, los fracasados y los irrealizados" (81).

Antes de pasar a buscar instrumentos teóricos con qué abordar el estudio de un objeto tan complejo como es la enfermedad mental, hagamos una breve revisión de la Psiquiatría actualmente utilizada en forma profesional en México, espe- cialmente en instituciones del tipo de la que se tomará para la investigación.

Por ahora, únicamente adelantaremos que al igual que para la salud-enfer -

77

medad somática, para la comprensión de la salud-enfermedad mental en su dimensión colectiva, histórica y social, la conceptualización extraída del modelo biológico uni o multicausal basado en la observación de uno o más individuos, no tiene el alcance explicativo necesario. La razón fundamental es, como veíamos en páginas anteriores, que aunque sobre el individuo gravita lo social, el peso de leyes que rigen sobre la dimensión singular es muy importante e impide que los efectos de lo social puedan verse en ella con claridad. Para lograr avanzar en el conocimiento de la salud-enfermedad en su dimensión colectiva, campo de estudio de la epidemiología, es en los grupos humanos en donde corresponde buscar el carácter social del proceso que se investiga. Además, la selección de estos grupos que nunca es arbitraria sino a decisión del investigador, debe realizarse de acuerdo a una teoría científica de lo social.

Agui Bernini

f b) Caracterización de la Psiquiatría en la etapa actual en México.

El saber y la práctica psiquiátrica, como interpretación de un fenómeno y respuesta al mismo, no escapan como veíamos a la determinación social, desde que ellos mismos constituyen parte integrante de una formación económicosocial (82). Así, las mismas condiciones que se ejercen sobre el todo social tienen su repercusión sobre estos aspectos particulares. La Psiquiatría mexicana actual, como la formación económicosocial toda, se explica en el contexto de la articulación con el saber del país bajo cuya hegemonía se encuentra (*), y las características específicas que el propio desarrollo histórico de México le confiere.

(*) Ver capítulo de Crisis económica actual en México.

50

Haciendo un relato a grandes rasgos de la historia psiquiátrica mexicana (83), la evolución de la misma ha ido siguiendo los pasos de la psiquiatría occidental; la inserción empieza con la conquista. El primer hospital de este tipo que existió fue el de San Hipólito, fundado en 1566. En 1687 se funda "La Canoa", que al igual que el anterior era manejado por religiosos. Con algo de retraso si se compara con otros países, la Psiquiatría pasa a manos del Estado hacia 1831, aunque no se formaliza sino hasta 1877 con la creación de la Dirección de la Beneficiencia Pública. Se piensa entonces en la necesidad de la creación de una institución especial para estos enfermos, y en 1910 (Porfirio Díaz) se inaugura el Manicomio General conocido como "La Castañeda", donde imperan las ideas positivistas propias de la época. Dicha institución marca toda una etapa de la Psiquiatría mexicana, y en ella se gestan las corrientes que actualmente se pueden observar dentro de la misma, sobre todo en su práctica institucional.

Hacia los años 1920 a 1950, hacen su aparición en la Psiquiatría mexicana métodos terapéuticos como la insulino-terapia y el electroshock, que aún actualmente se aplican de rutina en los hospitales psiquiátricos, verdaderas torturas que en ocasiones han conducido a la muerte del paciente y que, sin embargo, no se aplican como castigo sino como técnica médica para el "bien" del mismo. La base para tales terapias se encuentra en concepciones biológicas del trastorno mental, que suponen que con este tipo de acciones es posible corregirlos en alguna medida. De todas formas, en los casos en que llegan a tener resultados, sería difícil saber si es debido a algún efecto realmente terapéutico o más bien a una modificación que se obtiene sobre la conducta del paciente dispuesto a comportarse como se espera de él con tal de no sufrir más estos tratamientos.

51

Los defensores de estas técnicas aseguran que no causan ningún daño al enfermo, lo cual habría aún que probar satisfactoriamente en todo caso.

Haciendo referencia a otras terapias, la reeducación del enfermo mental y la ergoterapia entran formalmente en escena en 1943-45 en la Granja de Recuperación de Enfermos Mentales Pacíficos de San Pedro del Monte, Guanajuato. Más adelante, en 1952, con la síntesis de los primeros psicofármacos y los resultados que empíricamente se obtienen sobre los enfermos mentales con estas sustancias, viene lo que se ha llamado la segunda revolución psiquiátrica. Las implicaciones del uso de estos medicamentos fueron muchas. La más importante quizá fue la posibilidad de obtener remisiones de los cuadros psicóticos en los pacientes, lo que no equivale a decir cura, sino únicamente inhibición de sus manifestaciones, permitiendo a los enfermos llevar una vida relativamente mejor - que cuando su único destino era el manicomio. El significado que este tipo de tratamiento tuvo para la industria de medicamentos es obvio. En cuanto a su significado para los pacientes, como no todos los padecimientos mentales resultaron igualmente susceptibles de controlarse con los psicofármacos conocidos, este nuevo giro de la Psiquiatría llevó a hacer una nueva división entre los enfermos: aquellos que responden al tratamiento farmacológico y aquellos que no lo hacen. El primer grupo es definido como recuperable o agudo, y el segundo como irrecuperable o crónico (84). A esta nueva reagrupación corresponde, por supuesto, un nuevo trato.

La llamada Operación Castañeda es reflejo de lo anterior. En las últimas décadas de existencia del Manicomio General, el uso de los psicofármacos dividió a sus pacientes en los dos grupos mencionados. Y para 1967, se cierra definitivamente la Castañeda, y sus habitantes son transferidos a los dos nuevos

tipos de institución que actualmente conocemos: Los recuperables en su mayoría al Hospital Psiquiátrico para agudos Fray Bernardino Alvarez (dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia), en donde son tratados durante tiempos - más o menos cortos (comunmente no más de 6 meses); y los irrecuperables, a los hospitales campestres donde comunmente permanecerán el resto de sus vidas. En cuanto a los recuperables, como pueden en algunos momentos convertirse en crónicos, si eso sucede irán también finalmente al hospital campestre. La institución que en esta investigación estudiaremos corresponde al grupo de las que atienden a los enfermos "recuperables".

Una más de las repercusiones de la revolución farmacológica, fue la posibilidad de abaratar el costo de la atención de los enfermos mentales para el Estado, ya que los únicos períodos en que se debe hacer cargo de ellos es en los brotes no controlables ambulatoriamente, y el resto del tiempo es la familia - quien se ocupa de estas personas. Así es como a fines de los 60, la Psiquiatría mexicana mantiene el control social que corresponde a su función, y logra abatir costos que la crisis fiscal no permitiría seguir elevando.

Finalmente, la repercusión de la farmacología psiquiátrica sobre la concepción de la enfermedad mental, fue la de reforzar los criterios biológicos, apoyándose en la demostración de la alteración de la bioquímica cerebral que los medicamentos corregían. Sin embargo, el peso de este argumento es similar al que tendría para la Medicina en general el del microbio como causa única de la enfermedad. Como dice Guinsberg, "... la relación que se establece entre factores psíquicos y somáticos es tan grande, que la sola presencia de alteraciones orgánicas no es seguro índice de que ésta sea la causa del mal" (85). Otros trabajos que proporcionan argumentos contra estas concepciones causales bioquímicas son los de Linus Paulin (86).

A partir de 1960 surgen en el país programas de Psiquiatría comunitaria, como uno de los intentos de enfrentar la crisis provocada por las contradicciones propias de las instituciones. Este nuevo giro hacia la llamada Psiquiatría social permite extender el campo de acción médico, y psiquiátrico, a una proporción cada vez mayor de la sociedad, con lo que el poder político de ella se incrementa. Esto nos lleva a la necesidad de revisar el significado de la función del Estado dentro de este campo (87).

Con un estudio minucioso de la cuestión es posible observar claramente la intervención del Estado en México tanto en la práctica como en la formación de recursos humanos y, aunque en forma más indirecta (ya que entra por la vía de la imitación de las concepciones norteamericanas y europeas) de la conceptualización en Psiquiatría. Sin embargo, la única relación que se acepta oficialmente entre Estado e instituciones psiquiátricas es de subsidio para servir a la sociedad, especialmente a los sectores más necesitados; las relaciones de control, de ocultamiento y otras implicaciones ideológicas y políticas son sistemáticamente negadas. A pesar de ello, hay un vínculo visible entre Estado e Institución, que es la legislación civil y penal en lo que se refiere al personal médico y a los enfermos mentales, cuyo análisis ayudaría al esclarecimiento de este punto (88).

En la formación económico social mexicana, la práctica psiquiátrica profesional mayoritariamente usada es la de las instituciones públicas, y éstas a través del Estado sufren el dominio de la clase capitalista. El saber y la práctica populares son prácticamente aplastados por el conocimiento profesional (no siempre tan científico como se ostenta), y no por eso dejan de existir, pero se ocultan y en investigaciones realizadas a través del filtro de la atención institucional -

54

son difíciles de descubrir. En cuanto a la práctica psiquiátrica oficial, su objetivo es más que la curación del enfermo, la segregación de quienes alteran el orden necesario para la producción y reproducción capitalista y la re-educación y re-adaptación de ellos o en caso contrario, su exclusión definitiva (89). Como señala Rodríguez: "Al excluir (controlar) al loco, y "curarlo" (re-educarlo), la psiquiatría le presenta a la sociedad la faceta 'más adecuada' de la locura, haciéndole creer que es la beneficiaria de su práctica, y evitando al mismo tiempo la irrupción de lo social como causa de la locura en el campo del conocimiento, situación que sería intolerable para seguir justificando su existencia" (90).

Un análisis muy general de las corrientes dominantes en torno al saber psiquiátrico en México permitirá conocer la conceptualización que éstas hacen de la salud-enfermedad mental y de su determinación causal. En cada una de estas orientaciones podrá notarse como base filosófica la corriente que en cada momento histórico domina en la sociedad: en algunas un empirismo positivista, el idealismo en otras, en algunas el neopositivismo con concepciones estructuralistas o funcionalistas de lo social, etc. Además de la psiquiatría social, se mencionarán algunos aspectos del psicoanálisis aún cuando en las instituciones públicas prácticamente no se le utiliza, únicamente con el fin de introducir algunos puntos interesantes que éste aporta en el enfoque de la salud-enfermedad mental y su generación; y finalmente, se tocará lo relativo a la psiquiatría crítica en donde la llamada antipsiquiatría es la expresión actualmente más conocida, no porque sus planteamientos tengan representación en las instituciones públicas, sino porque permitirán ver las impugnaciones principales a la Psiquiatría tradicional.

55

Esta corriente contiene a su vez en su interior varias tendencias. Una es la que atribuye la enfermedad mental a factores exclusiva o predominantemente biológicos, es decir alteraciones en la anatomía, fisiología o bioquímica del sistema nervioso, que serían la causa directa de la enfermedad mental. La causalidad genética sería otro más de los factores biológicos que podrían causar la enfermedad, y el ejemplo clásico es el de la trisomía del cromosoma 21 que se asocia con el llamado mongolismo. Estas alteraciones biológicas pueden ser provocadas, a su vez, por enfermedades físicas: traumatismos, infecciones, agentes tóxicos, endocrinopatías, desnutrición, asfixia, radiaciones, etc. (91).

, Sin embargo, sostienen otros, las enfermedades mentales pueden deberse también a causas psicógenas, tales como relaciones interpersonales inadecuadas especialmente en los primeros años de la vida, o la pérdida de un ser querido, el aislamiento social, o cualquier factor generador de angustia: "El trastorno mental no es un desorden en la función de un solo órgano, sino el funcionamiento psicobiológico mal adaptado y desordenado de un organismo social". (92).

Quienes son partidarios de la causalidad biológica, argumentan que estas causas psicógenas producen enfermedad en aquellos que, por su constitución biológica, son más susceptibles. Existen, por ejemplo, varios estudios sobre la importancia de la herencia (93) como un factor que explicaría esta predisposición innata a enfermar mentalmente.

Para la psiquiatría tradicional, pues, las enfermedades mentales son "... anomalías en el funcionamiento de la personalidad, que afectan ya sea la vida subjetiva del individuo o sus relaciones con los demás, así como su capacidad para adaptarse a la vida en sociedad". (94). "Lo que se llama anormal no es sino una expresión exagerada o desequilibrada de lo normal. Lo más fructí -

56

fero es quizá considerar que la mayoría de las manifestaciones de psicopatología no son el resultado o la expresión de alguna 'enfermedad', sino una forma de conducta o un modo de vivir que es el producto lógico (aunque implique desadaptación social) de la dotación original particular del individuo, la influencia moldeadora en el hogar, las experiencias traumáticas que modifican el desarrollo de la personalidad, el stress y los problemas que surgen del interior de la vida emocional e instintiva del individuo, la incapacidad de la persona para encarar las tensiones que resultan del stress y de los problemas mencionados, el tipo de reacciones de autodefensa que el individuo utiliza en forma habitual para hacer mínima la angustia, y cualquier afección corporal que altere la integridad o la eficiencia del organismo biológico de la persona. Por lo tanto, los trastornos mentales deben considerarse como pautas de reacción humana cuyo movimiento se inicia ante un stress". (95).

Por lo que se refiere a la importancia que dan a la causalidad social, en general se le concede un lugar, pero a lo sumo de la misma jerarquía que todos los demás factores, dentro de una red causal en donde una serie de elementos interactúan produciendo finalmente la enfermedad: "... los pacientes pueden enfermar por trastornos en las relaciones humanas, igual que por causas metabólicas, genéticas, constitucionales o de otro tipo físico" (96). "El ambiente en el que vive un individuo es mucho más que un mundo físico; incluye la estrecha interacción personal dentro del grupo familiar, las presiones que sobre este grupo imponen la cultura más amplia y sus particulares sistemas de valores, así como la influencia de las fuerzas socioeconómicas, que depende de la estructura de las clases de la sociedad en la que el individuo y su familia viven" (97). Para los autores más organicistas, la influencia de lo social es mucho más lejana, tangencial, y lo decisivo es lo biológico. En la psiquiatría tradicional,

52
cuando se llega a demostrar una correlación entre factores sociales y patología mental, la respuesta es de agnosticismo sobre si esa correlación es de causa o de efecto: "En los estudios de Hollingshead y Redlich sobre la influencia de la clase social en la aparición de enfermedad mental en New Haven, se encontró que la esquizofrenia ocurre con más frecuencia en familias de las clases socioeconómicas más bajas; en este grupo también son más frecuentes otros trastornos que indican defectos en el superego. No obstante, otros estudios han sugerido que la clase social del paciente es tal vez la consecuencia de la enfermedad, y no demuestran que la clase social tenga influencia sobre la forma de enfermedad" (98). De modo que, aunque se encuentren elementos que apuntarían a la importancia de la causalidad social, el agnosticismo en su manejo impide avanzar hacia la búsqueda de esas explicaciones.

- Psiquiatría social. Dentro de la Psiquiatría ha ido creciendo el grupo de investigadores preocupados particularmente por el aspecto social de la enfermedad mental. El término Psiquiatría social ha sido empleado en muy distintos sentidos, algunos con orientación predominantemente práctica y otros fundamentalmente teórica.

Quienes lo consideran como una intersección de la patología social tal como se define en Norteamérica, con la sociología aplicada, manejan la idea de encontrar mejores tácticas para las políticas de higiene mental, que permitieran atacar el problema de la enfermedad mental más efectivamente. (99). Para otros, Psiquiatría social se referiría a la formación de personal con preparación sociológica para el manejo de los pacientes mentales, que fueran capaces de lograrlos hacer "... el reaprendizaje de la vida social, recuperar el sentimiento de su autonomía" (100). Otro grupo considera que "la Psiquiatría social

58

es el estudio de los métodos de tratamiento por medio de la formación de comunidades, por la reeducación de las interrelaciones, por la socialización de los 'aislados' y más particularmente por la terapia de grupo o la ergoterapia" (101). Entre las tendencias predominantemente teóricas estarían básicamente tres: quienes buscan la correlación de factores sociales (constelación familiar, habitación nivel económico, tensiones profesionales, religión, etc.) con trastornos del comportamiento (102). Quienes se enfocan al estudio de las enfermedades mentales colectivas, o de grupos sociales, o "enfermedades de la sociedad" que se difunden a los individuos que la componen (103). Y quienes estudian el comportamiento social de las enfermedades mentales (104). Bastide sugiere agrupar esta diversidad de trabajos en tres diferentes ciencias: la psiquiatría social propiamente dicha, que se ocuparía del comportamiento social de los enfermos mentales, y cuyo objeto sería "... descubrir y controlar las causas sociales de las enfermedades mentales" (105). La sociología de las enfermedades mentales, que se ocuparía de "... 'sopesar' el lugar y el papel de los factores sociales, de las causas sociales. El sociólogo puede evitar el problema de la etiología. El establece simplemente correlaciones entre ciertos hechos sociales y ciertos tipos de enfermedades mentales sin afirmar que estas correlaciones sean forzosamente leyes causales" (106). Y la etnopsiquiatría, que vería la correlación entre hechos étnicos y enfermedad mental, y la forma en que los indígenas tratan la enfermedad mental (107). Así pues, el problema de la causalidad quedaría - en el terreno de la Psiquiatría social; el de las correlaciones entre factores sociales y enfermedad mental en el de la Sociología; y si se trata de la dimensión cultural de los trastornos mentales, sería terreno de la Etnopsiquiatría.

Como puede verse, la concepción de enfermedad mental de todos estos grupos y de la psiquiatría clínica tradicional es esencialmente similar. Para la Psiquia

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

Por lo que se refiere a la causalidad biológica de la salud-enfermedad mental, además de todo lo dicho en la parte relativa a la salud-enfermedad en general, hay que tener en cuenta que "... la estructura económica y las relaciones so ciales de producción y de cambio de una sociedad, y no los fenómenos biológicos en sí mismos, determinan el carácter de la relación del hombre con la naturaleza y, consecuentemente, el tipo de patología que padece" (108).

En cuanto a la Psiquiatría social, en forma similar a lo que ocurre con la Medicina, al agotarse las posibilidades explicativas de la concepción individualista de la enfermedad, se pasa al terreno de lo social adoptando un modelo estructuralista que no deja de cumplir con la función de encubrir a la enfermedad

60
como resultante de las contradicciones del modo de producción en el cual se genera, y al mismo tiempo abre la posibilidad para incrementar el control de la clase dominante sobre el resto de la población. (109).

Ello explicaría en cierta forma la adopción de estos esquemas de pensamiento por la Psiquiatría oficial siguiendo la orientación marcada por el Estado en forma más o menos indirecta. El enfermo mental estorba porque es improductivo y porque pone en entredicho el orden social; el Estado ha surgido para regular y proteger a la sociedad, es el encargado de "... limpiar a la sociedad de todas sus lacras molestas, una de ellas la locura" (110). Surge la institución psiquiátrica, y el Estado entrega al médico un problema que antes no era médico sino social fundamentalmente. El médico lo recibe, teoriza sobre él y luego actúa: su misión será curar, lo que en este caso tan especial de enfermedad equivale a re-educar, rectificar una conducta desviada (111).

En realidad no hay una oposición real entre la Psiquiatría clínica tradicional y la denominada Psiquiatría social. A través de los textos psiquiátricos más modernos (112), puede notarse que la discusión no se da ya tanto en torno a la importancia de lo social en la determinación causal, que es generalmente aceptada, sino más bien el problema está en la forma en que lo social es considerado, conceptualizado y tratado.

La incorporación de lo social como factor causal no basta para explicar cabalmente la etiología de los padecimientos que nos ocupan. Es cierto que un paso fundamental en esta búsqueda es enfocarla intencionadamente hacia la dimensión colectiva, puesto que es en ella donde podrá encontrarse esta determinación profunda de lo social. Sin embargo, la concepción de causalidad del modelo multicausal, lo que plantea, concretamente, es que intervienen en la determinación

de la patología mental tal cantidad y complejidad de elementos, que es prácticamente imposible pretender conocerlos ni mucho menos explicarse cómo actúan; así que bastará con descubrir algunas de las causas más inmediatas de estos trastornos para actuar sobre ellos y "prevenirlos". Este planteamiento en el caso de la Psiquiatría encontró causalmente, como veíamos, un punto de apoyo básico en el descubrimiento de la psicofarmacología: sin saber en un principio cómo actuaban estos medicamentos, se obtenía el efecto tan deseado de modificar la conducta del paciente; se han mencionado también otras terapias que buscan efectos similares; se consideran adecuadas aquellas que modifican la apariencia del fenómeno hacia la llamada "normalidad". Pero en cuanto al avance en el conocimiento del fenómeno, no tiene utilidad real, y de hecho no es ese el objetivo que se pretende alcanzar.

. El psicoanálisis.

La inclinación de Freud por lo biológico es bien conocida; de hecho su formación y sus primeros trabajos de investigación fueron en el campo de la neurología, y fue más tarde, trabajando con pacientes afectadas de neurosis, cuando sus investigaciones lo condujeron hacia la técnica terapéutica que llamó la psicoanálisis, que posteriormente se constituyó en una nueva psicología: el psicoanálisis (113). Por otra parte, en su época (segunda mitad del siglo XIX), la orientación intelectual predominante era una filosofía materialista mecánica, cuyos matices se encuentran en la forma en que expresa, en términos cuantitativos físicos, conceptos tan abstractos y dinámicos como los instintos, la libido, la conciencia, preconciente e inconciente, etc. (114)

Entre las críticas más fuertes que se le han hecho, está la de la sobreesi-



mación que dió al aspecto sexual en el origen de las neurosis, desatendiendo ⁶² otros factores como el ambiental y la importancia de las relaciones interpersonales. Este punto de vista llevó al psicoanálisis a tener resultados poco satisfactorios, y varios autores contemporáneos y posteriores a Freud consideraron que era necesario investigar la influencia de factores culturales y ambientales en el origen de las neurosis. En la actualidad son bien pocos los llamados psicoanalistas ortodoxos que siguen los lineamientos de Freud tal y como él los planteó.

Entre los psicoanalistas ortodoxos que ampliaron las concepciones freudianas sin apartarse sustancialmente de las concepciones originales, destacan Karl Abraham y Ana Freud. Pero la mayoría de ellos introdujeron nuevos elementos a la teoría psicoanalítica original, y así, entre los "disidentes", estarían Adler, Jung, Rank, Ferenczi, Klein, Reich y otros (115).

Posteriormente, especialmente en los Estados Unidos de la postguerra, aparece una nueva orientación dentro de las corrientes psicoanalíticas, que es la denominada culturalista. Para estos autores, las relaciones entre el hombre y la sociedad son fundamentales, más que cualquier otro aspecto. Es cierto que ya el mismo Freud había reconocido la importancia, primero del "hecho traumático" como desencadenante de neurosis, y luego, rectificando, de las situaciones familiares permanentemente tensas como generadoras del trastorno; sin embargo su énfasis estuvo puesto en otros elementos como los instintos. Es cierto también que algunos de sus seguidores habían hecho notar la importancia de las relaciones interpersonales, como Rank, Ferenczi y Reich. Pero los culturalistas vienen prácticamente a hacer una reformulación del psicoanálisis ortodoxo, intentando dar al fenómeno de las neurosis una nueva interpretación con

63

base en su concepción de la importancia de los factores culturales. Los principales representantes de esa corriente son Horney, Sullivan y Fromm (116).

La idea que se encuentra en Freud y en Fromm de la influencia de lo social en el comportamiento humano es bastante distinta. "Según Freud, el hombre es por naturaleza antisocial y la sociedad debe contener sus impulsos y 'domesticar lo'. Como consecuencia de tales represiones en el hombre ocurriría algo milagroso: la sublimación, o sea la transformación de los impulsos naturales en tendencias culturales que llegan a constituir la base de la cultura humana..." "... Las relaciones entre el hombre y la sociedad, Freud las concibió idénticas en todos los sistemas sociales, y en todos, el hombre buscaría la satisfacción de necesidades biológicas" (117). Para Fromm, la cuestión básica no es la satisfacción de necesidades instintivas, sino el tipo de conexión del ser con el mundo: "Las inclinaciones humanas más bellas, así como las más repugnantes, no forman parte de la naturaleza humana, fija y biológicamente dada, sino que resultan del proceso social que crea el hombre. La sociedad no se limita a cumplir una función represora, sino que posee, también una creadora, mucho más importante" (118).

Sin embargo, la concepción de los culturalistas de lo social tampoco va mucho más lejos que los planteamientos de la psiquiatría social, esquema que llevado al terreno psicoanalítico conduce a concepciones como las que se leen en las obras de estos autores (119, 120, 121).

Probablemente el aporte más trascendental de la teoría psicoanalítica para el avance del conocimiento es la posibilidad que abre al abordaje científico de una dimensión tan difícil de tratar como la psíquica, ya pesar de que por el momento ni los planteamientos ortodoxos ni los que surgieron posteriormente hayan logra-

64

do superar las limitaciones que para el pensamiento psiquiátrico dominante se señalaron, exceptuando algunos intentos prometedores (121-A).

. Psiquiatría crítica.

Ante la creciente introducción de la psiquiatría en la vida de la sociedad, su cada vez más clara función de control y su fracaso terapéutico ante los problemas que se espera que resuelva, empiezan a surgir en las últimas décadas corrientes impugnadoras que se han conocido como Antipsiquiatría, y que "... objetiva la ubicación de toda una corriente psiquiátrica; anti por ser contra, lo contrario, lo que se opone y no pretende en sí reformular nada, sino que nace naturalmente como lo opuesto; antipsiquiatría ha existido siempre, desde que existe la psiquiatría misma y si hablamos de varias psiquiatrías debemos hablar igualmente de varias antipsiquiatrías, lo que dialécticamente constituye la reproducción misma de la psiquiatría en su evolución constante" (122).

No obstante, entre los críticos de la psiquiatría y a pesar de las semejanzas aparentes, se pueden distinguir también dos grupos en los que se refleja, como a todos los niveles, la lucha de clases (123).

El planteamiento de fondo de uno de estos grupos (124) iría hacia la negación absoluta de la existencia de la enfermedad mental, la inexistencia de la locura y por tanto la supresión de toda práctica psiquiátrica que resultaría una práctica inútil ante un problema imaginario.

El otro grupo reconoce la existencia de un fenómeno poco estudiado y tan tenebroso por mecanismos de la superestructura social que hace confusa su naturaleza esencial y sus determinantes causales; reconoce también en la práctica psiquiátrica una forma de atacar a las clases dominadas y por tanto (aunque en

ocasiones en formas poco estructuradas y más voluntaristas que científicas; la necesidad de acabar con ese tipo de respuesta y buscar una forma adecuada de responder a una demanda real por parte de la población. (125).

La diferencia aparentemente sutil de unos y otros planteamientos, que Rodríguez y Lloret (126) proponen distinguir con los nombres de despsiquiatrización y antipsiquiatría respectivamente, es fundamental.

El sentido de la crítica que Navarro hace a los planteamientos de Illich (127) de desmedicalización sería aplicable al primero de estos grupos. Despsiquiatrizar a la sociedad, negar la existencia de algo por confuso que parezca, es en el fondo desconocer un problema real que afecta a la población y por tanto ahorrarse la respuesta a él.

Con un enfoque diferente al que se acaba de mencionar, entre los impugnadores que han surgido más recientemente (en la década de los 70), hemos hablado ya de Paulin y la psiquiatría ortomolecular (128), cuyos planteamientos han minado las bases de la psicofarmacología, principal arma de la psiquiatría institucional.

Bien hace notar Foucault (129) que las más importantes impugnaciones a la psiquiatría desde fines del siglo XIX, han tenido en común el poner en entredicho el poder del médico. Ello explicaría, por ejemplo, la oposición de la psicofarmacología o el psicoanálisis como defensores de este poder, con los movimientos antipsiquiátricos de los últimos años, que pretenden transferir al propio "loco" el saber y el poder sobre su locura.

En cuanto a la antipsiquiatría como la oposición al enfoque de la psiquiatría dominante sobre el problema de la salud-enfermedad mental, tanto en cuanto al

66

saber como a la determinación causal y a la práctica, constituye la respuesta de las clases dominadas ante la agresión que por medio de la psiquiatría les inflige el capital. Existe, sin embargo, una gran necesidad de trabajar en este sentido a un nivel científico, para poder estructurar más consistentemente cada vez estos replanteamientos y enfrentarlos con éxito al conocimiento dominante superándolo, en una forma semejante a como en partes previas se trató sobre la contribución al desarrollo del saber médico en general mediante la aplicación de una metodología científica revolucionaria.

Un paso preliminar en este sentido sería llegar a una reformulación de lo que es la salud-enfermedad mental mediante un análisis que distingue los múltiples elementos que este objeto de estudio involucra y la dinámica existente entre ellos, puesto que "... crítica -aspecto necesario- no es sinónimo de construcción: en todo caso sólo un primer paso" (130).

Por lo que toca a los trabajadores de la salud mental, quizá especialmente aquellos que conocen el psicoanálisis, "...es difícil comprender -pero no por ello menos real- cómo profesionales cuya especificidad es encontrar los significados ocultos tras los contenidos manifiestos (interpretación de lo real latente) abandonan esta práctica respecto a su propio accionar profesional, conformándose con tomar como real sólo a los contenidos manifiestos" (131)

Para concluir, solamente remarcar que "El desarrollo de la psiquiatría en la historia no es más que el resultado de una evolución dialéctica que tiende a la superación de las contradicciones engendradas en la misma; el grado de avance o atraso de una especialidad como la psiquiatría, no es producto autónomo; la psiquiatría no evoluciona independientemente de la sociedad, evoluciona junto con ella, paralelamente y determinada en gran parte por el desarro-

llo histórico de esa sociedad. En cierta medida es su efecto". (132)

c) Un abordaje científico de la salud-enfermedad mental.

La consideración de la causalidad de los padecimientos mentales desde una perspectiva social e histórica permite (por lo expuesto en la parte primera de este capítulo) ampliar la posibilidad de comprender su producción.

Cuando se adopta un punto de vista parcial, sea este genético, anatómico, funcional, psicodinámico o cualquier otro, se limita considerablemente la captación de la realidad compleja en la cual se da el fenómeno de salud-enfermedad, especialmente por lo que se refiere al aspecto psíquico, en el cual la influencia de múltiples determinaciones de dimensiones más generales es fundamental.

Si se pretende avanzar hacia un más profundo conocimiento de la determinación causal de estas manifestaciones, es indispensable aproximarse a su estudio con un método que permita abarcar no sólo la totalidad de los procesos que inciden sobre ellos, sino también la dinámica existente entre ellos y su peso específico en la determinación de aquellas. La determinación de elementos subjetivos, culturales, y superestructurales en general, todos ellos enraizados en la infraestructura económica, sobre el fenómeno material propiamente dicho es de gran relevancia en este tipo de análisis, y una limitación seria de la mayor parte de abordajes a él, tanto clínica como epidemiológicamente, ha sido la visión parcial y fraccionada de las distintas corrientes psiquiátricas, la cual ha llevado a un desacuerdo tanto en el diagnóstico como en el manejo de los pacientes, dando frecuentemente una impresión de poca científicidad, subjetividad, y en última instancia de deficiente o al menos incierto resultado para el enfermo atendido en -

el servicio psiquiátrico. De ahí la necesidad inaplazable de buscar un abordaje más adecuado para el estudio, análisis y comprensión de la intrincada realidad que constituye ese complejo de ideología, inserción en una estructura social histórica y sustrato humano que se ha llamado enfermedad mental.

Prácticamente cualquier caso que se tome de enfermo mental nos serviría como ejemplo para ilustrar la complicada interrelación de múltiples situaciones - en la generación del padecimiento, y la determinación de algunas de ellas sobre el resto, de manera que no todas serían causa suficiente (133) del padecimiento, sino que algunas lo condicionan actuando sobre otras.

Así por ejemplo, si se tiene un individuo más susceptible que la mayoría a sufrir un trastorno mental, sea por una lesión adquirida, por una carga genética desfavorable, por una estructuración de la personalidad inadecuada, etc. y a este individuo se le somete a presiones excesivas sea en su trabajo o en la vida familiar (sin ponernos en situaciones extremas bastante frecuentes por cierto de encontrarse en dificultades para la obtención del sustento diario para él y su familia), lo más seguro es que en él se desencadene el proceso patológico al que se encuentra predispuesto. Cuando al estudiar esta realidad (que en el ejemplo se simplifica para hacer más sencilla la explicación) se la enfoca únicamente desde el punto de vista de la lesión orgánica o genética se tendrá una visión demasiado "de cerca", que impedirá contemplar el todo en su dinámica, y por tanto se darán soluciones insuficientes al problema. Si en lo que se pone la atención es, por otra parte, en la forma particular de responder del aparato psíquico de cada paciente ante situaciones traumáticas, se tendrá igualmente una visión parcial del problema, se harán atribuciones absurdas como ocurre en ocasiones (por ejemplo el achacar a problemas individuales con la autoridad -

una reacción por demás lógica de inconformidad con las normas sociales impo- 69
rantes ante un despido del trabajo) o cuando menos lejanas a la problemática -
real que condiciona la expresión considerada patológica.

Pero aún cuando se contemplen varios de los elementos que condicionan el bro-
te del padecimiento, si no se hace un esfuerzo por dilucidar la dinámica que se
da entre ellos, jerarquizándolos según la forma en que se determinan los unos a
los otros, no se logrará ni comprender cómo se genera ni mucho menos actuar
para curarlo, mejorarlo o prevenirlo. Ante un paciente con una neurosis de an-
siedad por conflictos familiares, porque es emocionalmente inestable y reacciona
"inadecuadamente", haciendo caso omiso de que se trata de un jefe de familia -
con graves presiones en el trabajo que descarga sobre su grupo familiar, cuya -
situación económica es por demás incómoda, etc., no se conseguirá una solución
real ni con tratamiento farmacológico ni con analítico ni con ninguno que contem-
ple parcialmente la problemática de este individuo, acciones que en el mejor de
los casos resultarían paliativas.

Estos ejemplos se han referido al nivel singular constituído por el individuo
y su familia. Pero objetivamente esta pequeña unidad comparte con muchas otras
iguales condiciones de vida y trabajo determinadas por la estructura social de la
que forman parte, considerando lo cual muchas cosas empiezan a adquirir senti-
do. Desde el reconocimiento de que un campesino recién llegado a la ciudad no
es oligofrénico sólo porque tiene escaso vocabulario en común con el psiquiatra
habitante de una ciudad, o porque el saber del primero se refiere a objetos muy
diferentes que el del segundo; hasta la apreciación de que no son ni una fatalidad
ni algo propio de la "idiosincracia" del pueblo manifestaciones como el alcoholis-
mo generalizado o los graves sentimientos de inseguridad de muchas personas o
las peculiares relaciones que se establecen en la mayoría de las familias en una

sociedad como esta, según la pertenencia a una clase social.

Si para el trabajador de la salud que se enfrenta a esta problemática es fundamentalmente recuperar esta perspectiva, para el propio paciente que sufre tanto la acción de situaciones intolerables como su propia incapacidad para manejarlas en forma socialmente aceptable, tendría ciertamente efectos benéficos el reconocimiento de que su problema no es una incapacidad individual de la que se le hace sentir víctima o culpable, sino algo que tiene en común con muchos otros integrantes de su clase social, y que el origen real y la solución no está en cada individuo, sino en la dimensión colectiva y el enfrentamiento científico de ella: "... de reconocerse masivamente tal carácter alienante y rutinario del trabajo dentro del capitalismo, la consecuencia sería distintos tipos de rebeldía. Pero en tanto esto no sea comprendido, o bien atribuido a otras causas, estas actitudes rebeldes son ahogadas antes de nacer, creándose la falsa conciencia de la perturbación mental como consecuencia exclusiva de factores individuales o físicos" (134).

El método que se propone para el estudio de la salud-enfermedad mental en este trabajo pretende, pues, analizar las dos dimensiones básicas de este proceso: su apariencia y su esencia, es decir por qué esa esencia adquiere tales manifestaciones aparentes. No se trata simplemente de negar la apariencia que empíricamente se observa, sino de investigar sus determinaciones y reconstruir científicamente al objeto como un todo no ya caótico como se presentaba inicialmente, sino conociendo los distintos elementos que en él se articulan y la dinámica entre ellos. (135)

Los pasos a seguir, sintéticamente presentados, serían:

- 1) Delimitar el objeto de estudio
- 2) Captar sus manifestaciones aparentes
- 3) Investigar las determinaciones esenciales de tal apariencia
- 4) Reconstruir científicamente el objeto estudiado.

En partes previas de este capítulo se ha visto el carácter histórico del proceso de salud-enfermedad, su determinación social que explica la distribución diferencial que muestra en los distintos grupos de la población y las categorías que permiten el análisis de estas dimensiones. Con esos mismos instrumentos teóricos propuestos para trabajar con la salud-enfermedad en general, habrá que abordar su aspecto psíquico (aunque en este trabajo no sea posible abarcar el análisis de las condiciones que lo hicieron llegar al campo de la Medicina, estudio que algunos autores han estado desarrollando) (136, 137), puesto que el pro-blema que su manifestación material representa para esta sociedad así es interpretado y manejado por ella, esto es que la salud-enfermedad mental (sea cual fuere la esencia de su existencia material) existe en nuestros días socialmente como tal.

Ahora bien, el primer paso a seguir sería investigar si todas estas manifestaciones denominadas trastornos mentales comparte o no una misma naturaleza esencial.

Hay un aspecto real, material, en el fenómeno conocido como enfermedad mental; su asiento biológico según el conocimiento presente es el sistema nervioso, y se trata a veces de una lesión anatómica macroscópica (tumores encefálicos por ejemplo), otras de una alteración genética (trisomía 21), otras, de alteraciones

72
nes en el funcionamiento del órgano cerebral mediadas por disfunciones bioquímicas (como se piensa que pasa con la esquizofrenia y otras psicosis). Pero en muchos casos no se trata de algo sensorialmente perceptible, ya que las alteraciones en el aparato psíquico aunque su sustrato material pueda ser el sistema nervioso, por ahora no son accesibles al análisis a través de instrumentos que no sean algunos métodos psicológicos del tipo del psicoanálisis que permitan algún acceso a su estudio. Ello no significa que los problemas psíquicos no se consideren como algo material. Lo son, pero en una forma diferente que las alteraciones somáticas.

Cuando se toma la apariencia de la enfermedad mental, se incluye en ella lo siguiente:

- . Alteraciones somáticas que producen como manifestación comportamientos calificados como anormales. Estas alteraciones no necesariamente deben ser cerebrales, sino que pueden tener otras localizaciones en el organismo humano (piel, sistema osteomuscular, etc.), siempre que produzcan los comportamientos catalogados como enfermedad mental.
- . Alteraciones psíquicas que originan este tipo de comportamiento. La causa de ellas puede también variar: problemas en la estructuración de la personalidad en la infancia, presiones sociales en otras etapas de la vida, etc.
- . Comportamientos considerados como patológicos, aún cuando no tengan ningún referente somático ni alteración psíquica demostrable, en forma puramente ideológica.

Sin embargo, la naturaleza esencial de todos estos casos no es la misma, a pesar de que la apariencia de ellos y la representación ideológica que se les da

sean iguales. En primer lugar, habrá que distinguir lo que es enfermedad real, objetivamente, independientemente de lo que los hombres piensan de ella (como los dos primeros casos) lo que no significa que escape a la determinación social, y lo que no lo es (como el tercer caso). En segundo lugar, reconocer la parte de ideología que el objeto real salud-enfermedad mental (como sucede con la somática) contiene; en el caso de lo que hemos señalado como mera imputación - ideológica, no existiría objeto real salud-enfermedad.

Para precisar un poco más claramente los distintos elementos que sintetiza el objeto salud-enfermedad mental tal como actualmente se define, diríamos que son (sin entrar al análisis de la relación entre ellos):

- 1) Un aspecto material, que en algunos casos es cognoscible sensorialmente (si tiene algún referente somático) y en otros sólo a través de un estudio idirecto (cuando se refiere a acontecimientos con asiento psíquico, a nivel de la - estructura de la personalidad), pero que en todos los casos tiene una deter- minación socio-histórica.
- 2) Un aspecto ideológico, que es la forma en que la sociedad piensa el primero, y que en el estudio de la salud-enfermedad mental es particularmente impor- tante.
- 3) Añadido a la salud-enfermedad mental real con su doble carácter (material - biológico y psíquico, e ideológico social), un grupo de comportamientos cuya única definición como patológicos es ideológica, social.

El análisis del objeto, entonces, deberá llevar a la desintegración de los elementos que lo conforman, para reconstruir científicamente su confusión aparente y poder conocer más aproximadamente la articulación dinámica de sus determina-

ciones entre sí y del objeto mismo con la totalidad social en que se da, haciendo la distinción (138) entre la "enfermedad mental" como definición de un campo de intervención que abarca las manifestaciones aparentes mencionadas (y por tanto, la salud-enfermedad mental real y la creada ideológicamente), y el hecho objetivo cuya causa profunda sólo puede encontrarse en la sociedad que lo genera, que podría denominarse "locura", y que especialmente cuando no tiene más asiento que la estructura psíquica ha sido tan difícil de estudiar.

Seguramente la dimensión psíquica del ser humano, entre las dimensiones biológica y social, tiene un significado fundamental en la comprensión de las mediaciones entre una y otra, aspecto que en este trabajo no se ha podido abordar a fondo y del cual hay casi todo por conocer.

d) Determinación histórica y social.

Si como se ha mostrado hasta aquí, es inadecuado buscar las explicaciones del proceso de salud-enfermedad aislando al hombre de la sociedad de la que forma parte, entender un aspecto de este proceso como es la denominada enfermedad mental no es posible a no ser que se ubique dentro del contexto sociohistórico el fenómeno estudiado.

Los instrumentos teóricos propuestos en la primera parte (clase social, proceso de trabajo con sus dos momentos y fracción de clase), posibilitan una forma de lograr este nuevo abordaje de la salud-enfermedad mental.

La patogenicidad propia del modo de producción capitalista se ejerce, específicamente para el aspecto que en este trabajo se estudia, a través de los mecanismos que en las páginas previas se han ido analizando. Sin embargo, como

75
también hemos podido observar, el objeto que estudiamos, aunque actualmente se ha colocado dentro del campo de acción de la Medicina, contiene una serie de procesos entremezclados que no deben confundirnos.

Tras la producción de la locura (objeto real), se encuentran situaciones como:

- Las dificultades que tienen los distintos grupos en que se ha desintegrado a la población para vivir en las condiciones en que su particular ubicación dentro de la estructura social los coloca; las graves desventajas anatómicas, fisiológicas y psíquicas en que se encuentran la mayoría de los integrantes de una formación económicosocial como la mexicana para enfrentar esas presiones a que el modo de producción hegemónico los somete, originadas en las condiciones de vida y reproducción que éste determina. Y en torno a todo esto, el manejo ideológico del concepto trastorno mental, que se expresa en las conceptualizaciones que sobre el fenómeno hacen las distintas corrientes (de las cuales se han revisado las más usadas), y cuya utilidad en favor de los intereses de la clase dominante como mecanismo de control social, más o menos sutilmente según el caso, es fundamental.

Entre quienes se rotulan como enfermos mentales, encontraremos víctimas de procesos reales o puramente ideológicos, cuya principal similitud es la manifestación aparente, caracterizada por una respuesta de rechazo que puede ir desde el abandono total del contacto con el mundo exterior, hasta la destrucción de la propia persona o la de algún semejante.

El "loco" trata de decir algo a la sociedad que lo produce, algo que muy probablemente él mismo no sepa precisar. La sociedad teme al "loco", pero más que a él teme escuchar ese mensaje desesperado. Actualmente se le --

encierra y se le descalifica, se le nulifica, todo lo que él dice es falso, sin razón. Se ha mencionado ya cómo en las distintas sociedades el significado y la respuesta ofrecida a la locura ha ido variando. Se ha visto también como los modos de producción determinan los procesos de la vida de los hombres que en ellos existen, entre ellos la salud-enfermedad tanto en sus aspectos esenciales como en las manifestaciones aparentes y las representaciones subjetivas. Hagamos ahora una revisión de ciertas particularidades del proceso de trabajo en su modalidad capitalista relevantes para el análisis del proceso específico que investigamos, para posteriormente durante la investigación, escuchar lo que los enfermos mentales de esta formación económicosocial tienen que decir.

A continuación, ilustradas por vívidas descripciones de Marx referentes a la época y la sociedad que investigaba pero cuya semejanza con situaciones actuales podrá fácilmente apreciarse, se señalan algunas de las características patógenas del proceso de trabajo en el capitalismo, que se dan en diversos grados en cada formación económicosocial según la etapa histórica que viven, pero que en general con la maduración del modo de producción van acentuándose.

Propias del momento productivo:

- Enajenación del productor de sus medios de producción y del producto, con la consecuente disociación entre planeación y ejecución de la producción, lo que entre muchos otros efectos despoja al trabajo de su carácter satisfactorio, creativo y enriquecedor del hombre que lo ejecuta.
- Transformación de la fuerza de trabajo en mercancía; el obrero parcial es embrutecido por el proceso de producción capitalista y, como apunta Marx citando a Smith, "... en toda sociedad industrial y civilizada, es ésta la

condición en la que tiene necesariamente que caer el pobre que trabaja, o sea la gran masa del pueblo" (139).

- División técnica y social del trabajo, Con la manufactura, y cada vez más con el desarrollo del modo de producción capitalista, la fuerza de trabajo individual va siendo desplazada; este nuevo modo de producir "Mutila al trabajador, lo convierte en una aberración al fomentar su habilidad parcializada... sofocando en él multitud de impulsos y aptitudes productivas, tal como... se sacrifica a un animal entero para arrebatarse el cuero o el sebo. No sólo se distribuyen los diversos trabajos parciales entre distintos individuos, sino que el individuo mismo es dividido, transformado en mecanismo automático impulsor de un trabajo parcial, realizándose así la absurda fábula de Menenio Agripa, que presenta a un hombre como un mero fragmento de su cuerpo" (140). La similitud de la descripción de manifestaciones de la llamada esquizofrenia con lo anterior llama la atención.

- Disminución de las capacidades en general de los trabajadores y fomento de habilidades parcializadas. En el modo de producción capitalista, con la cada vez mayor colectivización de la producción, se llega "... a hacer de la carencia de todo desenvolvimiento una especialización" (141), lo que abarata el costo de la fuerza de trabajo al disminuir los costos de aprendizaje. "Cierta atrofia intelectual y física es inseparable, incluso, de la división del trabajo en la sociedad como un todo. Pero como el período manufacturero lleva mucho más adelante esa escisión social entre las ramas de trabajo, y por otra parte hace presa por vez primera -con la división que le es peculiar- en las raíces vitales del individuo, suministra también por primera vez el material y el impulso necesarios para la patología industrial" (142).

- Trabajo monótono con connotaciones de desagradable, obligatorio, fatigante y desgaste, dedicado al enriquecimiento ajeno pero no propio: "... la continuidad de un trabajo uniforme destruye la tensión y el impulso de los espíritus vitales, que encuentran su esparcimiento y su estímulo en el cambio mismo de actividades" (143). Señala Tuckett (citado por Marx) (144): "Un hombre que pasa su vida entera ejecutando unas pocas operaciones simples... no tiene oportunidad de ejercitar su entendimiento... en general, se vuelve tan estúpido e ignorante como es posible que llegue a serlo un ser humano". Y la observación del propio Marx: "El trabajo mecánico agrede de la manera más intensa el sistema nervioso, y a la vez reprime el juego multilateral de los músculos y confisca toda actividad libre, física e intelectual, del obrero. Hasta el hecho de que el trabajo sea más fácil se convierte en medio de tortura, puesto que la máquina no libera del trabajo al obrero, sino de contenido a su trabajo" (145), ya que en este modo de producción "... no es el obrero quien emplea la condición de trabajo, sino, a la inversa, la condición de trabajo al obrero".
- Lucha del capital por la extracción mayor posible de plusvalía, sea por la modalidad que sea (absoluta o relativa), y necesidad del trabajador de defenderse ante tal situación. Actualmente, como en la Inglaterra del siglo pasado, "Todos los órganos de los sentidos son uniformemente agredidos por la elevación artificial de la temperatura, la atmósfera cargada de desperdicios de la materia prima, el ruido ensordecedor, etc. para no hablar del peligro mortal que se corre entre la apiñada maquinaria, la cual produce sus partes industriales de batalla con la misma regularidad con que se suceden las estaciones. La economía en los medios de producción..., en ma -

nos del capital se convierte a su vez en un robo sistemático en perjuicio de las condiciones vitales del obrero durante el trabajo..." (146).

- Tendencia al abaratamiento de la fuerza de trabajo por diversos mecanismos, inclusión de fuerza de trabajo poco calificada, mujeres y niños por el precio menor a que se adquiere (dependiendo este recurso de la evolución del modo de producción en cada FES). "Mediante la incorporación masiva de niños y mujeres al personal obrero combinado, la maquinaria quiebra, finalmente, la resistencia que en la manufactura ofrecía aún el obrero varón al despotismo del capital" (147). En un principio, "El valor de la fuerza de trabajo no es taba determinada por el tiempo de trabajo necesario para mantener al obrero adulto individual, sino por el necesario para mantener a la familia obrera. Al arrojar a todos los miembros de la familia obrera al mercado de trabajo, la maquinaria distribuye el valor de la fuerza de trabajo del hombre entre su familia entera", desvalorizando así la fuerza de trabajo y aumentando la posibilidad de explotación a mayor cantidad de obreros y en grado mayor (148).
- Constante expulsión del mercado de proporciones crecientes en términos relativos de la fuerza de trabajo, especialmente en las etapas recesivas de cada ciclo industrial y sobre todo en etapas críticas del capitalismo. "A raíz de estos cambios periódicos del ciclo industrial, se vuelven normales la inseguridad e inestabilidad que la industria maquinizada impone a la ocupación del obrero y por tanto a su situación vital" (149). "Hemos visto como esta contradicción absoluta suprime toda estabilidad, firmeza y seguridad en la situación vital del obrero, a quien amenaza permanentemente con quitarle de las manos, junto al medio de trabajo, el medio de subsistencia; con -

hacer superflua su función parcial y con ésta a él mismo" (150).

Propias del momento de consumo:

- Organización general del tiempo "libre" condicionado más por lo que permite el momento productivo que por lo que sería adecuado para la reproducción del trabajador y su familia. "El trabajo forzoso en beneficio del capitalista no sólo usurpó el lugar de los juegos infantiles, sino también el del trabajo libre en la esfera doméstica, ejecutando dentro de límites decentes y para la familia misma" (151). En cuanto a las funestas consecuencias, aunque con diferencias de forma en el fondo los orígenes son los mismos: "... las altas tasas de mortalidad principalmente se deben, si se hace abstracción de circunstancias locales, a la ocupación extradomiciliaria de las madres, con el consiguiente descuido y maltrato de los niños, como por ejemplo alimentación inadecuada, carencia alimentaria, suministro de opiáceos, etc., a lo que debe agregarse el antinatural despego que las madres experimentan por sus hijos, lo que tiene por consecuencia casos de privación alimentaria y envenenamiento intencionales" (152); compárese con los trabajos actualmente referidos al tema del "síndrome del niño golpeado".
- Acceso a proporciones mínimas de la riqueza social producida con su trabajo, en grados diversos según la fracción de clase a que pertenezcan. "Cuanto más rápidamente se acumula el capital en una ciudad industrial o comercial, tanto más veloz es la afluencia del material humano explotable, tanto más miserables las improvisadas viviendas de los obreros" (153): en la actualidad, los llamados cinturones de miseria en torno a las grandes ciudades. En cuanto a las repercusiones sobre la salud en general y psíquica en particular, dos

citas de expertos de su época encargados de estudiar la situación (Simón y Hunter respectivamente) recabadas por Marx para su investigación: "En su grado más alto, ese hacinamiento determina casi necesariamente tal negación de toda delicadeza, una confusión tan asqueante de cuerpos y funciones corporales, tal exposición de desnudez ... sexual, que más que humano es bestial. Estar sujeto a estas influencias significa una degradación que necesariamente se vuelve más profunda cuanto más continúa su obra. Para los niños nacidos bajo esta maldición, constituye... un bautismo en la infamia" (154), "No sabemos cómo se criaría a los niños antes de esta densa aglomeración de los pobres, y sería un profeta audaz el que nos predijera qué conducta puede esperarse de niños que, bajo circunstancias sin paralelo en este país, se educan actualmente para su práctica futura como clases peligrosas, pasando media noche sentados con personas de todas las edades..., borrachas, obscenas y pendencieras" (155).

Condiciones generales de vida tan miserables, que con frecuencia dejan de ser condiciones de vida y conducen a la enfermedad y/o la muerte de los más vulnerables. A través, nuevamente de las palabras del Dr. Simon: "... se recordará que la privación de alimentos sólo se tolera con la mayor renuencia, y que por regla general una gran exigüidad de la dieta sólo se presenta si otras privaciones la han precedido", vivienda mala, carencia de enseres domésticos y muebles, suciedad, etc. después de un proceso de trabajo particularmente intenso y extenso, del cual finalmente también se verá privado el trabajador (156). Y algo que también se encuentra a lo largo del desarrollo histórico del capitalismo: "En el conflicto con la 'opinión pública', o también con la política sanitaria, el capital no se avergüenza en absoluto

de 'justificar' las condiciones en parte peligrosas, en parte degradantes que inflige a la función y a la vida doméstica del obrero. Aduce que esas condiciones son necesarias para explotarlo más lucrativamente" (157), argumento que recientemente se escuchó en la formación económico social mexicana.

En palabras de Marx, para resumir: "... dentro del sistema capitalista todos los métodos para acrecentar la fuerza productiva social del trabajo se aplican a expensas del obrero individual, todos los métodos para desarrollar la producción se trastruecan en medios de dominación y explotación del productor, mutilan al obrero convirtiéndolo en un hombre fraccionado, lo degradan a la condición de apéndice de la máquina, mediante la tortura del trabajo aniquilan el contenido de éste, le enajenan -al obrero- las potencias espirituales del proceso laboral en la misma medida en que a dicho proceso se incorpora la ciencia como potencia autónoma, vuelven constantemente anormales las condiciones bajo las cuales trabaja, lo someten durante el proceso de trabajo al más mezquino y odioso de los despotismos, transforman el tiempo de su vida en tiempo de trabajo, arrojan su mujer y su prole bajo la rueda de Zhaganat del capital" (158).

El modo de producción capitalista que domina actualmente a nivel mundial, aunque con las especificidades propias del momento presente de su evolución y la inserción particular dentro de él de cada formación económico-social, es esencialmente el mismo. El estudio de las condiciones actuales de la formación económico-social mexicana permitirá corroborar esta afirmación, y con los elementos hasta aquí presentados y las especificaciones sobre la sociedad en que se hará esta investigación quedará esbozado el marco en que hay que entender los procesos cuya determinación causal analizamos.

Para abordar esta parte del estudio, en que se intentará ubicar la formación económicossocial mexicana actual dentro del capitalismo mundial en la coyuntura presente, hay necesidad de hacer una revisión de los aspectos centrales de dicho modo de producción, sus leyes y consecuencias de las mismas, y el surgimiento de las crisis económicas dentro de él, con especial atención a la que domina la escena mundial de las últimas décadas.

3. LA ETAPA HISTORICA ACTUAL: CRISIS MUNDIAL DEL CAPITALISMO.

a) Qué es una crisis capitalista.

La crisis actual de la economía capitalista se ha convertido en uno de los más frecuentes temas de estudio y discusión, debido a la trascendencia del mismo.

Se ha denominado recesión aunque algunos autores usan también el término crisis a la etapa del ciclo económico capitalista que se caracteriza por el estancamiento general de la economía, tanto en la esfera de la circulación como en la de la producción, que es un fenómeno que se sucede periódicamente en cada uno de estos ciclos; pero se ha llamado también y más propiamente crisis a las etapas recesivas particularmente prolongadas y que se dan a mucho más largo plazo que las anteriores y cuya causa es más profunda que la de las recesiones cíclicas antes mencionadas, pues afecta a la estructura misma del sistema capitalista, a la forma de acumulación tal como se da en cada una de las distintas fases por las que éste va pasando.

La crisis del sistema capitalista iniciada a fines de los sesentas sería de este segundo tipo, y no implica necesariamente que no continúen habiendo las altas y bajas propias del ciclo, sólo que en un contexto de estancamiento de la producción provocado por la agudización de las contradicciones inherentes al capitalismo y que marcan los límites de sus posibilidades objetivas de existencia. Para entender más claramente todo lo anterior, hay que remontarse a los conceptos básicos que explican la generación de esta crisis.

85
La posibilidad teórica de la existencia de crisis económicas surge en el momento en que las mercancías se desdoblán en mercancías propiamente dichas, y su equivalente general dinero (159). Al quedar la compra y la venta separadas en el tiempo y en el espacio, puede ocurrir que haya quienes vendan sin comprar, y esta interrupción en la circulación provocará una crisis en la que habrá en el mercado muchos productos sin contravalor en dinero (160). Además, la doble función del dinero como medio de circulación y como medio de pago, permite - que desde el momento en que una mercancía se produce, hasta que se vende, - pase un tiempo en el cual el precio de ella puede variar y así con el mismo dinero no puedan comprarse las mismas cosas (161).

Sin embargo, como en la economía precapitalista el fin era la producción de bienes para el consumo, las crisis eran provocadas sólo cuando surgía algún - obstáculo para la producción o la circulación generalmente extraeconómico (guerras, epidemias, sequías, etc.) (162). En la economía capitalista las crisis - deben explicarse desde otra perspectiva. La finalidad en el capitalismo no es ya la producción de bienes de consumo para satisfacer las necesidades de la población, sino la producción de valores de cambio, de ganancia para acumular, a través de la venta de mercancías. Claro que estas mercancías van a satis - facer las necesidades de los consumidores, pero ello es un efecto secundario, lo importante para su producción es que generen una ganancia (163). Dentro - del capitalismo existe también otra característica relacionada con las crisis, - que es la producción caótica, donde no se puede planear a priori lo que se va a producir según las necesidades de los consumidores, ya que lo que dirige la producción es la obtención de la mayor ganancia posible (164).

En el capitalismo las etapas de recesión no son un accidente, sino una fase

integrante, necesaria e inevitable del ciclo económico (165). Es a través de ellas que se hace el reajuste periódico entre el tiempo de trabajo socialmente necesario y el efectivamente gastado en la producción, "...el valor individual de las mercancías al valor determinado socialmente, la plusvalía contenida en estas mercancías a la tasa media de ganancia" (166). Los elementos que entran en juego en las recesiones cíclicas y en las más espaciadas crisis económicas capitalistas giran en torno al descenso de la tasa de ganancia. Muchos autores concuerdan en que existe una tendencia decreciente de esta tasa de ganancia, pero no se trata de una caída lineal, sino por ciclos. La tasa de ganancia se va elevando con el ciclo económico, y luego desciende; en el siguiente ciclo vuelve a elevarse y nuevamente va cayendo, proceso que explica la sucesión de altas y bajas de la producción capitalista. Pero a largo plazo, la tasa media de ganancia en cada ciclo tiende a caer en relación al ciclo anterior, y esto es lo que condiciona las crisis más profundas que ponen en peligro la existencia del modo de producción mismo.

El objetivo de la economía capitalista es la acumulación de capital, la producción de ganancia a través de la venta de las mercancías, la producción de valor de cambio (167). Para lograrlo, el capitalista invierte su capital en capital constante (maquinaria, materia prima, instalaciones, etc. o sea "trabajo muerto", trabajo ya convertido en cosas) y capital variable (salarios que paga a sus obreros, "trabajo vivo"). Y es de éste último de donde obtiene la ganancia, la plusvalía, ya que es el trabajo humano el único que crea valor (168).

Para poder acumular cada vez más, se busca un desarrollo cada vez mayor de las fuerzas productivas, ya que si se crean más productos en menos tiempo se podrá ganar más. Sin embargo, esto tiene efectos contradictorios. Por una

parte, es cierto que si un capitalista produce más a menos costo, podrá vender ⁸⁷ sus productos a un precio menor que los demás y obtener una ganancia mayor. Pero por otra, al invertir una porción cada vez mayor de su capital total en capital constante y menor en capital variable que es el que produce la plusvalía, la tasa de ganancia (o sea el valor extra que el capitalista va a obtener por su inversión) irá disminuyendo (169).

La forma en que los capitalistas tratan de contrarrestar este efecto, es elevar la tasa de plusvalía (o sea la cantidad de plusvalía que produce el capital variable) (170); ya que cada vez emplean menos obreros por unidad de máquina, habrá que obtener de cada uno de esos obreros una cantidad mayor de plusvalía. (Por ejemplo, bastaría con mantener el salario y horario iguales, y como el avance de las fuerzas productivas permitiría producir más mercancías en ese mismo tiempo, la plusvalía habría aumentado). En general, el aumento de la tasa de plusvalía se da en forma coordinada con el aumento en la composición orgánica del capital (o sea la relación existente entre capital constante y capital variable, entre medios de producción y fuerza de trabajo), y es en función de la interrelación de estos dos factores guiada por el proceso de acumulación capitalista, que se dan las fluctuaciones de la tasa de ganancia (171). Así, "... la tasa de ganancia dependerá del número de libras de capital variable que producen plusvalía contenidas en el capital total y de la cantidad de plusvalía que producen cada una de estas libras de capital variable" (172).

Esta es, pues, una contradicción inherente al capitalismo: buscando elevar la cantidad de ganancia se llega a un desarrollo creciente de las fuerzas productivas, que provoca una tendencia al descenso en la tasa de ganancia. Para que el capitalismo siga funcionando, "... el capital total debe aumentar con sufi -

ciente rapidez no sólo para compensar la proporción decreciente del capital variable con respecto al constante, sino para ... aumentar la cantidad de ganancia"(173).

Aparte de estos dos factores determinantes de la tasa de ganancia, hay algunos otros que pueden influir en ella, modificando sea la composición orgánica del capital o la tasa de plusvalía (174), como por ejemplo: el aumento en intensidad o duración de la jornada de trabajo, un aumento de turnos de trabajo, la disminución del salario por abajo de su valor real (por el efecto del ejército industrial de reserva), la tendencia ascendente del tipo de plusvalía (porque la fuerza de trabajo se produce a menor costo gracias al desarrollo de las fuerzas productivas), el menor costo de los bienes de producción, el comercio exterior, las luchas sindicales, las acciones del estado a favor de una u otra clase, la formación de monopolios, etc.

Las fluctuaciones en la tasa de ganancia van ocasionando oscilaciones en el ritmo de la producción: un ciclo económico capitalista tiene, así, las siguientes etapas: una de auge y prosperidad, que conduce a otra de sobreproducción; sobreviene el estancamiento, y la recesión que permite las condiciones de una nueva recuperación (175). En cada fase ocurre lo que va a provocar que venga la siguiente.

Durante la recuperación, la tasa de ganancia empieza a elevarse, Como acaba de pasar una fase de recesión, hay una gran oferta de fuerza de trabajo, los precios de los bienes de producción son bajos, el sobreproducto del ciclo anterior se ha acabado y hay demanda de bienes de consumo, así que es conveniente invertir. La tasa de ganancia sube porque el capital constante es barato y -

el capital variable produce alta tasa de plusvalía por la presión de un gran ejército industrial de reserva. En la rama de bienes de consumo hay demanda de bienes de producción. Y como en esta última la tasa de ganancia suele ser mayor, las inversiones en ella crecen desproporcionadamente al crecimiento en la rama de bienes de consumo. (Ello es lo que ocasionará luego una sobreproducción de bienes de producción que quedarán ociosos porque superarán la capacidad de compra de los consumidores, la cual tiene un límite marcado por un salario que si hiciera caer la tasa de plusvalía más allá de cierto límite, provocaría la caída en la tasa de ganancia).

Viene entonces la época de auge precediendo a la recesión que va a provocar. En el auge hay primero alta tasa de ganancia, inversiones, elevado ritmo de producción, casi pleno empleo, salarios altos y elevado consumo. (Las inversiones son sobre todo en bienes de producción por la razón ya indicada). Están dadas las condiciones para la siguiente fase de sobreproducción y depresión: con la disminución del ejército industrial de reserva, los salarios se elevan, disminuye la tasa de plusvalía y por ende la tasa de ganancia cae.

Se sucede entonces la etapa de sobreproducción y recesión: los productos empiezan a sobrepasar la capacidad de compra de los consumidores, que depende de sus salarios, limitados por la necesidad de extraer plusvalía. El sector "bienes de consumo" deja de comprar bienes de producción. Hay sobreproducción de bienes de producción, y de bienes de consumo. Así que la circulación se hace lenta, las empresas más débiles quiebran, las inversiones disminuyen, disminuye el empleo y por tanto baja aún más la capacidad de consumo. La tasa de ganancia ha caído. Es una recesión (176).

El capitalismo, dice Sweezy (177), tiende a aumentar más la capacidad de producir artículos de consumo que la capacidad de demanda de los mismos; cuando hay en el mercado más productos de los que la capacidad de compra de los consumidores permite realizar a precios lucrativos, hay recesión; cuando existe capacidad instalada ociosa porque la demanda para los artículos que produciría es insuficiente, hay estancamiento. Pero ambas son manifestaciones de la misma tendencia (178).

Las crisis (como las recesiones cíclicas) pueden ocasionarse por la alteración de cualquiera de los dos factores determinantes de la tasa de ganancia (composición orgánica del capital y tasa de plusvalía); según que la crisis se origine en la esfera de la producción o en la de la circulación, podrá tratarse de una crisis por el descenso de la tasa de ganancia o por dificultad en la realización, aunque es obvio que en todas las crisis intervienen ambos factores.

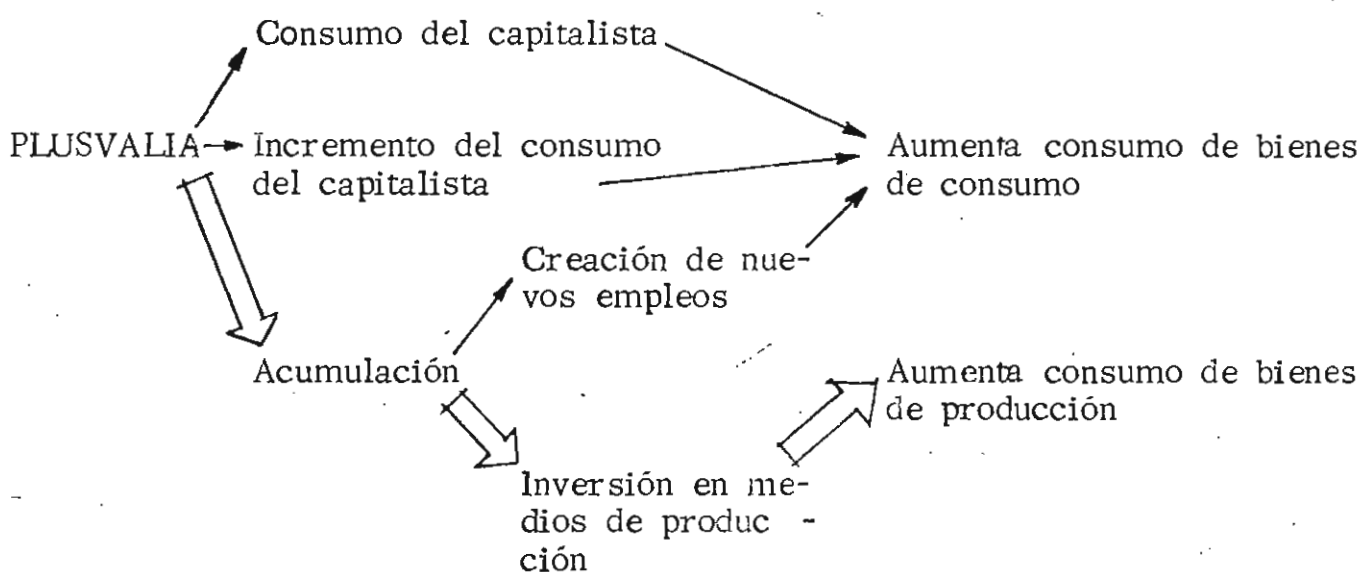
En las crisis o en las recesiones llamadas de descenso de la tasa de ganancia, el problema central es la imposibilidad de compensar la tasa de ganancia decreciente por un aumento en la composición orgánica de capital, con un aumento de la plusvalía (179); en ellas baja tanto la tasa de ganancia como la cantidad absoluta de ella por un cambio en la composición orgánica de capital debida a un "...alza en valor en dinero del capital variable (aumento de salarios) y por lo tanto disminución de la proporción del trabajo excedente con relación al necesario" (180). "La cadena causal corre de la tasa de acumulación al volumen de empleo, del volumen de empleo al nivel de los salarios, y del nivel de los salarios a la tasa de ganancia" (181).

En las llamadas crisis de realización, la plusvalía se ha producido pero el

obstáculo para que el capitalista se la apropie está en la esfera de la circulación: las mercancías no pueden ser compradas por los consumidores, cuya capacidad de compra está limitada por su bajo salario.

Puede verse claramente que si se elevan los salarios más allá de un punto para tratar de favorecer el consumo, la crisis será del primer tipo (caída de la tasa de ganancia), y en caso contrario, será del segundo tipo (imposibilidad de realizar la plusvalía). Pero de todas formas, la fase de crisis del ciclo es inevitable y necesaria.

Haciendo un esquema de la explicación de Sweezy de la teoría del subconsumo (que ocasionaría estas crisis de realización) se puede ver también cómo el capitalismo tiende a aumentar más la producción de bienes de producción que la capacidad de consumo, es decir que la teoría del subconsumo no contradice la de la desproporcionalidad, sino que es un aspecto de ella (182).



Sea del tipo que sea, en la crisis (como en menor escala con las recesiones cíclicas) se generarán las condiciones necesarias para reiniciar una nueva etapa en la cual se habrán realizado los ajustes adecuados, si es que el capitalismo ha de sobrevivir aún.

Por una parte, al disminuir las inversiones en toda la esfera productiva, hay un gran número de obreros desocupados, así que el precio de la fuerza de trabajo (salarios) tenderá a ser muy bajo (en el capitalismo es esa una de las funciones del ejército industrial de reserva: cuanto mayor es, más abarata el costo de la fuerza de trabajo. Sin embargo, cuanto mayor es, la presión social que ejerce crece también y es un peligro para el sistema).

Por otra parte, los capitalistas han tratado de desarrollar al máximo las fuerzas productivas para producir al menor costo posible y obtener ganancia (sobre todo en la etapa anterior en que la competencia en el mercado fue muy grande). En la etapa de crisis, sólo sobrevivirán como capitalistas aquellos que hayan logrado los mayores avances tecnológicos, ya que las industrias que producen en condiciones atrasadas, con tiempo de trabajo prolongado y por lo tanto costos altos, no podrán seguir obteniendo ganancia durante la crisis (esta es la forma en que las crisis reajustan el tiempo de trabajo socialmente necesario al realmente gastado en la producción, eliminando a las industrias más atrasadas). Este desarrollo de las fuerzas productivas permite que el valor de los productos (o sea el tiempo de trabajo necesario para su producción) disminuya. Así que por un lado, los bienes de producción son más baratos. Y por el otro, los bienes de consumo, y por lo tanto el valor de la fuerza de trabajo, también.

En esta forma, la tasa de plusvalía será alta porque no sólo el valor de la fuerza de trabajo es bajo, sino que se puede adquirir a un precio aún menor. Y la composición orgánica del capital desciende porque es posible comprar bienes de producción baratos, y los antiguos se han destruído o depreciado. Así, la proporción de capital constante con relación al variable es pequeña. Estos dos factores elevan la tasa de ganancia, y el ciclo económico vuelve a una nueva etapa de recuperación, aunque en condiciones distintas.

Un factor más que tiende a reactivar la producción es el comercio exterior. Influye en dos sentidos: la expansión a nuevos mercados contribuye a ampliar la esfera de la circulación, en la que será posible realizar la plusvalía contenida en los productos. Y el exportar industrias a países "atrasados" permite producir a más bajo costo (por lo barato de la fuerza de trabajo) tanto bienes de producción como de consumo, lo que indirectamente eleva la tasa de ganancia en el país original (al disminuir el costo tanto de su propia fuerza de trabajo porque los bienes de consumo se han abaratado, como de su maquinaria, materia prima, etc.).

Cada nuevo ciclo se enfrentará para su recuperación con mayores obstáculos, puestos por los límites que la propia economía capitalista marca. Y en cada etapa de crisis, la masa de obreros y ex-capitalistas que quedan fuera de la esfera productiva es mayor, creando una proporción cada vez mayor de la población ocupada improductivamente y dependiendo por tanto de las mercancías que producen unos cuantos, y una gran cantidad de desocupados, socialmente peligrosa para la estabilidad del sistema.

Esta sería, a nivel teórico, una visión general de los elementos que entran en juego en la generación de las crisis capitalistas; a corto plazo, la finalidad

de acumulación de la economía capitalista está en la raíz de las caídas cíclicas de la tasa de ganancia; a largo plazo, la caída tendencial de la tasa de ganancia que se debe como se ha visto a las contradicciones inherentes a este modo de producción, impide que éste tenga posibilidad de continuar operando indefinidamente.

Sin embargo, la breve revisión histórica que se presenta a continuación permitirá ver a nivel concreto cómo se han generado y resuelto las principales crisis capitalistas del tipo de las recesiones prolongadas como fondo del funcionamiento cíclico típico, semejantes a la que se da en la actualidad, para luego pasar a analizar con un poco de más detalle las características particulares de la crisis capitalista actual a nivel internacional, y la inserción de México en ella.

b) Fluctuaciones económicas en el capitalismo a través de la historia.

Una vez explicado cómo las fases de crisis son inevitables en el capitalismo, cómo cada etapa de auge crea las condiciones para la subsiguiente crisis, y cómo en las crisis surgen los elementos que hasta ahora han posibilitado superarlas (183), puede verse que la historia del capitalismo, "... es el resultado de la interacción de la lógica interna del sistema y de los cambios dentro del medio en que opera" (184).

Una de las características centrales en el modo de producción capitalista es la competencia que rige en su interior por lograr cada vez una cantidad mayor de ganancia, que conduce a una concentración y centralización de capitales (los capitalistas más atrasados van siendo absorbidos por los avanzados), lo cual ex

plica entre otras cosas el paso de la etapa de la libre competencia al monopolismo. Otra característica es la inestabilidad natural del proceso de acumulación que ya hemos visto (altas y bajas de los ciclos económicos, y tendencial estancamiento con desempleo por un lado y capacidad productiva ociosa por el otro). Ahora bien, el proceso de monopolización va a favorecer aún más la tendencia al estancamiento (185) (como se verá al analizar la crisis actual un poco más adelante).

Es cierto que han habido largos períodos de expansión en algunas épocas, especialmente el ocurrido de 1948 a 1968. Sin embargo, tras ellos encontraremos siempre factores motores extraeconómicos (que en esos casos ocultan la tendencia real del ciclo económico), como serían (186):

- 1) Innovaciones que llevan a nueva tecnología, nuevos productos y cambios en modelo de actividad económica.
- 2) Expansión imperialista y guerras coloniales.
- 3) Guerras entre potencias imperialistas.
- 4) Reconstrucción después de grandes guerras y preparación para nuevas.

Durante la primera mitad del siglo XIX se dió la transición al capitalismo industrial moderno; es "la época de oro de la economía capitalista liberal" (187). Al sobrevenir la primera crisis general capitalista, hacia los años 1830-40, el ferrocarril y las industrias relacionadas con él, así como el uso en gran escala de la tecnología de la primera revolución industrial traen un período de auge - que dura más o menos hasta 1873, en que viene otra vez una crisis. Esta nuee

vo período recesivo, aproximadamente de 1873 a 1896 (o sea ya durante la era del poder británico, que iría de 1840 hasta casi fines de ese siglo), desemboca en la transición al imperialismo o capitalismo monopolístico. Surge nueva tecnología, el uso de petróleo y electricidad, la repartición del mundo, las grandes corporaciones. En 1897 se inicia un nuevo período de expansión que termina hasta principios del nuevo siglo. En los inicios del siglo XX se presentan nuevos problemas: las luchas antimperialistas de los países coloniales, en 1917 el surgimiento de los primeros países socialistas, y al fin la primera guerra mundial, que trae una nueva expansión. Sin embargo, en 1929 viene un tercer gran período de crisis general capitalista, que no se supera sino con la segunda guerra mundial, que marca el inicio del largo período de auge que precede a la crisis que nos ocupa actualmente.

c) La crisis actual en la que México se encuentra inmenso.

Para analizar la crisis actual del capitalismo, es necesario remontarse al anterior período de auge, ya que hemos visto que es ahí donde se generan las condiciones de ella.

La crisis actual (considerada como el fin del período de expansión de post-guerra y el inicio de una etapa caracterizada por prolongadas recesiones y cortas recuperaciones que se ubica en la segunda mitad de los sesentas) (188) se caracteriza, como cualquier otra crisis capitalista, por una declinación de la tasa de ganancia (expresada en una disminución de los ingresos brutos de las empresas divididos por sus haberes netos) y una subutilización de la capacidad de producción (que en Estados Unidos ha llegado a ser hasta de un tercio de la ca

pacidad existente), es decir, se trata de una clásica crisis de "superproducción", (por supuesto con relación a la capacidad de consumo de la población y no a la satisfactoria reposición de su fuerza de trabajo)(189).

Sin embargo, es necesario destacar algunas particularidades de la crisis - actuales generadas, como se ha dicho, en el largo período de auge que la precede. La larga expansión de 1940-70 (en la que hubo recesiones periódicas moderadas), fue posibilitada por varios factores, de los cuales hay que revisar cuando menos los siguientes.

La segunda guerra mundial tuvo un papel decisivo; durante ella se genera nueva tecnología, se conquistan mercados, se destruyen capitales, se producen armamentos lo que moviliza todas las industrias relacionadas con esto, y al fin de la guerra se "ayuda" a la reconstrucción de los países destruidos.

Después de la guerra, la economía de países capitalistas centrales, especialmente Estados Unidos, se mantuvo estable gracias a (190):

- 1) La expansión económica y hegemonía económica mundial (por los efectos del comercio exterior en la reactivación de la producción que se vieron en la - revisión de las crisis económicas capitalistas en general).
- 2) Las relaciones de producción armónicas en el sector monopolístico de la economía entre capitalistas y obreros, con aumentos de salarios para los obreros que trabajan en los sectores monopolístico y estatal proporcionales a los de los aumentos de productividad (aunque permitiendo siempre para el capitalista monopolista un aumento en la tasa de plusvalía), y una pauperización creciente de los trabajadores del sector más atrasado, competitivo.

3) La socialización de costos de producción y gastos del sector monopolístico y apropiación privada de la ganancia, con el apoyo estatal.

El sector monopolístico de la economía, acaparando las ramas de la producción que permiten mayores ganancias, ha ido introduciendo mejoras tecnológicas que le permiten aumentar la productividad con menor cantidad de fuerza de trabajo por unidad de maquinaria. Para no tener dificultades con la clase obrera, intenta controlar a las organizaciones de ésta (sindicatos) a través del Estado, y además les concede mejoras salariales a los obreros que logran permanecer trabajando dentro de estas industrias avanzadas. Pero muchos obreros van saliendo y se tienen que emplear sea en el sector estatal (y así se transforman en trabajadores no productivos cuyo salario depende del Estado), en el sector competitivo (con salarios muy bajos y malas condiciones de trabajo), o quedar desempleados (y totalmente dependientes del seguro de desempleo pagado por el Estado, en los países en los que lo hay). Así pues, la carga de gastos para el Estado va en aumento (crisis fiscal). Y la única fuente de ingresos real para él es el tributo impositivo (impuestos de diferentes tipos, pagados por los trabajadores productivos o no productivos, sea sobre su ingreso o sobre su consumo, ya que el capitalista translada sus impuestos a los consumidores). Otras fuentes de donde puede obtener dinero para financiar sus gastos, serían o bien el establecimiento de industrias estatales productivas para socializar las ganancias, lo cual el sector monopolístico no permite (191); o bien "prestándose a sí mismo", emitiendo más moneda de la que es posible respaldar con los valores existentes, lo cual conduce a que haya una no adecuación entre el valor de los productos y su equivalente general dinero (como se explicó en la primera parte al hablar de crisis económica capitalista en general), de manera

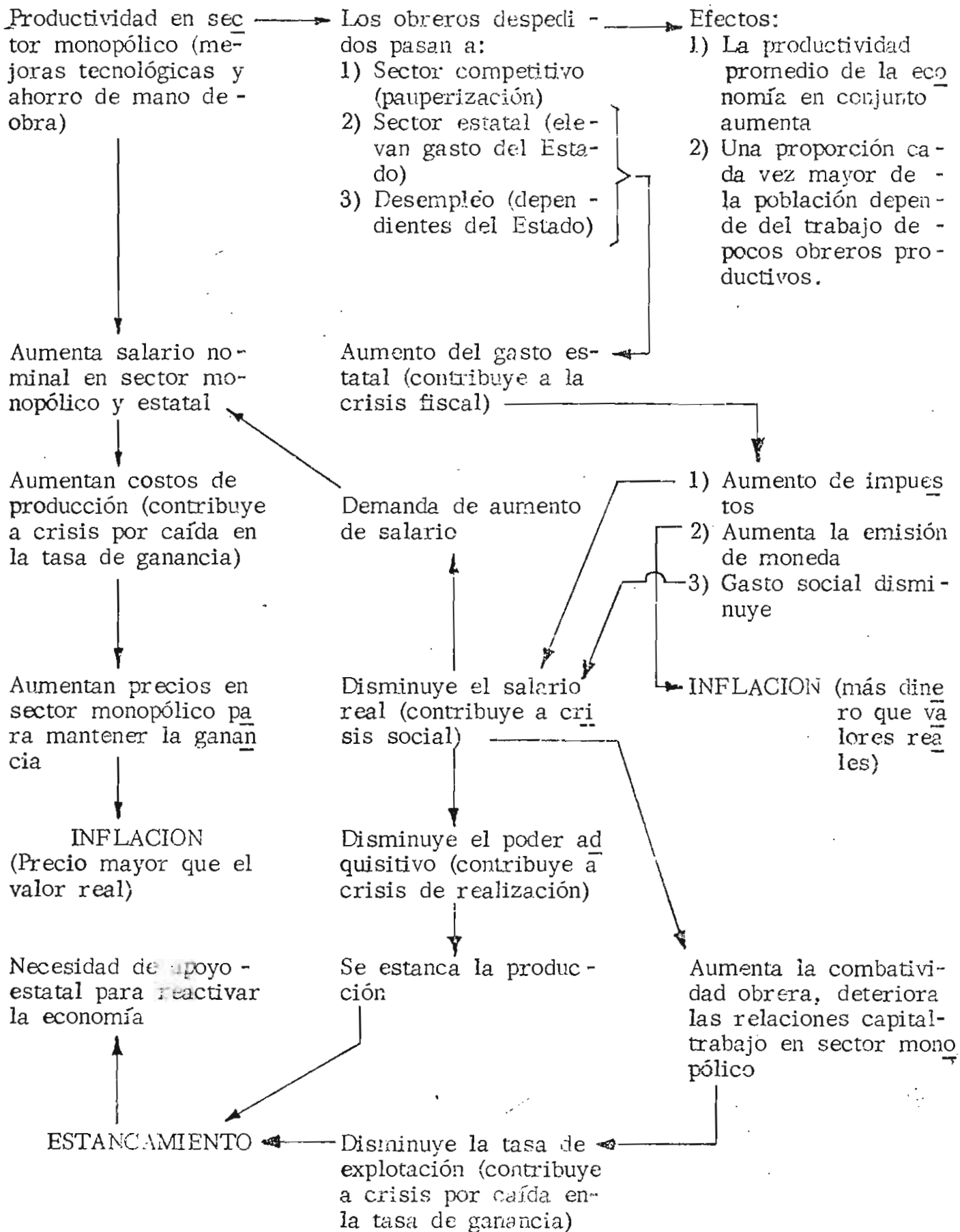
que una cantidad determinada de dinero ya no equivale a la cantidad de productos que estaba estipulado, sino a una cantidad menor de ellos. Esto es la inflación.

En cuanto al aumento de la base impositiva, ésta es posible hasta un cierto límite, ya que si se eleva demasiado reducirá la capacidad de compra de los consumidores hasta el grado de provocar una crisis de realización. Tanto la inflación como el aumento de impuesto conducen a una disminución en la capacidad de consumo, y ello lleva por consiguiente el estancamiento de la producción.

Para reactivarla, el Estado se ve en la necesidad de invertir para dar contratos atractivos a las industrias del sector monopolístico, y que éstas empiezen a invertir a su vez. Tal es el caso de la industria bélica, por ejemplo, y esta es otra forma en que el Estado ve crecer sus gastos en forma desmesurada. De hecho, el recurso de expandir el gasto público y la deuda privada (las llamadas políticas keynesianas) para tratar de prevenir las dos posibles causas de crisis (problemas de caída de la tasa de ganancia en la esfera de la producción o problemas de realización en la esfera de la circulación) fue una de las principales formas en que se mantuvo en marcha la economía en la mayor parte de países capitalistas en la última etapa del período precedente.

Los motores extraeconómicos que posibilitaron la prolongada expansión de la economía capitalista de las últimas décadas paulatinamente se fueron agotando; las políticas económicas "anticrisis" de inflación moderada variando según la fase del ciclo económico para contrarrestar las recesiones, acumuladas por más de dos décadas, acarrearón el incontrolable proceso inflacionario que marca la etapa actual y que ha llegado a producir una crisis en el sistema monetario internacional (es decir que el equivalente general dinero no representa ya, en -

ninguna de las formas monetarias usadas en los distintos países, el valor real de las mercancías, o sea el tiempo de trabajo socialmente necesario para producirlas) (192); la expansión de mercados se fue haciendo cada vez más difícil (193); las relaciones del sector monopólico entre capital y trabajo se fueron deteriorando (debido por una parte a que los obreros han sido defraudados al quedar sus salarios demasiado rezagados con relación a la productividad (194), y por otro al aumento en la combatividad y la organización de la clase obrera - que ya no permite tan fácilmente el aumento en la tasa de explotación, especialmente en algunos países europeos (195); el Estado se encuentra ante la imposibilidad de financiar sus gastos y continuar así con su misión de favorecer a la clase burguesa y pacificar al resto de la sociedad; y la economía entra en un período de estancamiento combinado con inflación que antes se había considerado imposible de existir. Así, los mismos factores que posibilitaron la expansión - son ahora los que la obstaculizan, creando una situación de crisis fiscal y de inflación (196), en medio del estancamiento propio de la etapa monopolista del capitalismo. Lo anterior se expresa en forma esquemática en el siguiente cuadro.



Esquema de los factores que entran en juego para producir y agravar la crisis actual de la economía capitalista.

La economía internacional sufre en el período 1969-71 una recesión generalizada a casi todos los países imperialistas, sincronización que impide compensar con el comercio exterior los problemas de realización en el mercado interno (como se había hecho en el período 48-68), y que es también consecuencia de los fenómenos ocurridos en la expansión que la precede (como la internacionalización de la producción y la concentración cada vez mayor del capital a nivel mundial, la inflación producida por el uso del crédito y que contribuyó importantemente a la crisis monetaria internacional, y los períodos de recesión cada vez más prolongados debidos al agotamiento de los motores que posibilitaron la expansión).

En 1972 viene un pequeño período de auge originado en el acentuamiento de la inflación, pero en 74-75 se cae en una nueva recesión con disminución en la producción industrial y el producto interno bruto en casi todos los países imperialistas, reducción del mercado exterior y un desempleo de proporciones alarmantes como resultado de la inclusión de técnicas ahorradoras de mano de obra y la incorporación a la fuerza de trabajo de mujeres casadas, jóvenes e inmigrantes para tener un ejército industrial de reserva suficiente en las décadas previas de expansión.

Todo esto no significa que haya una caída vertical de la actividad económica mundial; el movimiento cíclico característico sigue operando, sólo que en un contexto de estancamiento y en ocasiones declinación de la producción, que da períodos de auge de corta duración y contracciones largas (un factor más que influye en la sincronización de las recesiones a nivel mundial).

Se tiene así un fenómeno que sólo se explica si se contempla desde la perspectiva del momento actual del desarrollo histórico del capitalismo, la etapa -

monopólica: la llamada estanflación (estancamiento más inflación), observada en 70-71, y aún más, la "slumpflación" (ya no sólo estancamiento, sino disminución en la producción e inflación) de 74-75.

Resumiendo, podría decirse que las características particulares de la crisis actual, dadas por el momento histórico que vive el capitalismo, serían (197):

- 1) Disminución de la producción corriente y aumento de la capacidad de producción no utilizada (características que comparte con las crisis clásicas).
- 2) Inflación (precios nominales más elevados que los precios reales determinados por el trabajo socialmente necesario para la producción) a pesar de la sobreproducción, lo cual es posible gracias por una parte, a la monopolización de determinadas ramas de la producción, en las que se pretende recuperar lo "perdido" por las pocas ventas elevando el precio de los productos en el mercado, en donde no hay prácticamente competencia para ellos; y por otra, a la excesiva emisión de moneda por parte de la banca estatal.
- 3) La inflación coincide con una acumulación de mercancías no vendidas y un intento de venderlas (para realizar la plusvalía), y con una caída del precio de las materias primas. Sin embargo, el costo de la vida se eleva por el alto costo que imponen los monopolios, que logra ser pagado por los consumidores a través del crédito (lo cual, al aumentar la moneda circulante, agudiza más la inflación).
- 4) Crisis fiscal.

(*) Que se debe a la caída de la tasa de ganancia a niveles tales que no se puede producir más en condiciones lucrativas (estancamiento).

Existirían teóricamente varias posibilidades para intentar superar el problema (198):

- 1) Una política fiscal y monetaria de recesión dirigida para deflacionar la economía, que tendría sin embargo varios efectos adversos:
 - . Disminuiría la demanda de los consumidores, lo que podría precipitar una "crisis de realización";
 - . Aumentaría el desempleo, con aumento en la dependencia económica del Estado (según el país de que se trate) y disminución en la base impositiva (el que no trabaja, no paga impuestos);
 - . Debilitar a los sindicatos permitiría un descenso en los salarios nominales buscando frenar la inflación, pero esa disminución del salario obligaría a más miembros de cada familia a buscar empleo para subsistir, y el mercado de trabajo se vería aún más saturado por el excedente absoluto de la población (mujeres y jóvenes).
- 2) Una política de control de precios y salarios, cuyos problemas son, por una parte, que el Estado logre imponer a los capitalistas el control de precios. Y por la otra, el control salarial fomenta la alianza de trabajadores de los distintos sectores, lo cual puede resultar peligroso para la estabilidad del sistema (según el nivel de la lucha de clases del país de que se trate).
- 3) En países capitalistas centrales, varios autores hablan de la tendencia a una mayor intervención del Estado más fuertemente aliado con el sector monopólico, y una redistribución del incremento de la ganancia de forma que una parte máxima vaya a los capitalistas (sea directamente o a través del

Estado) y una mínima a los trabajadores, cuyas condiciones quedarán aparentemente tan malas en el sector avanzado como en el atrasado y el estatal.

En todo caso, la salida a la actual crisis general del capitalismo parece depender en gran medida de lo que el capital logre imponer a los trabajadores, y en las actuales condiciones de la lucha de clases, no resulta fácil prever lo que en definitiva ocurrirá. Citando la apreciación de Mandel: "Lo que vuelve tan grave para el capitalismo la actual situación, es la combinación de la recesión económica generalizada con un nivel excepcionalmente elevado de organización, de fuerza numérica, de combatividad del proletariado; con una debilidad política excepcionalmente acentuada del sistema burgués. (...) Es el resultado de toda la evolución económica, social y política, a escala mundial, del último cuarto de siglo" (199).

1. INTRODUCCION

a) Hipótesis.

En el nivel más general, la hipótesis que se plantea en este trabajo es que, considerando la realidad como una totalidad compuesta por las dimensiones general, particular y singular, la producción y distribución de la salud-enfermedad mental en los distintos grupos en que se ve dividida la población en cada sociedad está determinada por las dimensiones más generales, cuyas leyes dan la pauta de lo que ocurre en las más particulares. Partiendo de ella es que en la primera parte de la investigación se incluyen los elementos necesarios para dar a los procesos que se van a investigar el marco de la sociedad concreta históricamente determinada en la que se manifiestan. Ello permitirá probar, a lo largo del estudio, si las manifestaciones en el nivel particular de dichos procesos encuentran explicaciones más profundas en las determinaciones ejercidas desde niveles generales, que las que podrían darse observando su distribución en la población considerada en abstracto, en un vacío sociohistórico.

Por lo que se refiere a la forma en que la patogenicidad de un modo de producción como el que vivimos afecta a la población de una sociedad específicamente, es de esperar que cada una de las distintas etapas por las que va pasando el ciclo económico propio de su funcionamiento y sus repercusiones sobre la estructura social como un todo (esto es, no sólo sobre la infraestructura económica, sino sobre la superestructura jurídico-política e ideológica), tenga una influencia particular cuyos efectos se manifestarán en cierto plazo. El período elegido (1968-78), perteneciendo a una etapa de grave crisis del modo de pro-

ducción capitalista como tal, permitirá por una parte captar algunos aspectos - característicos de esta etapa histórica de su desarrollo que pueden repercutir - sobre la salud-enfermedad mental de las personas, y por otro, al condicionar - cortos ciclos con auges y recesiones frecuentes, posibilita el estudio de los dis - tintos momentos en un lapso más o menos breve.

La repercusión de las fluctuaciones en la economía sobre la estructura so - cial en general y sobre la salud-enfermedad mental de las personas que en ella viven, no debe esperar encontrarse como una relación mecánica entre un fenó - meno y otro (por ejemplo, recesión asociada con aumento de la patología). Las mediaciones a través de las cuales la dimensión social va a condicionar lo que sucede en la dimensión particular de los grupos que la conforman, y en la sin - gular en que están los individuos enfermos, son muchas, complejas y no fáciles de observar a través de indicadores directos. Por esta razón, aún cuando por los límites propios de esta investigación no sea posible la comprobación de to - dos ellos, se dejarán esbozados a nivel de hipótesis algunos de estos eslabones, pensando dar una idea cuando menos teórica de la forma en que pueden estar - ejerciéndose estas determinaciones para no dejar la falsa impresión de que se - trata de una relación de tipo mecánico.

Por lo que se refiere a la salud-enfermedad mental, lo primero que corres - pondería hacer, de acuerdo con lo planteado en páginas anteriores, sería sepa - rar la locura o salud-enfermedad real con su doble carácter material e ideoló - gico, de la salud-enfermedad puramente ideológica, para proceder como un pri - mer momento al estudio de la primera y en un trabajo posterior, seguramente con más elementos superestructurales que los que aquí se incluyen, pasar al es - tudio de la segunda, el por qué de su inclusion en el campo médico, de su con

fusión con la salud-enfermedad mental real, etc.

Ya tratando específicamente con la locura o salud-enfermedad mental real (que es el objeto que pretendemos reconstruir científicamente), también conforme al marco teórico que nos orienta, se entiende que en una sociedad dividida en clases según la relación que se tiene con los medios de producción y con los demás hombres en la apropiación de la naturaleza, es de esperar que los procesos vitales tengan para cada una de estas clases particularidades propias del sitio que ocupan en esa estructura social. Sin embargo, estas diferencias seguramente no serán cualitativas sino que más probablemente cuantitativas desde que, aún dividida así la población, continúa perteneciendo a una misma sociedad sobre la que rigen ciertas determinaciones históricas. De manera que lo que encontraremos si comparásemos el perfil epidemiológico psiquiátrico (*) de las clases sociales que se integran en la FES mexicana actual, sería un particular tipo de patología característica de la población vista como un todo (situación similar a la que pretenden presentar las estadísticas de morbilidad) pero con una distribución diferencial entre las clases sociales existentes.

Para buscar la explicación de esta distribución diferencial, un paso más de lo general a lo particular puede darse estudiando las fracciones que hay al inte-

(*) En este trabajo, como se señala en el marco teórico, el criterio de perfil epidemiológico que se utiliza se refiere al conjunto de enfermedades características de la población dividida en clases sociales según la definición materialista histórica. El término "perfil epidemiológico" ha sido utilizado por Breilh en un sentido más amplio que como aquí es aplicado, ya que él se refiere no sólo al tipo y frecuencia de los padecimientos que se encuentran en dichos grupos humanos, sino que incluye el perfil reproductivo que está determinándolos.
(1)

rior de cada clase. Por una parte, por ejemplo, según los salarios que perciben (y es sólo aquí donde podrían tener alguna utilidad técnicas como la estratificación según el ingreso que hacen la mayoría de los estudios sociológicos), dato que por sí mismo y aislado de la pertenencia de clase no ayuda a la comprensión de la producción del proceso, pero que como una forma de analizar lo que ocurre al interior de cada clase adquiere ya algún significado, al tomarlo como indicador del salario, pago que se da por la mercancía fuerza de trabajo destinado a su reposición, y como medida del acceso a la riqueza social que tiene el trabajador. Por otra parte, convendría estudiar estas fracciones de acuerdo a la rama de la economía en la que está empleado el trabajador, información que nos lleva a la necesidad de estudiar un aspecto más de gran relevancia, el proceso de trabajo, que junto con el estudio de las clases sociales y sus fracciones, proporciona nuevos elementos para la comprensión de la generación y distribución de la salud-enfermedad y permite avanzar aún más de lo general a lo particular.

Se mencionaron ya en el marco teórico algunas de las determinaciones del proceso de trabajo concreto que los hombres realizan no sólo sobre las enfermedades, sino sobre su ciclo vital en general, considerando el proceso de trabajo como la unidad de dos momentos, uno productivo y otro de consumo: cómo determina el desgaste físico y emocional del trabajador, en qué medida permite la reposición de ese desgaste; a qué proporción de la riqueza social producida tiene acceso, hasta dónde eso basta para la reposición de la fuerza de trabajo consumida; cómo se perciben ideológicamente las necesidades y la satisfacción de ellas, qué sentimientos se derivan de esto, cómo se manejan a nivel del pensamiento las contradicciones entre la ideología dominante y la realidad cotidiana,

qué sucede con los aspectos de orden psíquico (sentimientos, emociones, etc.) cuando los de orden somático están perturbados (hambre, desnutrición, fatiga, enfermedad, muerte de miembros del grupo, etc.).

La vida de la población trabajadora debe estudiarse en los dos momentos en los que se divide, en el "tiempo de trabajo", que iría desde que se empieza a transportar hacia el lugar en que labora hasta que vuelve a su casa, y el "tiempo libre", dedicado a sus actividades personales, familiares, a las necesarias para la reposición de la fuerza de trabajo (compras, elaboración de alimentos, etc.), recreativas, políticas, religiosas, culturales, etc. (Esto es, los dos momentos del proceso de trabajo). Debe considerarse, además que la ideología dominante orienta la vida de la población en general en todo momento conforme a los intereses del capital, a pesar de lo que esto pueda significar en cuanto al deterioro de las condiciones de vida y de trabajo desde el punto de vista de - - aquella.

El trabajador se encuentra vinculado directamente con el momento productivo del proceso de trabajo, y a través de él éste repercute sobre el momento de consumo no solo del propio trabajador sino de todo su grupo familiar. Las presiones que el proceso de trabajo en su momento productivo condiciona sobre el trabajador y su familia pueden ser de diversas índoles y transmitirse a través de varios mecanismos. Dentro del lugar de trabajo, derivadas del desgaste de la fuerza de trabajo que no debe verse sólo como algo físico sino también psíquico, situaciones como los trabajos mutilantes en cuanto a capacidades atrofiadas, los que exigen alguna actividad exclusiva de una parte del cuerpo convirtiendo al trabajador en sólo esa parte de sí mismo, los que alteran el ciclo sueño-vigilia para llevarlos al compás de la explotación más rentable, la enajenación del pro

ducto de su productor, el dominio de la máquina sobre el obrero, y muchas si milares, harían pensar que la debilidad mental, la esquizofrenia (con la de tipo paranoide a la cabeza), las neurosis, no resultan después de todo tan distintas de la realidad que se vive diariamente.

Desde otro punto de vista, el pago que se da por esa mercancía fuerza de trabajo marca los límites del acceso a la riqueza social producida; en este pun to hay ya una repercusión directa sobre el grupo familiar. Nuevamente, esta determinación social no se traduce únicamente en problemas biológicos, sino tam bién psíquicos. No sólo son graves los trastornos que produce la deficiente alimentación, las enfermedades infecciosas, la mala atención del parto. Tam - bién lo son los que condicionan el hacinamiento en viviendas miserables, el ser visto por la sociedad como inferior o poco valioso (a pesar de ser quien produ - ce la riqueza social, cosa de la que muchas veces no se tiene conciencia), experi - mentar continuamente situaciones dolorosas como la muerte de seres queridos, no tener en la vida más perspectiva que un trabajo al que se ha quitado su carác ter enriquecedor para dejarlo sólo como una actividad desagradable que se está obligado a realizar para subsistir, cuyo producto irá a manos de otros, y desem - peñado en condiciones desfavorables bajo riesgo de perder incluso esa forma de subsistencia, etc.

La organización del momento productivo y la forma en que determina la orga - nización del momento consumitivo y la vida del grupo familiar en general, están en estrecha relación entre otras cosas, con la forma en que los adultos viven cotidianamente sus relaciones afectivas, sexuales, familiares, etc. que dan la punta sobre la que la personalidad de los niños, futuros adultos, se va estructu - rando, proporcionando el sustrato material sobre el que se encontrará luego la

la neurosis, el alcoholismo, la psicosis, etc.

Las contradicciones entre la ideología dominante introducida en la mentalidad de la población desde muy temprano, defensora de la organización social presente, y la necesidad objetiva de realización del proyecto histórico de la clase obrera enraizada en la base económica misma de la estructura social chocan fuertemente en algunos momentos, y muchos sucumben a formas de evasión de una realidad tan frustrante, en que a todos los niveles se percibe lo indeseable de la propia situación, pero no se encuentra el camino para superarla. Aspectos políticos serían en este punto muy importantes; el reforzamiento psíquico que proporciona la solidaridad con quienes viven experiencias similares, la conciencia de clase y la convicción de luchar por los propios intereses, serían algunos de ellos, aparte de los logros que estas luchas puedan obtener.

La conexión entre lo social y lo bio-psíquico parece encontrarse a través de este tipo de mediaciones. Falta aún mucho por esclarecer. Mecanismos más concretos, más aproximados al nivel singular podrían encontrarse a través de estudios del tipo de los de Cassel (2) o los de Eyer (3) sobre el stress generado por determinadas situaciones y las manifestaciones que condiciona en el organismo humano, por ejemplo. Pero el planteamiento de que lo social es determinante sobre lo bio-psíquico resulta fundamental en la comprensión de la determinación y distribución de los procesos estudiados, y es a partir de él que debe hacerse el esfuerzo de avanzar hacia la comprensión de los mecanismos que se dan en los niveles más concretos.

El componente psíquico del ser humano constituye probablemente en sí mismo uno de los eslabones que unen a lo biológico en el nivel individual, con lo social en el colectivo. En la estructura psíquica podría encontrarse también la deter-

minación de lo general sobre lo particular, por ejemplo a través de la ideología propia de la sociedad en que se nace (considerada como instancia de un todo que es la estructura social, la cual ejercerá a través de varios mecanismos sus determinaciones), que pasaría a través de la educación (en cada momento histórico a cargo de una institución diferente, sea el grupo, la familia extensa, la nuclear, o la escuela y a través de ella el Estado) hasta ir a determinar la estructuración de la personalidad, todo lo cual condicionaría dentro de qué límites se manifestarían las características más individuales como el temperamento, las inclinaciones, etc.; esto no necesariamente implica una imposibilidad para superar en cierta medida estas determinaciones, pero sí que los límites máximos se encuentran dados por la determinación social más general. El carácter clasista de la sociedad, la dominación de una clase sobre las otras, pasarían así a formar parte de la ideología impuesta a la clase obrera desde la infancia.

Por supuesto, sobre estas ideas habría aún que trabajar mucho; las relaciones entre lo social, lo psíquico y lo biológico por una parte, con las distintas instancias de la estructura social (infra y superestructura), y las determinaciones de las diferentes dimensiones de la realidad, son enormemente ricas y difíciles de analizar.

Las pretensiones de esta investigación no pueden ir tan lejos como las hipótesis planteadas, puesto que ésta consiste sólo en el estudio de los diagnósticos psiquiátricos en una institución especializada. Lo que veremos, entonces, no será más que una aproximación al perfil epidemiológico de la clase trabajadora en una etapa particular del desarrollo del capitalismo en México. Decimos de la clase trabajadora en general puesto que a este hospital acuden desde subrogados del Seguro Social (y por tanto obreros típicos), hasta miembros del ejér-

cito industrial de reserva, pasando por trabajadores no productivos, campesinos, burócratas e incluso algunos intelectuales. Lo que no puede precisarse es qué proporción representan estos pacientes del total de los integrantes de su clase o capa. Sin embargo, puede suponerse que por razones de índole económica (imposibilidad de abandonar el trabajo), ideológica (cultural), y de acceso real al servicio (geográfico, económico, etc.), a través de los pacientes estudiados se captará una parte mínima del problema, de tal modo que lo grave de la situación se puede plantear a partir de ese punto. Una orientación sobre la proporción que constituyen los pacientes sobre el total de sus compañeros de clase o capa social, podrá tenerse por medio de la comparación entre datos de ocupación del censo del 70 (que se presentan en la parte de la investigación correspondiente) y la ocupación de la muestra de pacientes del hospital. La información respecto a mortalidad específica por causas violentas, que aparece en otra de las partes del trabajo, podrá dar algunos elementos más.

Cabe aclarar nuevamente que la investigación presentada aborda por una parte la dimensión general social a través de la caracterización de la formación económicosocial mexicana en el período, y por otra la dimensión particular de la salud-enfermedad mental vista en forma indirecta a través de los diagnósticos psiquiátricos en una institución y la mortalidad en el D.F. por causas violentas; a través de algunos indicadores también indirectos se intentan reconstruir algunas de las mediaciones hipotéticas mencionadas. Por lo tanto, no debe pensarse que se está forzando una relación mecánica entre unos y otros procesos, sino que se trata de la búsqueda de alguna forma de estudiar cómo lo social se traduce en lo bio-psíquico, apuntando sólo algunos elementos.

En cuanto a los procesos estudiados, en el contexto del período elegido, en

un país que como se verá se caracteriza políticamente por el control de las -
organizaciones de las clases trabajadoras por parte del Estado y un relativamente
bajo nivel de conciencia de clase, al analizar el tipo y frecuencia de los padeci
mientos estudiados habría que pensar que durante las épocas de auge del ciclo
industrial influyeran en la salud-enfermedad mental situaciones como el exceso
de trabajo en intensidad o extensión o ambas, la desorganización familiar por -
la inclusión de varios de sus miembros en trabajos de tiempo completo debido
a la gran demanda de mano de obra, y quizá una relativamente aceptable satisfac
ción de las necesidades de reproducción de la fuerza de trabajo (en parte por
la exigencia objetiva del capital de mantenerla en condiciones, y en parte por la
necesidad de realizar los productos en el mercado). En las etapas recesivas, -
por el contrario, poco trabajo y muchas carencias, la familia reuniendo sus tensi
ones y angustias en el hogar, mucho tiempo libre pero sin poderlo dedicar a
los proyectos propios por la falta de medios de subsistencia, etc. En las épocas
que preceden inmediatamente a la recesión, el temor por los despidos masivos,
la percepción de la inseguridad en el empleo, la presión a aceptar cualquier condi
ción de trabajo con tal de conservarlo, la falta de solidaridad con los compañeros
forzada por esta situación, y la inestabilidad a todos los niveles, no sólo en
el trabajo sino sus repercusiones en la vida familiar, en el grupo de amigos, -
etc., generarán una ansiedad quizá mayor que la propia del desempleo mismo, -
ante el cual ya consumado, se encuentra alguna forma de adaptación y sobrevivenci
a la cual se llega con más o menos dificultad. Las estadísticas de mortalidad
por cirrosis hepática (efecto cuyo origen debe buscarse años atrás) y muertes
violentas (a mucho más corto plazo), probablemente manifestarán en alguna -
forma estas situaciones. En forma más indirecta podrán verse los efectos en -
los pacientes que llegan a un hospital psiquiátrico.

Las hipótesis relativas a los padecimientos mentales propiamente dichos, se

referirán centralmente a la determinación de dichos trastornos, y en forma complementaria al saber y la práctica que se da en torno a ellos.

Proponemos, en primer término, que son categorías como formación económica-social, clase social, fracción de clase y proceso de trabajo (definidas como se hizo en el marco teórico) las que pueden proporcionar elementos explicativos de la forma en que se produce y distribuye la salud-enfermedad mental en la colectividad, enmarcando a las más concretas como ambiente, ocupación, edad, sexo o herencia, y no éstas últimas contempladas en abstracto, fuera de la dimensión histórico-social. Para trabajar con esta hipótesis, en la tercera parte de la investigación se hará la descripción de la distribución de la patología registrada en una institución psiquiátrica según las variables tradicionalmente empleadas, cuyo fundamento es la concepción causal unidireccional criticada en la parte primera del marco teórico, que van desde las más biológicas como factores hereditarios, edad y sexo, hasta las más sociológicas como ambiente y ocupación. Sin embargo, estos mismos indicadores se analizarán desde una perspectiva sociológica diferente que permita pensar en la dinámica de los procesos de los cuales son manifestaciones y las determinaciones causales que los rigen, enmarcándolos dentro de la FES en que se dan para buscar allí la explicación a la distribución primeramente descrita.

Por lo que respecta al saber, el diagnóstico psiquiátrico es la resultante de un proceso múltiplemente determinado, en el que se entremezclan elementos reales con ideológicos en diferentes proporciones, según el caso, estando ambos tipos de elementos condicionados social e históricamente. Una forma de mostrar la poca objetividad del diagnóstico, hecho que se da no sólo en la psiquiatría institucional mexicana sino en general en la occidental como se veía en la parte se-

gunda del marco teórico, es revisando el acuerdo existente entre los psiquiatras que atienden a los pacientes del hospital, y la concepción causal que tienen sobre los padecimientos.

En cuanto a la práctica institucional tal como se ejerce en esta formación económica y social, responde menos a las expectativas de solución del problema de la población demandante que a la necesidad de ejercer un control sobre ella por parte de la clase dominante. Ello habrá de manifestarse tanto en la conducta de la población frente a esta respuesta, como en la finalidad implícita que se aprecia en el tratamiento psiquiátrico, que no se encamina hacia la resolución real del padecimiento sino a su paliación, represión u ocultamiento, y que se manifiesta concretamente en los resultados terapéuticos que logra (o más exactamente que no logra).

A continuación se presenta la descripción un poco más detallada de las distintas etapas de este trabajo.

b) Descripción general.

La presente investigación, abordando una región tan compleja y obscura como es la llamada enfermedad mental, consistirá en varias etapas orientadas a la exploración primero de los aspectos más generales que, según lo ya expuesto, son necesarios para entender la determinación de los procesos en las dimensiones particulares, y luego en etapas sucesivas, llegar a un acercamiento menos extenso pero más profundo del objeto que nos ocupa, volviendo a la dimensión general para la explicación de sus determinaciones.

Una aclaración necesaria es la referente a las fuentes de información. Si

bien es cierto que por una parte, de acuerdo a los planteamientos teóricos que se han hecho, la información con que se va a trabajar no es la más adecuada y refleja distorsionadamente la realidad debido al criterio con que se recolectó; y por otra parte la calidad en sí misma de dicha información, por razones que algunos autores han estado estudiando (4) deja mucho que desear, no obstante es por el momento la única con que se cuenta; además, no por ser inadecuada e inexacta debe desaprovecharse, pues aunque sólo sea en forma muy gruesa permite aproximarse al objeto de estudio, y en tanto que no se cuente con alternativas para superarla hay que intentar vencer los obstáculos que su utilización supone mediante algunos recursos técnicos, iniciando en todo caso un trabajo de análisis que no puede seguir posponiéndose indefinidamente, aún sabiendo de antemano que la aproximación lograda no será muy precisa, pero pensando que se generarán elementos para posteriores y mejores resultados.

Esta investigación se enfocará especialmente sobre la población de la Ciudad de México, que es donde se concentra la mayor cantidad de habitantes en el país, es una zona en la que predomina la producción capitalista y por tanto es de esperar que sea donde se reflejen más directa y característicamente las determinaciones de este modo de producción sobre la salud-enfermedad mental.

Una primera etapa necesaria en este estudio, de acuerdo con lo planteado hasta aquí, es la caracterización de la formación económico social mexicana (FES), que se hará someramente con base en elementos referentes sobre todo a la infraestructura económica de la sociedad y la inserción de la población que para este estudio interesa (es decir los habitantes de la Ciudad de México) en ella, con pocas consideraciones relativas a la superestructura no por considerar la poco importante, sino por los límites de tiempo y recursos propios de este

trabajo. (Sin embargo, se apuntaban ya algunos elementos en este sentido particularmente en relación con el papel de la práctica psiquiátrica institucional como parte de la función del Estado en esta sociedad, en el inciso b) de la parte 2 del marco teórico).

Cuando se intenta una aproximación al panorama de lo que en nuestra sociedad se llama enfermedad mental, el primer problema que se encuentra es la inexistencia de información sobre lo que sucede en la población del país. Aparte de los registros de mortalidad por suicidio, homicidio y violencias, o por enfermedades como la cirrosis hepática, que permiten inferir más directamente unas que otras la existencia de patología mental en las víctimas, no se cuenta con otras fuentes de datos al respecto. Y no se toma en cuenta el rubro de mortalidad por trastornos mentales porque debido entre otras cosas a las deficiencias en la uniformidad de criterio al certificar las defunciones, reflejan muy poco; además, en general estas enfermedades, a no ser que su asiento sea una lesión orgánica mortal, comunmente no llevan a la muerte más que por causas violentas como las ya mencionadas (es difícil imaginar cómo se puede morir de oligofrenia, por ejemplo).

Así pues, una segunda etapa enfocará la atención sobre el tipo específico de patología que se investiga, tratando de explorar este campo a través de dichas estadísticas de mortalidad por suicidio, homicidio, accidentes y cirrosis hepática alcohólica para el D. F., que se piensa darían una idea de las respuestas violentas, evasivas o autodestructivas de la población ante la ansiedad generada en la sociedad en que vive. Además de buscar la relación de las tasas globales con la fecha que permitirá ubicar los distintos momentos del ciclo industrial en los últimos años para ver su repercusión sobre la conducta de la población

en estos sentidos, será interesante hacer el análisis según edad y sexo, teniendo en cuenta que estas características biológicas colocan a los individuos en situaciones particulares en su relación con el proceso de trabajo, y cuando sea posible la ocupación que permitirá tener alguna idea de la pertenencia de clase y seguramente esclarecerá más la cuestión.

Pero si se desea un acercamiento aún mayor al estudio de la salud-enfermedad mental, la solución que queda es la de ir directamente a investigar en algún grupo de la población lo que ocurre, para tener una orientación sobre lo que pasa con el resto, lo cual supone o que existan registros retrospectivos de lo que sucede con ella, o bien que se trabaje prospectivamente recabando los datos necesarios.

La primera de estas alternativas presupone, al menos en esta sociedad, la existencia de algún servicio de salud que es adonde se llevaría el registro de los individuos que acudieran en busca de atención para su problema mental, ya que por el momento parece difícil encontrar algún grupo poblacional que posea información sobre el estado de salud mental de sus integrantes, si no es a través del aparato institucional de la Medicina. La segunda alternativa requeriría de una inserción prolongada en el seno del grupo poblacional y la creación de un sistema de información adecuado que permitiera ir conociendo, analizando y transformando en forma conciente lo referente a su salud-enfermedad mental.

Para los recursos con los que se cuenta en este trabajo, la única alternativa que queda es la primera, esto es, trabajar con datos secundarios recogidos en el único sitio en que se llevan sistemáticamente: la institución psiquiátrica.

El mismo inconveniente que este método conlleva, es decir que no permite

conocer a través del estudio de un grupo seleccionado como es el que acude al hospital lo que sucede en la población general, contiene en sí una ventaja, que es precisamente la posibilidad de estudiar la patología mental dentro del espacio que en esta sociedad se le asigna, la institución psiquiátrica como parte del Estado, como la respuesta que se ofrece al problema que representa lo que se ha llamado enfermedad mental, y cuyo significado no es el mismo para los distintos grupos de la población que la padecen ni tampoco la solución que los integrantes de unos y otros pueden darle. Será posible captar algunos de los elementos de la determinación dialéctica entre el saber y la práctica oficiales y nuestro objeto de estudio, la relación existente entre saber (legal y popular), y práctica (profesional y lega), y distribución y determinación de la salud-enfermedad mental. Además, la institución elegida tiene un significado importante en la evolución de la Psiquiatría mexicana, y es la que concentra al mayor número de pacientes de este tipo; aunque no será posible profundizar ampliamente sobre el significado de la institución, sí se considera de importancia introducir al menos este aspecto en el análisis, complementándolo con algunas entrevistas al personal y algunas personas atendidas en ella (cuestionario en el anexo), que se recabará en torno a un estudio de casos.

La tercera etapa consiste, pues, en un análisis de los diagnósticos hechos en una institución psiquiátrica del Estado en el período que va de fines de los 60 a la actualidad, recalcando que en esta parte del trabajo no debe olvidarse en ningún momento que el objeto de estudio no es la influencia mecánica de un proceso social como la crisis económica capitalista de las últimas décadas sobre la salud mental de la población, sino más bien las determinaciones que concurren en la institución psiquiátrica sobre la producción del diagnóstico, enmar-

cando tanto al hospital como a sus pacientes en una etapa particular de la evolución histórica de un país con una inserción particular en el capitalismo mundial, todo ello con miras a encontrar elementos para la reconstrucción científica de un objeto cuya apariencia es tan amorfa y cuyas determinaciones están tan profundamente enraizadas en lo social, que las únicas posibilidades explicativas de fondo del mismo (y por tanto alternativas para soluciones verdaderas) sólo se encontrarán en la medida en que la aproximación a su esencia se vaya logrando.

2. LA CRISIS ECONOMICA EN MEXICO.

122

La influencia desfavorable de las etapas críticas por las que el modo de producción capitalista ha pasado a lo largo de su desarrollo, sobre la salud-enfermedad de la población, especialmente sobre algunos de los grupos que la constituyen, ha sido estudiada por varios autores y se encuentran en la literatura relativa al tema reportes de estas investigaciones (5, 6, 7); las mediaciones a través de las cuales estos acontecimientos ocurridos en la sociedad global conducen al deterioro en las condiciones de salud, han sido hasta el momento menos analizadas (8, 9).

En la presente investigación, para poder estudiar el proceso de salud-enfermedad mental durante el período crítico que el país vive como integrante del sistema capitalista mundial, es fundamental presentar la situación en que se encuentra la economía, y algunas de las repercusiones que ésta determina a nivel de toda la estructura social.

Se ha presentado a grandes rasgos en el marco teórico el panorama general de la actual crisis del capitalismo, lo cual se considera necesario para entender lo que ocurre a un nivel más específico actualmente en el país.

Por lo que se refiere a la situación de la economía en México en el período que va de fines de los sesentas a fines de los setentas, intentaremos a través de algunos de los indicadores oficiales seguir lo que sucede en las distintas fases del ciclo económico, y la articulación de la economía nacional con la crisis mundial del capitalismo, para posteriormente, mediante una revisión de los aspectos históricos más relevantes, buscar la explicación de tal situación en el

peculiar desarrollo que el modo de producción capitalista ha seguido en México.

Los indicadores tomados para caracterizar la economía mexicana en el período que nos ocupa (68-78), se enfocarán al estudio de los aspectos que en el marco teórico se han mencionado como indispensables para la descripción y comprensión de la crisis actual a nivel mundial, con el fin de captar cómo se han dado en el país, como consecuencia tanto de las particularidades de su formación económicosocial como del sitio que ocupa dentro de la organización mundial del modo de producción actual.

Así pues, exploraremos a través de la información existente lo relativo a la producción y la inversión, que como se ha visto dependen de las condiciones favorables o no para la obtención de una tasa de ganancia aceptable. Luego, habrá que revisar la esfera del consumo por su importante relación con la producción con sus contradictorios significados para el capital y para la población, lo cual se hará combinando algunos de los indicadores existentes; las fluctuaciones de precios y salarios dan alguna información en este sentido. En cuanto a los movimientos de lucha obrera y la influencia de la lucha de clases sobre la esfera económica, su significado en el contexto del país será tratado en la parte final de este capítulo, dentro del análisis de su historia. Para visualizar aspectos relativos al papel del Estado, como regulador de las relaciones del capital con la población y con las diferentes fracciones que constituyen la clase capitalista misma dentro de las cuales es cada vez más fuerte la monopólica transnacional, y la inserción del país en la crisis económica mundial, se tomarán indicadores de las finanzas públicas y el comercio exterior, puesto que el Estado se presenta como un organismo que entabla las relaciones del país como un todo con el exterior, encubriendo que los intereses que realmente protege son los

del capital.

Como es necesaria una visión aunque sea sólo aproximada de la estructura de clases de la sociedad mexicana dada la repercusión diferencial que sobre ella tienen los procesos estudiados, ésta será inferida a partir de los datos registrados en el censo del 70 (y algunos del 60) a pesar de las limitaciones impuestas por el uso de esta información (además de inexacta, inadecuada para conocer las clases sociales definidas en términos marxistas-leninistas).

a) La esfera de la Producción.

Por lo que se refiere a la producción, las cuentas nacionales proporcionan datos relativos tanto al valor como al volumen de lo producido.

Cuando se revisan los indicadores relativos a valor, dado que se están expresando en términos del valor corriente de la moneda, es indispensable utilizar algún recurso que contrarreste el efecto de las variaciones de este valor (deflacionar las cantidades) para hacer comparables las cifras de un año con las de otros. En las cuentas nacionales que se usan como fuente en este trabajo, el año índice usado para deflacionar las cantidades fue 1960, razón por la cual sin entrar en discusiones sobre la mayor o menor conveniencia de este recurso o del uso de uno u otro año como índice (que exceden a las posibilidades de la investigación) se tomará así.

El indicador Producto Interno Bruto, refleja lo que en cada año se produjo en el conjunto de la economía nacional, y seguramente como todo producto, fue el resultante de lo que en términos de economía marxista se conoce como capital

constante (maquinaria, materia prima, etc.) y capital variable (o sea salario - que se paga a los trabajadores y plusvalía que no se les paga), elementos que sin embargo no es posible identificar en el indicador tal y como es manejado - por la economía oficial. De todas formas, lo que interesa seguir con el estudio del producto interno bruto (PIB) son las tendencias de la producción en el - país en los años revisados, teniendo en cuenta que el indicador PIB es la manifestación aparente de la acción de elementos como la productividad global de la economía (que depende del desarrollo de las fuerzas productivas en la presente - etapa histórica en esta sociedad), la inversión (en la cual se refleja la lógica - capitalista ya que la inversión va siempre en busca de una tasa de ganancia rentable), las posibilidades de realización de la plusvalía en la esfera de consumo, la obligación objetiva del capital de reproducir dentro de ciertos límites la fuerza de trabajo que requiere (10), etc.

En el cuadro número 1, especialmente si se comparan las variaciones porcentuales del PIB en valor de un año a otro que serían indicativos del "crecimiento" de la producción, puede verse claramente una tendencia al decrecimiento a partir del año 68, dentro de la cual se ven dos ciclos: una caída de 68 a 71, - que se frena un poco en 72-73 para caer nuevamente con un mínimo en 76.

En el mismo cuadro se hace un desglose del PIB para ver lo que ocurre en los dos sectores principales de la economía, el industrial y el agrícola. Es interesante notar lo siguiente:

- 1) Un decrecimiento en la producción industrial en valor en 71 y sobre todo después de 74 con un mínimo en 76, que afecta en forma importante a la rama de las manufacturas, con cierta compensación a expensas de ramas productoras

CUADRO 1. VARIACION EN % DEL PIB CON RESPECTO AL AÑO ANTERIOR, EN ALGUNAS RAMAS DE LA PRODUCCION, A PRECIOS DE 1960. MEXICO, 1968-77.*

AÑO	PIB Total	INDUSTRIAL					SECTOR AGROPECUARIO.			OTROS	
		S F C T O R	Insumos y energéticos industriales	Construcción	Agricultura.	Ganadería	Comercio.	Gobierno			
		Manufacturas.	Petróleo	Petroquímica.	Electricidad						
68	8.1	10.8	8.6	33.6	19.7	7.4	1.6	6.7	8.5	9.6	
69	6.3	8.4	4.7	26.3	13.8	9.4	- 1.7	5.9	7.0	3.3	
70	6.9	8.7	10.1	8.7	11.3	4.8	4.9	4.6	6.5	9.7	
71	3.4	8.1	2.8	8.4	8.0	- 2.6	1.8	3.0	3.0	9.0	
72	7.3	8.3	7.9	17.0	8.9	17.6	- 2.6	5.1	6.9	11.4	
73	7.6	8.9	1.4	11.9	11.0	15.8	2.1	1.9	7.6	11.2	
74	5.9	5.7	14.2	18.4	9.4	5.9	3.2	1.7	5.2	8.2	
75	4.1	3.6	8.4	4.7	5.8	5.9	- 0.7	3.5	3.4	10.9	
76	2.1	2.6	10.4	8.7	7.4	- 1.9	- 3.7	3.0	1.1	8.5	
77	3.2	n.d	18.8	- 3.2	7.7	- 2.0	2.4	3.1	2.0	1.8	

* FUENTE: Oficina de cuentas de producción, Banco de México, S.A. Pág. 28.

Para 77, Anexo I al 2o. informe presidencial, 1978.

la producción en términos absolutos fue inferior a la de años previos.

- 2) En el sector agropecuario, específicamente en la agricultura, los peores años fueron 69, 72, 75 y 76, con un pico de máxima producción en valor en el período en 70 y un poco menor en 74.
- 3) Se puede notar cómo la participación del sector estatal va en aumento, aunque también fluctuando junto con el resto de la economía, a pesar de que por la forma en que se presenta la información oficial no es posible analizar mejor este aspecto.

En los cuadros 2 y 3 se aprecia lo que ocurre en el período en términos de volumen, en algunos ramos de la industria y de la producción agrícola. Resalta lo siguiente:

- 1) En la composición de la producción manufacturera los bienes de consumo no durable constituyen la menor proporción (lo cual además de estar determinado por las características propias del país en cuanto al mínimo poder adquisitivo de la mayoría de la población, es una particularidad típica del modo de producción capitalista).
- 2) La producción de granos básicos, cuya repercusión sobre la alimentación de la población trabajadora es obvia, aunque variando de un producto a otro sufrió graves mermas que fueron parcialmente compensadas mediante la importación, cuyo efecto encarecedor del grano no hay que olvidar. Para el caso

CUADRO 2 . INDICE DE VOLUMEN
1960 = 100. MEXICO

				M A N U F A C T U R A		
Año	Indice Gene- ral.	Minería	Petróleo y - Petroquímica	Total	Alimentos, - Bebidas, Ta- baco.	Textiles, P pa, cuero.
68	191.3	121.6	183.8	194.3	165.1	179.5
69	207.8	127.9	195.2	211.2	175.9	194.8
70	224.4	132.2	214.7	228.9	186.6	214.4
71	230.1	131.2	221.8	236.3	188.0	230.0
72	252.2	132.7	241.2	256.6	198.1	248.8
73	276.2	144.0	247.1	280.1	208.2	273.6
74	295.8	162.4	284.5	297.4	214.6	281.1
75	309.5	152.2	308.0	309.5	227.2	290.8
76	316.6	159.8	329.8	316.6	229.8	297.5

* FUENTE: Oficina de cuentas de producción, Banco de México, S.A.

CUADRO 3 . VOLUMEN DE PRODUC
BASICOS, EN MILES D

Año Agrícola	M A I Z				F R I J O L		
	Producción	Importa- ción.	Exporta- ción.	Consumo	Produc- ción.	Importa- ción.	E
67 - 68	9062	6	897	8171	857		
68 - 69	8411	8	789	7630	835		
69 - 70	8879	761	2	9638	925	9	
70 - 71	9786	17	277	9526	954		
71 - 72	9223	204	433	8994	870	13	
72 - 73	8609	1145	31	9723	1009	2	
73 - 74	7848	1277	1	9124	972	39	
74 - 75	8449	2633	6	11076	1027	103	
75 - 76	8017	916	4	8929	739		
76 - 77	10023	1732		11755	742	39	
77 - 78	10389	1015		11404	1027		

* FUENTE: Anexo I al 2o. informe presidencial, 1978.

PRODUCCION INDUSTRIAL,
- 76. *

de Pa Made-	Productos - Químicos, -- Caucho, Plas- tico.	Minerales - no metáli-- cos.	Metálicos - básicos.	Metálicos y reparación	Construcción	Energía - Eléctrica
1.9	212.2	215.7	216.9	271.2	194.0	241.8
0.5	243.2	238.3	234.4	293.0	212.3	275.2
3.3	264.0	250.5	253.2	327.3	222.5	306.7
3.8	289.6	271.5	260.1	330.5	216.7	335.8
1.9	324.8	302.8	292.3	361.9	254.8	371.4
1.6	356.7	352.5	314.8	413.7	295.1	409.6
5.9	373.3	372.2	351.6	460.9	312.5	443.6
7.0	387.4	406.7	349.9	480.1	331.0	488.4
1.8	403.6	429.1	362.2	476.4	324.7	523.1

IMPORTACION DE GRANOS
LADAS. MEXICO, 1968-78.*

T R I G O.				
Consumo	Produc- ción.	Importa- ción.	Exporta- ción.	Consumo
777	2081	2	3	2080
781	2326	1	253	2074
923	2676	1	42	2635
954	1831	178	86	1923
844	1809	641	17	2433
986	2091	718	23	2786
1011	2789	977	20	3746
1125	2799	87	36	2850
697	3364	2	16	3350
641	2454	495		2949
995	2648	650		3569

caso del maíz, elemento básico en la alimentación de la mayoría de los mexicanos, fueron notables las carencias de los años 68 a 70 y 73 -74. El frijol se produjo en cantidades mínimas en los años 75 a 77, y el trigo en 70-72.

Las fluctuaciones en la producción en este período, si retomamos los elementos que la determinan, difícilmente se explicarían sobre la base puramente de problemas tecnológicos, y más bien habría que entenderlas de acuerdo con las leyes que rigen al modo de producción dominante: si a un grado de desarrollo de las fuerzas productivas no se puede obtener una buena tasa de ganancia (por alguno de los métodos explicados en el marco teórico para la extracción de plusvalía o por dificultades para su realización), no se invierte y por tanto no se produce. Para verlo en el caso de la economía mexicana podríamos valer nos del estudio de la inversión aún a través de las distorsiones propias de la información existente, y después buscar por qué no resulta rentable invertir (y por tanto producir) en algunos años en particular dentro de un período en que como ya se vió el "crecimiento" de la producción se ha visto tendencialmente frenado.

En un primer acercamiento, lo que más llama la atención es la gran importancia del papel estatal en la regulación de la economía. En algunos años la inversión pública viene a compensar la disminución de la inversión privada, que si no ve el terreno firme se retrae (cuadro 4 en el anexo). Las fluctuaciones de la inversión pública se ven también influídas por un lado, por los límites estrechos impuestos por la crisis fiscal, y por otro, por las políticas sexenales, en las que habría que analizar la repercusión de las correlaciones de fuerzas no sólo capital-trabajo, sino de las distintas fracciones del capital nacional y la inserción del país en el contexto mundial con el capital transnacional.

Dentro del indicador Inversión Fija Bruta (IFB) no es posible distinguir qué parte de ella se destina a qué tipo de producción. La relación inversión fija bruta/producto interno bruto presenta la apariencia de que con determinada inversión se ha logrado determinada producción. Quedan así encubiertos tanto los elementos que intervienen como las relaciones entre ellos dentro del proceso de producción. Aún así, en el cuadro 5, a través de esta relación entre inversión y producción, se trataría de mostrar la variación de la productividad global de la economía mexicana (sin olvidar los elementos que la determinan aún cuando no sean visibles en el indicador); y a través de la relación insumo-producción (cuadro 6), que al crecer reflejaría un aparente aumento de la productividad, pero que si se piensa que aparte de la materia prima (insumo) y la maquinaria el único otro elemento que puede elevar la productividad es el trabajo humano, podría entreverse gruesamente un aumento en la extracción de plusvalía, aún cuando no sea posible determinar nada más sobre el tipo de la misma o las condiciones en que es extraída, ya que el indicador se refiere a la economía en su conjunto y no deja ver la heterogeneidad de procesos productivos que la conforman, cuya magnitud e importancia son señalados por Laurell en uno de sus trabajos (11); sin embargo sí se ve por ejemplo que en el sector agrícola (a pesar de no ser tampoco homogéneo) el aumento es más acentuado que en otros sobre todo en algunos años. Combinando estas dos apreciaciones se tendría que la proporción de la producción por inversión realizada ha ido de creciendo (o sea que la productividad global de la economía desciende en su ritmo de crecimiento), mientras que la relación insumo-producción (que reflejaría una mayor extracción de plusvalía) va en aumento.

¿Cómo explicar que al invertir determinado capital se obtenga menos producto en relación con el año previo (IFB/PIB) a pesar de que con tal insumo va a -

producirse más que antes (relación insumo-producción)? Probablemente si se considera que la tasa de ganancia ha decaído, a pesar de que la tasa de plusvalía ha aumentado. Si se sabe que la tasa de ganancia está determinada por la tasa de plusvalía y por la composición orgánica del capital (que se refiere a la proporción de trabajo vivo y trabajo muerto que se utiliza), lo que significa es que la disminución de la productividad debe ser un efecto fundamentalmente de la contradicción de la creciente proporción de trabajo muerto con respecto al vivo empleada en la producción, y que se está tratando de compensar elevando la extracción de plusvalía, en la modalidad que la rama específica de que se trate pueda hacerlo según su grado de desarrollo tecnológico. Sin embargo, de nuevo la contradicción resurge en la esfera de la circulación, ya que el "trabajo vivo", el obrero colectivamente considerado, no percibe ni siquiera una proporción de la riqueza generada que le permita en el intercambio comercial adquirir los productos para que el capitalista realice la plusvalía producida que contienen.

b) La esfera del consumo.

Con la finalidad de contemplar algunos aspectos en la esfera del consumo, importantes para ver la situación crítica de las posibilidades de realización de la plusvalía en el mercado, y recalcando que en el capitalismo la contradicción fundamental más que entre la esfera de la producción y la del consumo está entre las fuerzas productivas y las relaciones de producción, "... contradicción que atraviesa toda la base económica, tanto la producción como el consumo" (12), se presentan los datos de los cuadros 7, 8 y 9 para tener alguna información en este campo.

Se aprecia la baja de las utilidades (que sería una manera de manifestarse - de la no rentabilidad de la inversión) en el año 71 con relación a 70, empeorando de 74 a 76, en algunas empresas bursátiles. Las fluctuaciones en las ventas permiten ver también cómo disminuyeron especialmente en los años 71 y 75 (cuadro 7 en el anexo).

El cuadro 8 está construido para dar una visión de la forma en que se distribuye el denominado gasto interno bruto, constituido por el PIB sumado con la diferencia entre importaciones y exportaciones, que sería un intento de ver cómo se gasta la riqueza social disponible para el país, tomando como indicador de - ella (aunque no sea muy fiel) lo producido más lo comprado en el mercado internacional, descontando lo vendido a él. Desde luego, la información que se muestra mezcla nuevamente los distintos elementos, y se da la inversión global (IFB), el consumo del gobierno sin distinguir en qué se utiliza, y el consumo privado sin distinguir a la población cuyo acceso al consumo es claramente diferencial. Sin embargo, lo que sí se aprecia son algunas tendencias, por ejemplo la característica del modo de producción capitalista a gastar una proporción cada vez - mayor en inversión que en consumo; también el aumento del consumo del gobierno (que coincide con el papel más importante del Estado dentro de la sociedad). Los incrementos ~~de~~ las existencias de productos con relación al año precedente parecen seguir al ciclo económico reflejando la dificultad para la realización de los productos que conduce al estancamiento en la producción: en el año 70, previo a la recesión de 71, hay un aumento en las existencias mayor que en años previos posteriormente hay una disminución que podría corresponder por una parte, al - estancamiento de la producción, y por otro a los intentos por ampliar el mercado interno a través de recursos artificiales como la concesión de crédito; en to

CUADRO 7. COMPORTAMIENTO DE VENTAS Y UTILIDADES EN ALGUNAS EMPRESAS BURSATILES (VARIACION % CON RESPECTO AL AÑO ANTERIOR). MEXICO, 70-76.*

AÑO	VENTAS	UTILIDADES
71/70	6.0	- 6.4
72/71	13.8	26.6
73/72	25.2	36.0
74/73	38.7	54.6
75/74	14.4	- 8.1
76/75	25.3	- 23.1

* FUENTE: Anuario estadístico, Secretaría de Industria y Comercio.

CUADRO 8. DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL GASTO INTERNO BRUTO. (GIB = PIB + (I.E.)). MEXICO, 1968-77.*

AÑO	Total	I. F. B.	Consumo del Gobierno.	Consumo Privado.	Aumento de existencias.
68	100.0	18.9	7.5	72.2	1.4
69	100.0	19.1	7.6	71.6	1.7
70	100.0	19.1	7.6	70.7	2.6
71	100.0	17.8	7.9	72.7	1.6
72	100.0	18.8	8.4	72.8	0.0
73	100.0	20.0	8.8	71.5	- 0.3
74	100.0	20.5	9.2	65.6	4.7
75	100.0	21.3	10.5	66.3	1.9
76	100.0	21.1	12.5	64.5	1.9
77	100.0	20.2	11.6	68.2	

* FUENTE: Tabla construída sobre los datos del Banco de México, S.A., y para 77 del anexo I al 2o. informe presidencial, 1978.

do caso, en 73 se acaban las existencias y de hecho al contabilizar hay un saldo negativo que podría interpretarse como un aumento seguramente artificial de la demanda sobre la producción, y en 74 un nuevo incremento de existencias no realizadas (quizá consecuencia de un alza en la producción para satisfacer la demanda del año anterior, combinada con un agotamiento del recurso ficticio del crédito para aumentar la capacidad de compra de los consumidores).

El cuadro 9 (anexo) es otro intento de buscar qué se hace con la riqueza representada por el PIB; se muestran las proporciones del mismo que se reinvierten y las que se ahorran sea en bancos extranjeros o en nacionales (de lo cual ciertamente una proporción muy pequeña corresponderá al ahorro de los trabajadores, como forma de prepararse para las épocas en que no cuentan con empleo adecuadamente remunerado). También a través de estos datos se pueden seguir en cierta medida las retracciones del capital en las épocas de recesión, que se ahorra o se invierte especulativamente.

c) El Estado en la economía nacional, y la sociedad mexicana dentro de la crisis mundial capitalista.

Finalmente, y para ver la inserción de la economía nacional dentro del contexto mundial, hay que recurrir a los datos relativos al comercio exterior. En su interpretación hay que tener presente tanto la situación interna de la economía como la que reina a nivel internacional y que se ha descrito en una parte previa del trabajo.

Hay algunos puntos que no se deben perder de vista:

1) El desarrollo tecnológico de un país como México le hace depender para el

CUADRO 5. RELACION ENTRE INVERSION FIJA BRUTA Y
PIB, MEXICO 1968-78.*

AÑO	I F B (MILLONES DE PESOS CORRIENTES)	P I B	PIB/IFB
68	65625	339145	5.2
69	72700	274904	5.2
70	82300	418700	5.1
71	82000	452400	5.5
72	98000	512300	5.2
73	127100	619600	4.9
74	173400	813700	4.7
75	223200	1000900	4.5
76	266900	1220800	4.6
77	339400	1676000	4.9
78	471800	2104550	4.5

* FUENTE: Oficina de cuentas de producción, Banco de México. S.A.
Para 77, anexo al 2o. informe presidencial.

CUADRO 6. RELACION INSUMO-PRODUCCION, A PRECIOS CORRIENTES Y A PRECIOS DE 60, EN DISTINTOS SECTORES, 1968 - 76. *

AÑO	PRECIOS CORRIENTES						PRECIOS DE 60			
	Total	Agricultura	Manufac- turas.	Construc- ción.	Insumos y, energéticos	Total	Agricultu- ra.	Manufac- turas	Construc- ción.	Insumo energé- tico
68	34.9	20.3	56.8	54.1	32.4	37.7	23.4	60.2	56.2	33.
69	34.9	20.7	56.5	52.3	32.8	38.1	24.4	60.4	56.2	33.
70	34.9	19.0	56.6	51.8	32.7	38.2	23.1	60.3	56.2	33.
71	34.4	19.5	55.5	51.1	33.9	38.1	23.4	60.4	56.2	33.
72	34.2	19.1	55.0	49.9	34.3	38.4	24.6	60.9	56.2	34.
73	34.2	15.9	55.8	49.5	34.8	38.6	24.7	60.6	56.2	34.
74	34.8	15.8	54.9	51.2	37.4	38.9	24.4	60.8	56.2	33.
75	34.4	15.7	53.6	50.6	36.6	39.3	25.8	61.0	56.2	34.
76	34.3	16.2	53.0	50.0	35.0	39.6	27.6	60.8	56.2	34.

* FUENTE: Oficina de cuentas de producción, Banco de México, S. A.

incremento de la productividad, de la importación de bienes de producción.

- 2) Para contar con recursos para importar, necesita de lo que obtiene por las exportaciones, constituídas fundamentalmente por materia prima, ya que las manufacturas encuentran importantes rivales en el mercado internacional provenientes de países que producen en condiciones más avanzadas y por tanto a costo menor.
- 3) En una época de crisis económica mundial sincrónica en casi todo el mundo capitalista, las condiciones para la exportación son muy desfavorables.
- 4) Las importaciones de granos básicos en algunos años críticos han sido indispensables para abastecer el consumo de la población trabajadora, que en último término es quien constituye la fuerza de trabajo indispensable para la producción, pero que limitó aún más los recursos para la importación de bienes de producción.
- 5) Los precios monopólicos de la mayor parte de los productos en el mercado internacional son cada vez más elevados, y los de la materia prima tienden a abaratare, lo que contribuye a la desventaja de países como México en el intercambio comercial con el exterior.

Así, tenemos en el cuadro 10 un aumento progresivo en la proporción de importaciones con respecto a las exportaciones, y una proporción cada vez mayor de los recursos disponibles dependiendo de las importaciones, lo que habla entre otras cosas, del papel del país como mercado para los productos de países centrales.

Desde luego, estos recursos por encima de lo producido nacionalmente se

CUADRO 10. DIFERENCIA ENTRE IMPORTACIONES Y EXPORTACIONES.
 PORCENTAJE QUE CONSTITUYEN CON RESPECTO AL PIB.
 (PRECIOS DE 60). MEXICO, 1968-77.*

AÑO	IMPORTACIONES		EXPORTACIONES		DIFERENCIA	
	Millones de \$	% del PIB	Millones de \$	% del PIB	Millones de \$	% del PIB
68	35159	13.5	25385	9.7	9774	3.8
69	37521	13.5	29689	10.7	7832	2.8
70	40339	13.6	27177	9.2	13162	4.4
71	38878	12.7	26912	8.8	11966	3.9
72	44377	13.5	30417	9.2	13960	4.3
73	52227	14.8	33491	9.5	18736	5.3
74	62824	16.7	31966	8.5	30858	8.2
75	63506	16.3	29116	7.5	34390	8.8
76	60718	15.2	27606	6.9	33112	8.3
77	38533	9.4	31373	7.7	7160	1.7

* FUENTE: Oficina de Cuentas de Producción, Banco de México, S. A. (Págs. 22 y 23).
 Para 77, anexo I del 2o. informe presidencial, 1978.

financián con préstamos al Estado de capital nacional o extranjero, cuyo límite para la banca nacional está dado por la imposibilidad de los capitalistas para invertir proporciones demasiado elevadas de su capital en forma especulativa y por tanto improductiva (o sea que no genera plusvalía para el capitalista), y para la banca extranjera por los límites que la propia situación del país de que se trate imponga (como se vió en la parte previa del trabajo). De todas formas, la deuda neta ha aumentado en proporciones alarmantes, y el sector público muestra un déficit que se traduce en cifras negativas a partir de 73 en la cifra de recursos económicos disponibles, con una balanza de pagos en la cuenta corriente negativa en todos los años a partir de 68 (cuadros 11 y 12 del anexo). Las dificultades que enfrenta el Estado para cumplir su papel, máxime cuando por características históricas en México es tan fundamental en el funcionamiento de la economía (como se verá más adelante), lo han llevado a lo que se ha denominado, como en otros países capitalistas, crisis fiscal. En cuanto al proceso inflacionario, el cuadro 13 en el anexo dá una idea.

La situación de la deuda externa ha sido tan grave, que obligó a un organismo internacional como es el Fondo Monetario Internacional a marcar no sólo límites al mismo, sino toda una política restrictiva para el país como condición para continuar apoyando su endeudamiento. En todo caso, una negativa a "ayudar" a países como México por parte de este tipo de organismos, repercutiría en el cierre de mercados a los productos del capital transnacional.

d) La población trabajadora.

Para los trabajadores mexicanos, la situación anteriormente esbozada se ha

traducido en un deterioro en las condiciones de trabajo y de vida a través del -
desempleo, aumento en la extracción de plusvalía en todas sus modalidades, dis-
minución del salario real, aumento de precios, inflación, etc.

Hasta aquí, todos los indicadores utilizados nos han dado una impresión glo-
bal de la economía nacional. Sin embargo, como es fácil comprender, las re-
percusiones de la crisis no se dan con la misma intensidad sobre toda la pobla-
ción, sino que son mucho más graves para aquellos que sólo cuentan para sub-
sistir con la venta de su fuerza de trabajo. Así pues, esta revisión quedaría
a un nivel demasiado general si no se diera algún punto de referencia para po-
der inferir sobre quiénes la crisis y sus consecuencias se abaten con todo su -
rigor, y qué proporción de la población constituye estos grupos cuya existencia
se ve así agredida. De nuevo nos referiremos a la población del D.F., que es
en el país el punto central de la producción capitalista, que concentra a la ma-
yor proporción de los habitantes, y cuyo análisis permite una visión aceptable -
mente aproximada de la FES mexicana, si se considera que aparte de algunas -
otras ciudades con avance capitalista similar a la ciudad de México aunque cuanti-
tativamente menos importantes, el resto del país se encuentra poblado en su -
gran mayoría por campesinos, excepto en las escasas zonas de capitalismo agra-
rio.

Se veía en el marco teórico que el proceso de trabajo tal y como se da con-
cretamente en una FES específica y en cada una de las ramas que constituyen -
su economía, determina en una forma u otra prácticamente toda la organización
de la sociedad, no sólo dentro sino también fuera del ámbito de la producción,
de modo que el aspecto central de la determinación de las necesidades de la po-
blación y la forma de satisfacerlas es el momento de la producción como proce-

so concreto de trabajo, explotación y consumo de la fuerza de trabajo, con - - efectos directos sobre ella e indirectos a través de otros procesos, pero determinados siempre en última instancia por el modo de producción (13). Para visualizar los efectos de estas determinaciones sobre la población trabajadora mexicana, se presenta en primer lugar (cuadro 14), la descripción cuantitativa de los habitantes del D.F. por edad y sexo (características de las que depende en cierta forma su ubicación en la organización social y familiar), según datos del censo del 70; y a continuación para ver las tendencias de la población en el período 65-75, el crecimiento total y la proporción de población económicamente activa (cuadro 1.5 en el anexo), de la que depende el resto (con datos extrapolados de los censos del 60 y del 70); información que junto con la presentada en el cuadro 13 muestra la juventud de los habitantes de México (situación determinada por la forma en que se introduce y desarrolla el modo de producción capitalista en países como este).

Teniendo en cuenta, como Preteceille sostiene que "... la sola consideración empírica de las evoluciones profundas que transforman a la población activa en el país subraya la amplitud de la evolución de las necesidades sociales... que se... reconocen como expresión de las exigencias objetivas de la reproducción de la fuerza de trabajo a escala social" (14), en los cuadros que siguen se revisan algunos de los aspectos que él propone:

- 1) La condición migratoria de la población total muestra la rápida transformación de una gran parte de la enorme proporción de población rural nacional en trabajadores urbanos (cuadro 16 anexo), lo cual se da no sólo por la migración rural-urbana (que muestra el cuadro 17 anexo) sino (como se ve en el 18 anexo), por el rápido crecimiento de la ciudad misma, introduciéndose

en zonas con formas de producción precapitalistas para absorberlas y transformar completamente las características de trabajo, las necesidades y formas de satisfacerlas, y la organización en general de la vida de sus habitantes (15), - con las serias repercusiones que ello trae sobre la salud de estos grupos (no sólo biológicamente, sino en forma muy importante en la dimensión psíquica, si se piensa en lo que significa un cambio tan violento de forma de vida, organización, trabajo, conocimiento del mundo, etc. como el que sufren quienes van a vivir a la ciudad originarios rurales, o las nuevas condiciones a que los habitantes de regiones conurbadas con la ciudad de México han tenido que adaptarse). Por último, la ubicación de la población económicamente activa en los sectores de la economía, que habla del efecto del desarrollo de las fuerzas productivas en el sentido capitalista.

2) En el cuadro 19 se presenta la distribución cuantitativa de la población económicamente activa por ramas, haciendo una inferencia buscando una aproximación a la estructura de clases a partir de la "posición en el trabajo" consignada en el censo. Esta posición en el trabajo y el grado de desarrollo tecnológico de cada rama (aunque no se logra distinguir con claridad la heterogeneidad que las constituye), condicionará el tipo de extracción de plusvalía que predominantemente se haga, lo cual a su vez determinará el desgaste de la fuerza de trabajo y la organización general de la vida de los trabajadores fuera de la producción, en el tiempo destinado a reponer esta fuerza. (16) El cuadro 20 complementa el anterior mostrando la expulsión del mercado de trabajo registrada en el censo del 70 (referida a lo ocurrido en el año de 69), que fue aún peor en los años recesivos posteriores.

3) Para explorar el proceso de calificación-descalificación de la fuerza de trabajo

CUADRO 19. APROXIMACION
Y SU DISTRIBUCION EN LAS DIS
PARA LA POBLACION DEL D.F.

SECTOR Y RAMA	P O B L A C I O N E C O N O M I C A M E N T				
	CAPITALISTA	%	PROLETARIADO	%	PEQUENA BURGUES
S. Agropecua rio.	2643	0.1	30890	1.4	15631
Ind. Petróleo			12388	0.6	
I. Extractiva	467	0.0	4779	0.2	801
I. Transforma ción.	43600	2.0	566326	25.3	55560
I. Construc ción	7314	0.3	91823	4.1	23111
Gen. y Dist. - Energía El�c trica.	782	0.0	12550	0.6	279
Total Sect. In dustrial.	52163	2.3	687866	30.8	79751
Comercio	32678	1.5	172065	7.7	105797
Transportes	6896	0.3	70048	3.1	19150
Servicio	49820	2.2	562215	25.2	105328
Gobierno			150829	6.8	
Insuf. Especif.	6661	0.3	61125	2.7	19430
T O T A L	150861	6.7	1735038	77.8	345087

* FUENTE: Censo de 1970, datos referentes a 1969.

(1) Porcentaje de los ocupados que en 1969 trabajaron menos de 6 meses.

(2) "Capitalistas" incluye "patrón, empresario, empleador".

"Proletariado" comprende "obrero o empleado; jornalero   peón".

"Peq. Burguesía" incluye "trabaja por su cuenta; trab. en negoc. fam. sin remb; Ejidatarios". Sin embargo, no son salvables cuestiones como que entre los "empleadores" se entremezclan miembros de la pequeña burguesía, y los ejidatarios son una categoría peculiar con algo de campesino y mucho de jornaleros.

LA ESTRUCTURA DE CLASE (2)
 NTAS RAMAS DE LA ECONOMIA,
 1969. *

A C T I V A O C U P A D A (1)			
%	TOTAL OCUPADOS	%	% SUB.EMP.
0.7	49164	2.2	14.4
	12388	0.6	12.0
0.0	6047	0.3	10.0
2.5	665486	29.8	10.6
1.0	122248	5.5	16.7
0.0	13611	0.6	5.3
3.6	819780	36.7	11.4
4.7	310540	13.9	10.2
0.9	96094	4.3	7.4
4.7	717363	32.1	11.5
	150829	6.8	5.2
0.9	87216	3.9	12.0
15.5	2230986	100.0	10.8

CUADRO 20. POBLACION MAYOR DE 12 AÑOS SEGUN SU UBICACION CON RESPECTO AL PROCESO DE TRABAJO, D. F., 1970 (SEMANA PREVIA AL CENSO).

	No. ABSOLUTO	%
Población económicamente activa	2189921	48.4
Ocupados (2)	1840409	40.7
Subempleados (1)	240021	5.3
Desempleados	109091	2.4
Población económicamente inactiva	2330853	51.6
Quehaceres domésticos	1351019	29.9
Estudiantes	701541	15.5
Otros	278293	6.2
Población mayor de 12 años	4520374	100.0

* FUENTE: Censo del 70.

(1) Quienes trabajaron menos de 6 meses en 69.

(2) Ocupados restando "subempleados", comparando con el número del cuadro 19 se aprecia una forma de subestimar el desempleo.

condicionado por la evolución del modo de producción dominante, y la forma en que ello repercute en el abaratamiento del valor de la fuerza de trabajo (traducida en salarios menores para los menos calificados), en los cuadros 21 y 22 del anexo se muestran, respectivamente, la escolaridad de los mayores de 6 años - (y hay que recordar que se trata de habitantes del D.F., en donde se concentran los recursos de enseñanza en el país, y la competencia del amplio ejército industrial de reserva presiona a adquirir la mayor capacitación posible para vender - un poco mejor la fuerza de trabajo), y lo que en el censo denominan "ocupación principal", que es una clasificación que indirectamente muestra la preparación - del trabajador, ya que para acceder a determinados puestos suele exigirse cierto entrenamiento. La contradicción calificación-descalificación de la fuerza de trabajo se traduce en los niveles de escolaridad que muestra el cuadro 21, y los niveles de salario que muestra el 22. El capital se ve obligado a permitir un mayor acceso al saber (aunque sea a esos mínimos niveles) a los trabajadores, a pesar del trabajo cada vez más simple a que los va a someter.

Por otra parte, considerando que la unidad social de reproducción de la fuerza de trabajo en la forma de organización social actual es la familia (17), en los cuadros 23 (anexo) y 24 se describe esta situación. Así mismo, se ha señalado (18) la importancia de la división del trabajo entre los distintos miembros de la familia, especialmente la función de la mujer al incorporar mediante el uso de su fuerza de trabajo un valor no pagado a los bienes que estas familias consumen, ya que en el pago del valor de la fuerza de trabajo a través del salario, se presupone - que el valor de los objetos y medios de consumo son los más baratos posibles, - para lo cual el trabajador (o su esposa) debe incorporar trabajo (comprar, trans

portar, cocinar, etc.) (19), para lograr reponerse con lo que el capitalista le - paga. El consumo individual (en el sentido de la reposición de la fuerza de trabajo en el ámbito particular, familiar) no es pasivo, sino un proceso de trabajo esencialmente activo, que supone también desgaste aún cuando no sea para producir plusvalía en la producción capitalista, si bien "Es verdad que para la ideología dominante no hay trabajo digno en ese nombre más que el que beneficia al capital. Todo trabajo diferente de ese no es sino ocio, y se halla connotado de pereza, de futilidad" (20), sin embargo, "En el sentido de la definición precisa del trabajo como proceso de apropiación real de la naturaleza es que se puede decir que el consumo es un trabajo" (21). En los cuadros 25 y 26 se presentan algunos datos sobre la situación del trabajo femenino en el mercado capitalista, teniendo en cuenta que ello resta a estas mujeres tiempo para realizar funciones domésticas y de atención de los hijos, y que por otra parte, al ser necesaria - su ayuda para completar entre más miembros de la familia el salario necesario para el sostén familiar, la carga de la caída del precio de la fuerza de trabajo en etapas críticas es así absorbida, permitiendo formas de explotación en que - las modalidades de extracción de plusvalía llegan a ser de las más primitivas. Todo esto además de la tendencia a la desorganización de la vida familiar a que conduce la entrada al mercado de trabajo de varios de sus miembros, que condiciona la vida de cada uno contradictoriamente con la de los demás, resultando cada vez más inadecuado este modo de consumo individual que choca con las exigiencias surgidas de la creciente socialización del proceso de trabajo (22), con las consiguientes repercusiones sobre la estructura psíquica de los individuos - que ahí crecen, se desarrollan y conviven.

Pasando ahora a la cuestión de la forma en que en la sociedad actual se efectúa

CUADRO 25. FORMA DE INSERCIÓN EN LA ECONOMÍA SEGUN EDAD Y SEXO, VISTA A TRAVÉS DE LAS TASAS DE PARTICIPACIÓN, D.F., 1970 (INDICADOR DE CONSUMO - - PRODUCTIVO). *

EDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
12 a 14	6.2	7.1	6.6
15 a 19	42.5	34.1	38.0
20 a 24	80.0	44.2	61.3
25 a 29	93.9	34.5	63.3
30 a 34	96.3	31.2	62.7
35 a 39	96.7	31.4	62.1
40 a 44	96.1	30.9	61.4
45 a 49	95.4	30.1	61.1
50 a 54	93.2	28.0	58.1
55 y más	74.1	18.9	42.1
TOTAL	71.5	29.7	49.4

* FUENTE: Censo 1970.

CUADRO 26. DISTRIBUCION RELATIVA DE LA P.E.A. POR SEXO EN LAS DISTINTAS RAMAS DE ACTIVIDADES, COMO INDICADOR DE LA DIFERENCIA DE PROCESO DE TRABAJO A QUE SE SOMETEN HOMBRES Y MUJERES, D.F., 1970 (INDICADOR DE CONSUMO PRODUCTIVO). *

RAMA	HOMBRES	MUJERES
Agricultura	2.30	0.73
Ind. Petróleo	2.89	1.06
Ind. Extractiva	0.26	0.17
Ind. Transform.	42.54	30.29
I. Construcción	7.03	0.65
Electricidad	1.01	0.23
Comercio	12.12	14.34
Transportes	6.73	0.90
Servicios	17.28	43.99
Gobierno	4.43	3.55
No específico	3.41	4.09
TOTAL	100.00	100.00

* FUENTE: censo del 70

CUADRO 27. PODER ADQUISITIVO REAL DE LOS SALARIOS MÍNIMOS, AREA METROPOLITANA DE LA CIUDAD DE MEXICO -- 1971-78 (INGRESOS DIARIOS A PRECIOS 1970-77). *

AÑO	PESOS DIARIOS
1971	30.89
72	37.51
73	35.88
74	50.28
75	57.96
76	74.79
77	91.41
78	117.89

* FUENTE: Boletín mensual de información económica. Sría de P. y P. Vol. II, No. 3, Mexico, marzo 1978. Pág. 97.

NOTA: el cálculo se hizo deflacionando el salario mínimo nominal con el índice de precios al menudeo del estrato salarios mínimos, con base reconvertida a diciembre del año anterior al período de referencia.

CUADRO 28. INDICES NACIONALES DE PRECIOS AL CONSUMIDOR,
BASE 1968 = 100. MEXICO 1968-78. *

AÑO.	Indice	Indice Cd. México	INDICE NACIONAL POR GRUPO DE PRODUCTOS				
			Alimentos, bebidas y tabaco.	Ropa, calzado, accesorios.	Arrendos brutos, combustibles, luz.	Muebles, enseres, cuidado de casa.	Servicios Médicos, conserva
68	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.
69	103.5	103.9	102.8	105.9	104.1	105.7	100.
70	108.7	109.2	108.0	108.6	111.1	112.7	100.
71	114.6	115.4	113.1	115.1	116.6	118.5	100.
72	120.3	121.3	117.6	122.7	123.1	123.4	121.
73	134.4	134.9	136.2	143.7	134.1	137.4	129.
74	166.8	165.2	176.9	169.3	149.0	167.4	146.
75	191.8	193.1	199.2	193.4	170.3	192.7	166.
76	222.1	224.2	224.5	232.9	200.8	234.0	190.
77	286.7	283.1	288.7	312.7	243.4	305.1	231.
78	336.7	331.1	336.7	380.2	295.8	353.3	264

* FUENTE: Anexo I al 2o. Informe presidencial. México, 1978.

Para 78, Indicadores económicos, Vol. VII, No. 8, Julio 1979, Banco de México, S.A.

CUADRO 29. DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL INGRESO MENSUAL DE LA P.E.A. QUE LO DECLARO, 1970-75, *

PESOS DE 75	1 9 7 0	1 9 7 5
Hasta 2499	69.9	39.4
2500 - 4999	15.3	40.3
5000 - 9999	9.5	15.0
más de 10000	5.3	5.3

* FUENTE: Secretaría de Programación y Presupuesto

Salario Mínimo para 70 : \$ 32.00, \$ 960 mensuales

Salario Mínimo para 75 : \$ 63.40, \$ 1902 mensuales

CUADRO 30. DISTRIBUCION DEL AREA URBANIZADA DEL D.F. (en Hectáreas)
 COMO INDICADOR DE LAS DISTINTAS MODALIDADES DEL CON-
 SUMO 1960, 1970. *

	1 9 6 0		1 9 7 0		
	Hectareas	%	Hectareas	%	
CONSUMO - PRODUCTIVO	AREA PARA USO INDUSTRIAL	2 1 3 5	6.8	3 4 0 3	7.3
	AREA PARA USO COMERCIAL	1 2 7 9	4.1	1 5 1 3	3.4
	TOTAL	3 4 1 4	10.9	4 9 1 6	10.7
CONSUMO - INDIVIDUAL	AREA HABITACIONAL	2 2 6 1 9	72.3	3 3 8 7 8	73.3
CONSUMO - COLECTIVO	AREA PARA - OTROS USOS	5 2 4 6	16.8	7 4 0 0	16.0
AREA URBANIZADA TOTAL		3 1 2 8 0	100.0	4 6 1 9 4	100.0

* FUENTE: Estudio del uso actual del suelo. Dirección General de Planificación.
 D.D.F.

este consumo individual o reposición de la fuerza de trabajo consumida en el proceso de trabajo dentro de la producción capitalista, hay que revisar lo relativo a precios y salarios (cuadros 27, 28 y 29). Usualmente al analizar estos indicadores no se considera esa incorporación de valor que, sin remuneración alguna, se hace dentro de la familia trabajadora, y que encubre parcialmente la gravedad del problema.

Por último, para completar un poco más la visión, se presenta en el cuadro 30 la forma en que se encuentra distribuida el área urbana según el uso a que se destina, que corresponde bastante aproximadamente a las 3 modalidades de consumo mencionadas en el marco teórico: productivo (que estaría representado por el área industrial para la producción y su complemento en la circulación - que sería el área comercial), individual (área habitacional) y colectivo (áreas destinadas a escuelas, parques, hospitales, etc.). Para tratar de explicar esta distribución, aparte de remitirse como siempre al desarrollo específico del modo de producción en la FES mexicana, hay que recordar que aunque el capitalismo busca la ganancia y no el desarrollo del trabajo vivo, "La satisfacción de las necesidades sociales, el desarrollo del consumo popular, son un aspecto del desarrollo de las fuerzas productivas que pasa necesariamente por la prima cía que se debe dar al trabajo vivo... (ya que)... la reproducción de la fuerza de trabajo es una exigencia objetiva del capital" no sólo en sus formas particula res, sino a escala social (23).

e) Elementos históricos para la explicación de la crisis económica actual en México.

Hablar de la crisis económica de los últimos años en México es tratar de entender el momento actual del desarrollo de su formación económicosocial. Para encontrar la explicación de la situación que a grandes rasgos se acaba de presentar, es necesario volver la vista atrás, y además reconocer la inserción del país dentro del contexto del capitalismo visto mundialmente.

La economía nacional durante los últimos años no podría explicarse si no es en el marco de la crisis internacional. México, por su ubicación dentro de la economía capitalista mundial, ha sido caracterizado por varios autores como lo que se ha denominado país capitalista dependiente, lo que consistiría entre otras cosas en depender para su desarrollo industrial de la tecnología y bienes de producción de países como Estados Unidos, ser un mercado para los productos de éstos, proporcionar condiciones favorables para mejorar la tasa de ganancia a los capitalistas nacionales y extranjeros, etc.

Además, por su propio desarrollo histórico, posee peculiaridades tales como una proporción muy alta de campesinos, un desarrollo agrícola particularmente desigual (originado por las condiciones en que se dió la reforma agraria) (24), un control de las clases dominadas hasta hace unos años muy efectivo por parte del Estado a través de la burocracia sindical (sindicatos "charros"), y una clase dominante heterogénea con gran cantidad de pequeños y medianos empresarios que subsisten gracias a la política estatal proteccionista, en pugna con una fracción monopólica cada vez más fuerte aliada con el capital transnacional.

Son estas las características más sobresalientes que condicionan, por una parte, la reducción del mercado interno, y por la otra, la dificultad para colocar en el mercado externo los productos nacionales y como consecuencia la imposibilidad de recuperar la plusvalía contenida en ellos, resultando que el país se inserta en la crisis económica mundial de "sobreproducción" (provocada por la contradicción que está en el fondo del modo de producción capitalista entre trabajo vivo y trabajo muerto, relaciones de producción y fuerzas productivas) con una disminución en la producción (debida a la "crisis de realización" interna que no puede compensarse en el mercado exterior) que no basta en los años más críticos ni para satisfacer las necesidades de consumo mínimas de la población, lo que obliga al país a importar granos básicos en los años peores de la contracción en la producción agrícola, a precios internacionales inflacionarios.

Ya para principios de los setentas, el estilo de crecimiento económico adoptado en la postguerra denominado de "desarrollo estabilizador" estaba llegando en México a su límite (25), marcado como se ha dicho, por la crisis económica internacional que no podía dejar de repercutir decisivamente en un país así insertado en el capitalismo mundial, y por la propia situación interna del país (26).

A fines de los sesentas, las condiciones internas tanto económicas como políticas y sociales van siendo cada vez más desfavorables. El mercado interno disminuye considerablemente, como resultado del control que los sindicatos obreros "charros" mantienen rígidamente sobre los salarios (para permitir que se mantenga una tasa de explotación conveniente para la obtención de una tasa de ganancia atractiva por parte de los capitalistas, para que no dejen de invertir y la economía pueda crecer); ello reduce la capacidad de compra de estos secto

res (y por lo tanto, la posibilidad de realización de la plusvalía que contienen los productos). En el sector agrícola la situación es peor, con una enorme desigualdad en la distribución del ingreso y en la productividad (27), creándose una gran masa de campesinos pauperizados que producen cuando mucho lo necesario para su subsistencia y que cada vez están en mayor desventaja con los sectores agrícolas capitalistas que cuentan con adelantos tecnológicos para la producción. Por sus miserables condiciones económicas (situación originada por la forma en que se dió la reforma agraria (28), la población campesina es un pobre mercado para los productos capitalistas, a pesar de las diversas formas en que le es extraído lo poco que obtiene de su trabajo (intercambio desigual en el mercado, en donde se le compran baratos sus productos y se le venden caros los industriales; exceso de trabajo con respecto al socialmente necesario para producir debido al poco desarrollo de las fuerzas productivas; acción de los acaparadores, etc.). Pero además, y como consecuencia de lo anterior, la repercusión de esto en la crisis económica del país es aún mayor: tanto la efervescencia de la lucha campesina como la poca productividad provocada por las malas condiciones en que se produce en la mayor parte del agro mexicano (extensión y tipo de tierra, falta de tecnología, falta de insumo y semilla, etc.) traen una disminución de la producción de granos básicos para la alimentación de los sectores populares urbanos (maíz, frijol, trigo), con lo que su precio se eleva, es necesario importarlos (a precios inflacionarios) para satisfacer la demanda, y el efecto es que el costo de la fuerza de trabajo (salario) se eleva, y la tasa de ganancia cae.

Por si esto no bastara, la capacidad de consumo ya no sólo de la mayoría de la población (cuyas posibilidades de compra se encuentran crónicamente dismi

nuídas), sino incluso de las capas medias, quienes de 1958 a 63 habían obtenido una proporción mayor del ingreso (aunque a costa de los sectores populares), - se ve también cada vez más disminuída; este era el sector de la población que mantenía la demanda y por tanto la producción en el sector de bienes de consumo duradero (automóviles, aparatos electrodomésticos, etc.), el más dinámico de la economía mexicana en los últimos años, que empieza, pues, también, a estancarse.

Desde el punto de vista político las cosas no son mejores. Al empezar a ir mal la economía, la clase obrera protesta (58-59): el movimiento ferrocarrilero intenta romper el control "charro", y se hace necesario reprimirlo violentamente. En la década siguiente, la amenaza económica es percibida ya por las capas media de la población (1965, 1968), y también se da una respuesta represiva. En cuanto a la clase dominante, las fracciones menos eficientes apoyan al Estado mientras éste les garantice protección; pero los desacuerdos surgen cuando la fracción monopólica va tomando más fuerza y ante la presión de la competencia internacional requiere del Estado medidas menos proteccionistas (con lo cual persigue un reforzamiento financiero estatal para que a su vez pueda favorecer la acumulación en las industrias monopólicas y mantener a la fuerza de trabajo en condiciones para una explotación "pacífica"). De manera que el clima para el capital monopólico no es favorable, y el Estado ha perdido su base social por todas partes, a pesar de los esfuerzos que realiza para cumplir su papel (subsidiar empresas, dar empleos, financiar obras de "bienestar social"), los cuales sólo le acarrearán más y más deudas.

Por lo que respecta al mercado externo, hay algunas cuestiones fundamentales que ya se han visto reflejadas en los datos presentados. El crecimiento de

la industrialización sólo puede darse como se decía importando los bienes de producción de fuera, ya que en el país no se producen. Así pues, es necesario exportar materia prima y manufacturas para contar con recursos para importar bienes de producción. Como se vió ya, los precios de las materias primas cayeron, y cayó también la demanda en general en el mercado externo porque la crisis que ocurría en forma sincronizada a nivel mundial obligaba a los países a reducir sus importaciones e intentar aumentar sus exportaciones. El país que lograra ofrecer a más bajo precio sus productos sería el que más vendería, y ello por supuesto lo consiguieron aquellos cuya tecnología es más avanzada y por lo tanto producen más a menor costo y pueden vender barato sin menguar su ganancia (Japón fue el ejemplo más característico). Ello dejó a países como México casi fuera del mercado internacional ya que sus condiciones de producción estaban muy lejos de permitirle competir con los precios de otros países. Al reducirse su ingreso por exportaciones, sus posibilidades de importar bienes de producción a los precios inflacionarios en que se encuentran, y por tanto de expandir la producción, son cada vez menores, y ello es parte de la explicación del estancamiento en la economía (disminuye la producción, disminuye el empleo, disminuye la demanda, disminuye la producción...).

Por otra parte, México es un mercado para lo producido en países centrales, especialmente Estados Unidos; ello es un factor importante al analizar el crédito externo: el país central le prestará mientras pueda, para que el país satélite le siga comprando.

Un mercado interno cada vez más raquítico por la progresiva reducción en la capacidad de consumo de la población, una industrialización que depende para su avance de la importación de tecnología y maquinaria de países centrales, un

encarecimiento de la fuerza de trabajo por la insuficiente producción agrícola - de granos básicos, una disminución del mercado externo originada por la crisis internacional, y aunado a esto una dificultad cada vez mayor para mantener el control burocrático-sindical del movimiento obrero y campesino, y una pérdida del apoyo político de la mayor parte de la población, incluso algunas fracciones de la clase dominante, hacen del panorama algo bastante sombrío, y no fácil - de remediar a pesar de medidas gubernamentales tales como subsidiar a las empresas, crear demanda para sus productos, dar empleos a quienes van quedando al margen de la producción, etc., que finalmente vienen a agravar el problema con un crecimiento de la deuda pública que, a falta de otras posibilidades, se financia con políticas inflacionarias que alimentan aún más la crisis económica. (esto cuando no se adoptan políticas que atentan directamente contra el poder adquisitivo de la población).

El importante papel que el Estado juega en la economía nacional debe ana - - lizarse más de cerca. Su origen se ha ubicado en lo ocurrido durante la revolución mexicana (22), cuya influencia en el desarrollo que el modo de produc - ción capitalista siguió en México es tan grande, que vale la pena remontarse a esa etapa histórica para recuperar algunos de los aspectos fundamentales en la explicación de este proceso, para lo cual seguiremos el análisis tal y como Cordera lo realiza (23).

La revolución mexicana, dice este autor, debe considerarse como parte de una etapa de transición (iniciada en 1857-1880), aunque marcando el inicio de una subetapa que iría de 1910 a 1940, como un antecedente significativo para el desarrollo capitalista actual en México. En cuanto al papel desempeñado por la pequeña burguesía a partir de aquella etapa, origen de su función actual dentro

del Estado mexicano, fue el resultado de una serie de circunstancias (a su vez determinadas por los acontecimientos precedentes):

"A la debilidad estructural de las clases explotadas y dominadas correspondía de manera fiel una burguesía endeble que, sobre todo si consideramos la profundidad social y política que alcanzó el período armado, se mostraba claramente incapaz de dirigir el proceso de reestructuración del Estado Mexicano" (24) exigido por el desarrollo alcanzado por las fuerzas productivas en aquél momento. Lo ocurrido a los representantes de la opción burguesa al acceder al poder -- (Madero y Carranza) demostró lo improcedente de dicha opción en aquella etapa histórica. Ante la incapacidad de la burguesía y todas sus fracciones para encauzar el proceso, es la pequeña burguesía quien queda en el poder, dispuesta a representarla. Es así como "Esta 'ausencia' estructural le asigna al Estado en México, desde el principio, un papel central y decisivo en el proceso de desarrollo posterior". (25). El "capitalismo tardío" en el que se da este proceso de cambio determina las condiciones que explican la importancia que el Estado tendrá en el impulso del desarrollo de las fuerzas productivas, de la industria, y de la economía en general en el país. Además, la necesidad del "grupo revolucionario" de obtener el apoyo y la subordinación de las masas para conservar el poder (26).

Por lo que se refiere a la forma en que tal situación evolucionó en el caso particular de México, las explicaciones deben buscarse en la articulación del país con sus características propias con el momento histórico del desarrollo del capitalismo a nivel mundial. Era la época de la estructuración del imperialismo, en el contexto de la crisis general del capitalismo de 1929; así pues, "... el lugar concreto que cada (formación social del sistema capitalista) ocupara en la -

"cadena" imperialista, junto con su estructuración social específica (dada por las clases, su peso, las relaciones entre ellas, el Estado, etc.), definían las posibilidades reales... que... se les ofrecían a dichas formaciones sociales". (27).

Internamente, la revolución mexicana libera un "contradictorio y dinámico juego de fuerzas sociales", en medio de una economía semicolonial heredada del porfiriato, lo que daba "... una base objetiva de enfrentamiento entre el desarrollo del nuevo Estado y el imperialismo..." (28).

Es en este marco que se dan los sucesos posteriores. El presidente Calles busca integrar las fuerzas revolucionarias constituyendo el Partido Nacional Revolucionario, da por finalizada la reforma agraria y se dispone a "... orientar a la nación por un camino definitivamente capitalista". Proveería la paz, el orden e incluso los capitalistas (producidos desde el Estado, en las personas de los miembros de la "familia revolucionaria"). Pero la sociedad con que trataba no estaba aún en condiciones de evolucionar como él lo deseaba.

El presidente Cárdenas, entonces, responde con una serie de medidas que, por una parte, consolidarían en el poder al grupo revolucionario; por otra, lo situarían lo más ventajosamente posible frente al imperialismo, aprovechando la situación condicionada por la crisis del 29; y aparte, se sentarían las bases para un más acelerado crecimiento económico. En esta forma, con la reforma agraria da un golpe decisivo a la oligarquía terrateniente y gana el apoyo político del campesinado; con la expropiación del petróleo y la nacionalización del ferrocarril gana terreno al imperialismo; expande el sector público y abre paso al rápido desarrollo económico; organiza bajo su dominio a los trabajadores, etc. "La consolidación de la hegemonía política del nuevo grupo en el poder, ga

nada como se ha dicho en el enfrentamiento con los terratenientes y el capital extranjero, encontraba así, en la organización y el encuadramiento de las masas por el propio Estado, la contraparte política en la que dicha hegemonía habría de sustentarse" (29).

Ahora bien, todo resultó en esta forma por las condiciones históricas en que se dió: el enfrentamiento del país con el capital extranjero en un momento en que la fracción dominante del mismo hasta entonces iba siendo ya superada por una forma históricamente más avanzada (el capital monopólico), que a su vez pasaba de la explotación de los recursos naturales a la de los mercados internos de los países subordinados. Internamente en el país, una etapa en la que las fuerzas del cambio se caracterizaban por una debilidad orgánica tanto ideológica como política, razón por la que quedaron subordinadas al grupo que se apropió del poder, quien las "encuadró" institucionalmente.

Aunadas las condiciones internas y externas, el resultado fue que las reformas cardenistas fortalecen al Estado y refuerzan a la burguesía mexicana que, gracias a la crisis internacional y a que tenía ya cierto avance industrial, a pesar de su debilidad logra ir dominando el panorama. Además, esto es reforzado por el efecto de las políticas reformistas de Cárdenas tanto en los ingresos de los obreros como en la situación de los campesinos debida a la reforma agraria.

El grupo en el poder había al fin hallado "... el bloque de propietarios que buscaba..., con un Estado libre de ataduras 'arcaicas',... y con un sistema de dominación que al haber integrado... a los obreros y los campesinos, hizo

posible la operación eficaz de la tríada que hoy define al capitalismo mexicano: crecimiento-dependencia-sobreexplotación*" (30).

Ya sentadas estas bases, la situación actual no es más que el resultado de su evolución. Con la "pacificación" del campesinado producto de la reforma agraria, el sector capitalista rural aunque reducido, se desarrolla dinámicamente, permitiendo al producir alimento, materia prima y liberación de mano de obra, el crecimiento industrial, además de apoyarlo al diversificar y elevar las explotaciones. "La masa rural tendrá así, como función fundamental la de regular adecuadamente el mercado de trabajo capitalista -tanto agrícola como industrial- alimentándolo de fuerza de trabajo en abundancia y contribuyendo a abaratar, gracias a la expoliación 'colonial' de los propios campesinos, el valor de la fuerza de trabajo..." (31).

Sin la presencia de organizaciones obreras independientes, ni un sector terrateniente fuerte, y con políticas estatales proteccionistas, la burguesía generada por el uso del propio poder estatal es representada por "... un Estado de corte 'neo-capitalista' en el que la hegemonía del gran capital monopolista se perfila con claridad a partir de los años cincuenta", coincidiendo con las necesidades de este último de un Estado todopoderoso. La conocida "estabilidad" política y social del país viene a ser el resultado de la ideología "revolucionaria" combinada con la represión de los sectores populares, dosificada cuidadosamente por el Estado. En la base de la explicación del crecimiento de la economía mexicana

(*) Aunque por sobreexplotación es más correcto entender tipos de extracción de plusvalía predominantemente absoluta, ya que aunque hay distintas modalidades de extraer plusvalía, todas ellas son explotación, "sobreexplotación" es un término reiterativo.

na de las últimas décadas está la "congelación" de la lucha de clases. Después de la segunda guerra mundial, la inversión extranjera aprovecha también estas ventajas para penetrar rápidamente a los sectores de punta de la economía mexicana, acentuando la heterogeneidad en las distintas ramas de la misma. Por supuesto, esta situación conduce a una pronunciada desigualdad en la distribución del ingreso, que se traduce en un deficiente consumo de bienes no durables y obliga a dirigir la producción a bienes suntuarios para los reducidos sectores acomodados, cosa que se hace a partir de los cincuentas. Ello fomenta, por la necesidad de tecnología y capital, la alianza del capital nacional con el extranjero. Esto coincide con la tendencia del capital extranjero a invertir en países con cierto desarrollo industrial, por las ventajas de rentabilidad que obtienen.

El final de los cincuentas encuentra a la economía mexicana bajo los efectos de la inflación y la crisis del sector externo, y amenazada por una "crisis de realización" por el uso de técnicas ahorradoras de mano de obra en los sectores de punta, y la polarización en el campo, efecto de la reorientación de la reforma agraria (afectando ambas cosas gravemente la capacidad de consumo de la mayoría de la población). Como consecuencia, una efervescencia en varios sectores populares que hubo que reprimir violentamente, con la consecuente pérdida de apoyo político. Así, al principio de la década pasada, se observan los fenómenos ya presentados de estancamiento en las exportaciones, el consumo interno y la inversión bruta. El papel de vanguardia del Estado mexicano en la economía del país se puso entonces de manifiesto, Maniobras como la nacionalización de la industria eléctrica, a las que se calificó como "viraje a la izquierda" de la política estatal, en realidad tuvieron la finalidad de permitir al Estado continuar con su papel de representante del capitalismo, fomentando su avance

y adecuándose a las nuevas necesidades, y fortaleciendo su posición.

"La fortaleza institucional del régimen y la correlativa debilidad de las fuerzas populares, permiten al Estado asimilar, sin mayores problemas, los conflictos políticos y sociales que la crisis producía y la Revolución Mexicana inicia una nueva etapa: la etapa del Desarrollo Estabilizador" (32).

Como señala Cordera, a pesar de las contradicciones interburguesas que se manifiestan a nivel del Estado, éste, con su autonomía relativa, es básicamente funcional al proceso de formación y desarrollo del capitalismo en México. Y si bien a partir de los cuarenta la orientación de la política estatal ha sido a favor del capital industrial-financiero, dado que éste no constituye un bloque homogéneo, resulta que aún favoreciendo a las grandes empresas, las pequeñas y medianas que constituyen la mayoría de la clase capitalista nacional han logrado subsistir; de momento no se precipitaron graves contradicciones al interior del bloque, pero a costa de un dispendioso e ineficiente aparato estatal (proteccionismo, subsidios, etc.). Esto se logró también gracias a la vinculación creciente con el capitalismo mundial, especialmente el norteamericano, que permitió un ritmo de gasto al Estado muy por encima de lo que la estructura impositiva hubiera permitido. El papel de las finanzas públicas y el comercio exterior fue decisivo, en este sentido.

El panorama en los sesentas ("milagro mexicano") podría reseñarse así: Control sindical luego de la represión de fin de los cincuentas, que permite un control salarial apoyado además en la oferta de granos básicos a precio bajo, a costa de la expoliación brutal del campesinado (el sector capitalista rural produce más para la exportación, y en todo caso por el avance tecnológico con que

cuenta produce a muy bajo costo comparado con el campesino) .. Posibilidad de modalidades regresivas de explotación posibilitadas por la amplitud del ejército industrial de reserva, sobre todo en sectores atrasados como los que producen los bienes de consumo no durables para el proletariado. En resumen, alta tasa de explotación y elevada ganancia, en mayor grado si el sector es de avanzada tecnología. El Estado, por medio del endeudamiento interno y externo, contribuye a mejorar las condiciones para el capital. Alta inversión, alta ganancia, expansión industrial, relativamente elevado consumo, intensificación del proceso de concentración, reproducción del sistema. En palabras de Cordera, "... el desarrollo y la estabilidad, junto con la paz social, se combinan exitosamente con la sobreexplotación y la dependencia". (33) . Por lo que se refiere al consumo, el tipo de mercado que se da no tiene que ver con la mayoría de la población, ya que la distribución del ingreso es tal que no permite a este sector más que a duras penas subsistir. La demanda de productos se da, pues, a tres niveles: capitalistas y Estado demandando bienes de producción, y estrato medio alto demandando bienes suntuarios. La posibilidad de producir ésto se da gracias a la importación de tecnología financiada por endeudamiento externo y en menor escala por exportaciones. Y la posibilidad de venderlo, con la publicidad dirigida supuestamente a la población de alto ingreso aunque aplicada indiscriminadamente va a distorsionar la estructura de presupuesto familiar de los sectores populares que se destinan a la adquisición de este tipo de productos (para este punto, ver la parte dedicada al análisis de necesidades y consumo en el marco teórico).

A fines de los sesentas, irrumpen las profundas contradicciones que todo esto ha generado. Las mismas condiciones que posibilitaron el "milagro" son las

que lo derrumban: endeudamiento estatal, exceso de gasto de los consumidores - gracias al crédito, remesas de capital extranjero invertido en el país, pago de intereses sobre deudas oficiales, crisis del mercado mundial e imposibilidad de exportar, y además de todos los factores económicos, la profunda crisis social y política generada por la lógica interna de este "Estado neocapitalista". En es ta forma, a fin de la década "...el 'milagro' había completado su dialéctica".

(34).

3. CONDUCTAS AUTODESTRUCTIVAS DURANTE LA CRISIS.

En las páginas precedentes se ha mostrado la situación general en el país en los últimos años. Las graves presiones a las que la población se ha visto sometida, en mayor o menor grado según su ubicación en la estructura social, deben haber repercutido en prácticamente todos los aspectos de su vida, y seguramente en lo relativo a su salud-enfermedad mental.

Ya hemos señalado las dificultades propias del carácter tan complejo del proceso que investigamos. Por una parte, el escaso conocimiento existente sobre el objeto mismo. Por otra, su contenido ideológico en el que se entremezcla - lo real con lo irreal; y además, su significación social y el uso que se da como instrumento normatizador y de control a la práctica que en torno a él se genera.

Pero aún si se quisiera tomar la información existente relativa a la mera - apariencia de lo que se denomina trastornos mentales, resulta que no hay forma de saber qué sucede con ellos en la población. Los registros existentes corresponden no a enfermos, sino a "... clientes atendidos por uno u otro sistema de atención médica: el dato estadístico del registro de morbilidad puede solamente generarse como efecto del hecho de haber recibido atención médica" (35). Si se estima que en México hay de 15 a 20 millones de habitantes sin acceso a la atención médica en general (36, 37), no sería descabellado esperar en cantidades - mayores para la atención psiquiátrica.

Considerando que el estudio de la morbilidad, que abordaremos en la siguiente etapa de la investigación, va a referirse a sectores tan seleccionados de la

población, sería necesario complementar esta visión a través de algún otro indicador más próximo a lo que pasa en la población general.

El estudio de la mortalidad es la otra alternativa que se ofrece. El sesgo que estos registros conllevan es en un sentido diferente que los de morbilidad. Por una parte, sólo pueden aparecer registradas las enfermedades mortales. Por otra, si no se certifica la defunción o si se hace inadecuadamente, las estadísticas se falsean. Y finalmente, se sabe que la forma de clasificar las causas de defunción tiende hacia el ocultamiento de ciertos hechos (38).

En el caso de la patología mental, comunmente estos trastornos no conducen a la muerte por su evolución natural, a no ser que el paciente se quite la vida violentamente, y en ese caso se consideraría suicidio; o lo haga en forma más paulatina o inconciente, negándose a alimentarse, sufriendo un accidente, etc., que también quedarían registradas en algún otro rubro. Así que si bien es posible que el subregistro no sea tan grave al trabajar con mortalidad en una ciudad como México debido a la dificultad que representa sepultar los cadáveres sin certificado (a diferencia de lo que ocurre en zonas rurales), los otros dos problemas, ocultamiento en la certificación y evolución crónica y no mortal de los trastornos, hace prácticamente inútil el uso del dato de mortalidad por trastornos mentales.

Ahora bien, la mortalidad por causas violentas, es decir suicidio, homicidio y accidentes, puede ser un indicador aunque indirecto de los efectos de la grave tensión psíquica en que se encuentran los habitantes de la ciudad, aún teniendo en cuenta que seguramente muchos casos quedan fuera del registro, y que habrá confusión en la precisión de la causa de la muerte entre homicidio, suicidio

dio o accidente, tanto que a partir de 69 se creó un nuevo grupo para anotar - las muertes por "lesiones en que se ignora si fueron accidental o intencionalmente infligidas".

La relación entre lo que ocurre en la estructura social y las muertes violentas no necesariamente debe esperarse que sea directa. Eyer (39) al revisar la mortalidad general en relación a lo ocurrido en distintas instancias sociales, - encuentra elevaciones atribuibles no sólo a las recesiones, sino a los períodos de auge, en que se está más expuesto a cierto tipo de causas de muerte (por - aumento en el ritmo de la producción en las fábricas, mayor stress por esta - causa, etc.). En el caso que nos ocupa, los accidentes de trabajo, por ejemplo, podrían ocasionar más muertes durante las épocas de auge que durante las recesiones, en que se pasa menos tiempo laborando y el ritmo puede ser menor (según la rama industrial de que se trate). Y en las recesiones, las muertes por accidentes en el hogar podrían elevarse, y quizá también por accidentes de tránsito si se tiene en cuenta que gran número de desempleados se movilizan de un lado a otro en busca de trabajo; podría también esperarse en estas etapas un aumento en los homicidios y suicidios ante la tensión generada por la dificultad para la sobrevivencia cotidiana.

Por desgracia, al usar los registros de mortalidad para obtener una mayor cobertura de la información, que se refiere a la población general, se pierde - la posibilidad de contar con datos referentes a quiénes son las víctimas. Los registros de mortalidad por causas violentas están consignadas según su distribución por edad y sexo, y sólo para fechas recientes se encuentra el dato de - ocupación. No obstante, a través de esta información intentaremos ver lo que ocurre.

a) Muertes violentas.

Por lo que respecta a la mortalidad por causas violentas, la gráfica 1 (sobre cifras del cuadro 1) muestra las fluctuaciones anuales de las tasas por 100 000 habitantes. Las muertes violentas en general habían ido descendiendo desde el principio del período estudiado hasta 71. En ese año, caracterizado por una recesión económica grave en el país, se inicia un ascenso, y en 72 se da la cifra más alta del período. Vuelve a haber una elevación menor en 74 (año previo a la recesión de 75-76), y de nuevo en 76.

Analizando las diversas causas de estas muertes, encontramos lo siguiente:

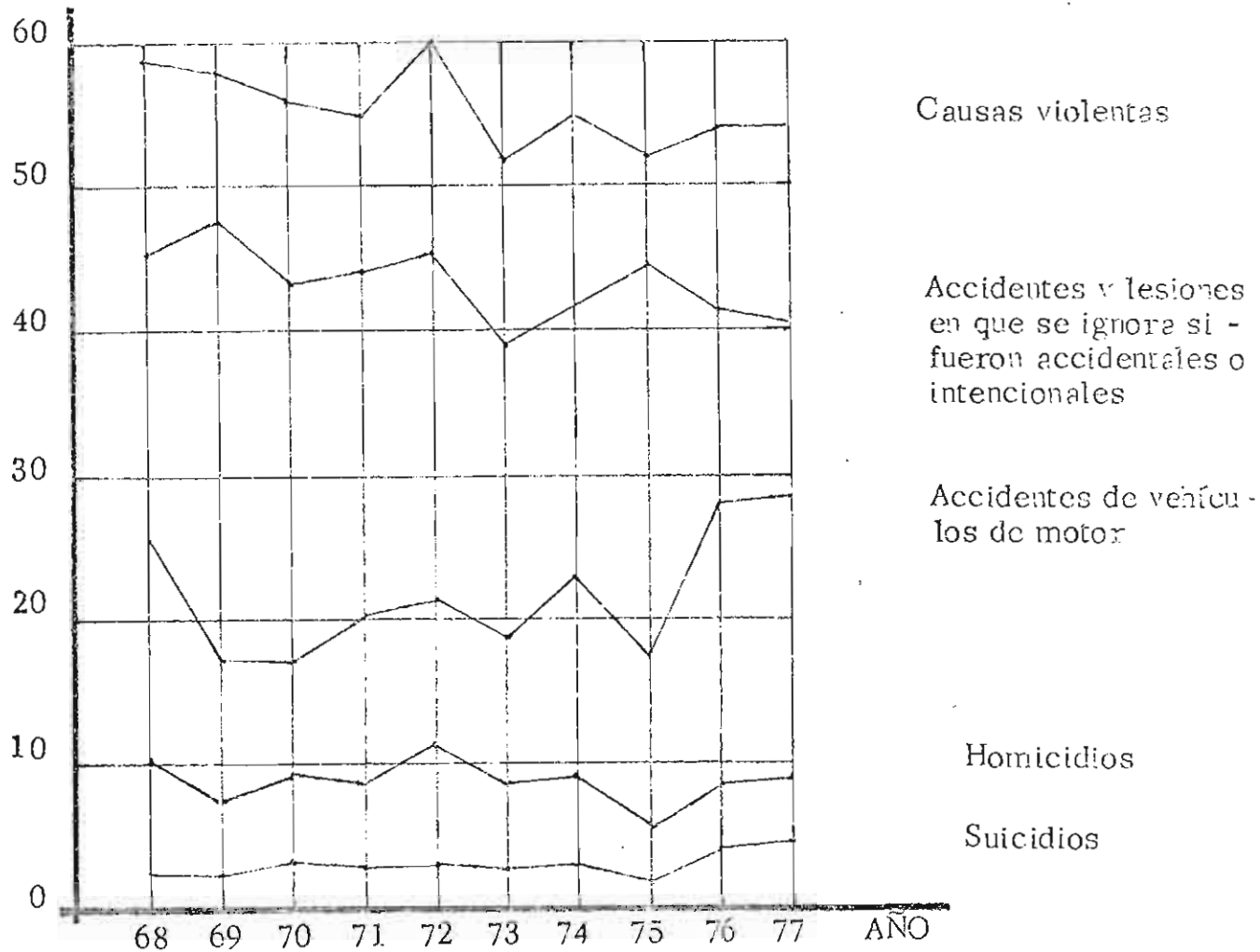
1) Accidentes de vehículos de motor:

El período se inicia con una cifra alta en 68, que cae en 69, tiende a elevarse de 70 a 74 con una única caída en 73, baja de un nuevo en 75 y sube bruscamente en 76, para dar las más altas cifras en 77.

Partiendo de la escasa información específica con que se cuenta, en el cuadro 2 se aprecia que en todos los años el grupo más afectado es el de los hombres de 15 a 44 años, en los que se encuentra la tasa más elevada. A falta de otros datos, podría pensarse que este grupo tiene en común la característica de necesitar transportarse del hogar al trabajo o en busca de éste continuamente, lo que podría orientar sobre por dónde buscar la explicación de su mayor mortalidad por esta causa. Incluso pudiera ser que la explicación sobre la tendencia ascendente de principios de los 70 y posterior a 75, se relacionara con la gran cantidad de sub o desempleados transportándose de un lugar a otro en busca de empleo.

GRAFICA 1. MORTALIDAD POR CAUSAS VIOLENTAS,
D.F., 1968 - 77

Tasas por 100 000 hab.



FUENTE: Oficina de Estadísticas, Servicio Médico Forense del D.F.

CUADRO 1

MORTALIDAD POR CIRROSIS HEPATICA ALCOHOLICA Y CAUSAS VIOLENTAS, D.F. 1968-77.*

Año	Cirrosis Hepática Alcohólica.		M U E R T E S		V I O L E N T A S		A C C . de vehículo motor		O tros accidentes y lesiones		
	No.	Tasa (1)	Homicidios		Suicidios		No		No		
			No.	Tasa (2)	No	Tasa (2)	No	Tasa (2)	No	Tasa (2)	
68	1624	2.5	3834	5.9	684	10.5	154	2.4	1678	25.8	1318
69	1771	2.6	3908	5.8	525	7.8	152	2.2	1165	17.3	2066
70	1943	2.7	4055	5.6	665	9.2	235	3.3	1238	17.1	1917
71	1866	2.5	4141	5.5	652	8.7	195	2.6	1514	20.2	1780
72	1887	2.4	4635	6.0	872	11.2	208	2.7	1658	21.4	1897
73	1624	2.0	4146	5.2	764	9.5	203	2.5	1488	18.5	1691
74	1518	1.8	4552	5.5	810	9.7	248	3.0	1902	22.8	1592
75	1336	1.5	4501	5.2	504	5.8	129	1.5	1515	17.5	2353
76	n.d		4819	5.4	754	8.4	326	3.6	2508	28.0	1231
77	n.d		4980	5.4	861	9.3	357	3.8	2606	28.2	1156

(*) FUENTE: Estadísticas vitales para el D.F., Dirección General de Bioestadística, S.S.A. Para muertes por causas violentas en 76 y 77, estadísticas del Servicio Médico Forense del D.F.

(1) Tasas por 10 000 hab.

(2) Tasas por 100 000 hab.

(3) Incluye lesiones en que se ignora si fueron accidental o intencionalmente infligidas.

(1) (*)
 ASAS ESPECIFICAS POR EDAD Y SEXO.

I O S			ACCIDENTES DE VEHICULO MOTOR				
64	65 v+	Total	- 14	15-44	45-64	65 y +	Total
.6	2.0	18.7	29.9	107.0	49.7	19.2	205.8
.6	0.2	4.9	13.8	12.7	10.3	10.4	51.7
.2	2.2	23.6	43.7	124.2	60.0	29.6	257.5
.0	1.6	18.2	21.2	75.3	29.9	12.1	138.5
.6		4.3	6.4	11.4	7.0	9.3	34.1
.6	1.6	22.5	27.6	86.7	36.9	21.4	172.6
.6	1.9	23.8	26.3	66.9	25.5	14.4	133.1
.7		8.8	11.1	11.6	6.2	9.4	38.3
.3	1.9	32.6	37.4	78.5	31.7	23.8	171.4
.3	1.5	21.6	29.7	77.5	30.0	15.8	153.0
.7	0.1	4.5	13.4	14.2	8.8	13.0	49.4
.0	1.6	26.1	43.1	91.7	38.8	28.8	202.4
.0	2.3	21.6	30.3	82.9	33.8	17.3	164.3
.8	0.5	5.2	13.0	17.0	9.4	10.0	49.4
.8	2.8	26.8	43.3	99.9	43.2	27.3	213.7
.2	2.2	20.3	25.1	69.6	25.6	16.2	136.5
.3	0.2	5.3	13.7	17.9	8.3	10.6	50.5
.5	2.4	25.6	38.8	87.5	33.9	26.8	187.0
.7	0.8	20.5	28.3	89.4	30.8	20.6	169.1
	0.5	4.6	14.6	20.5	10.8	13.1	59.0
.7	1.3	25.1	42.9	109.9	41.6	33.7	228.1
.2	1.6	11.8	22.9	68.8	26.4	13.7	131.8
.3		2.5	11.9	15.7	7.9	7.9	43.4
.5	1.6	14.3	34.8	84.5	34.3	21.6	175.2

CUADRO 2. MORTALIDAD POR CAUSAS VIOLENTAS, D.F. 68-7

CAUSA		H O M I C I D I O S					S U I C I D I O S	
AÑO	S	- 14 años	15-44	45-64	65 y+	Total	- - 14	15 - 44
	M	2.0	77.4	11.5	1.8	92.7	0.3	13.8
	F	2.0	8.6	1.5	0.2	12.3	0.3	3.8
68	T	4.0	86.0	13.0	2.0	105.0	0.6	17.6
	M	2.2	58.0	9.6	1.2	71.0		13.6
	F	1.0	8.3	0.4	0.4	10.1		3.7
69	T	3.2	66.3	10.0	1.6	81.1		17.3
	M	3.0	67.3	10.1	2.8	83.2		17.3
	F	1.8	5.4	1.2	0.4	8.8		7.1
70	T	4.8	72.7	11.3	3.2	92.0		24.4
	M	3.9	61.7	9.4	1.3	76.3		15.8
	F	2.0	6.5	0.8	0.7	10.0		3.7
71	T	5.9	68.2	10.2	2.0	86.3		19.5
	M	3.4	77.3	15.2	3.7	99.6		15.3
	F	1.4	8.1	1.9	1.3	12.7		3.9
72	T	4.8	85.4	17.1	5.0	112.4		19.2
	M	3.2	62.4	13.2	4.1	89.2		13.9
	F	1.0	8.2	1.9	1.0	12.1		3.8
73	T	4.2	70.6	15.1	5.1	95.0		17.7
	M	2.3	67.8	11.8	2.9	84.8		18.0
	F	0.6	8.0	3.0	1.0	12.6		4.1
74	T	2.9	75.8	14.8	3.9	97.4		22.1
	M	1.4	41.8	7.5	1.5	52.2		8.0
	F	0.6	4.2	0.9	0.2	5.9		2.2
75	T	2.0	46.0	8.4	1.7	58.1		10.2

* FUENTE: Estadísticas vitales para el D.F., Dirección de Bioestadística, SSA
 (1) Tasas por 1000 000 de hab.

Revisando el dato de ocupación disponible para el período 75-77 (cuadro 3-A, construido sobre cifras del cuadro 3), podemos ver que en el grupo de obreros y empleados el incremento en la mortalidad por esta causa es muy importante; no sería improbable que algunos obreros antes de 1975 pasaran a ser empleados después, y en 77 al reanimarse relativamente la producción, volvieran a ser obreros; el índice de mortalidad por accidentes de tránsito para obreros y empleados de 75 a 77 (considerando como 100 el total de accidentes de tránsito en el D.F. para 75) iría de 29 a 33. El otro grupo seriamente afectado fue el compuesto por amas de casa, niños, jóvenes estudiantes y desempleados ancianos, inválidos, etc., cuyos índices son para los 3 años, de 31, 38 y 37 respectivamente.

2) Homicidios.

Con tendencia a elevarse de 69 a 72, descienden de 72 a 75 y nuevamente se elevan para 77. Una vez más, los años recesivos 71 y 75 son el inicio de elevaciones bruscas de la curva, de manera que las cifras en 72 y 76 son de las más altas del período. (Gráfica 1).

La distribución por edad y sexo, se concentra aquí también en los hombres de 15 a 44 años, como se aprecia en el cuadro 2. Por supuesto, estos indicadores por sí mismos no permiten explicar esta distribución. Sólo al ubicarlos en la sociedad a que pertenecen adquieren su significado real. No serían satisfactorias explicaciones como que las mujeres son menos agresivas o que los hombres son más decididos, ni otras referentes a conductas supuestamente inherentes a uno u otro sexo. La distribución por edad y sexo de los distintos

CUADRO 3 . DISTRIBUCION DE LAS MUERTES VIOLENTAS EN EL D.F.

Año	Ocupación.	Total	Indice (**)	Homicidios	Indice
75	Obreros (1)	889	19	189	25
	Empleados	451	10	80	10
	Comerciantes y Artesanos	251	5	57	7
	Campesinos	168	4	21	3
	Policía	61	1	51	7
	Profesionistas	110	2	21	3
	Fuera del mercado Trabajo. (2)	1535	33	141	18
	Otros S/D	1152	25	202	26
	T O T A L	4617	100	762	100
76	Obreros (1)	891	19	174	23
	Empleados	625	13	116	15
	Comerc. y Artesanos	238	5	55	7
	Campesinos	147	3	27	3
	Policías	30	1	30	4
	Profesionistas	91	2	12	2
	Fuera del mercado de trabajo (2)	1731	38	137	18
	Otros S/D	1066	23	203	27
	T O T A L	4819	104	754	99
77	Obreros (1)	986	21	207	27
	Empleados	595	13	139	18
	Comerc. y Artesanos	241	5	55	7
	Campesinos	168	4	31	4
	Policías	44	1	44	6
	Profesionistas	84	2	15	2
	Fuera del mercado de Trabajo (2)	1719	37	148	19
	Otros S/D	1143	25	222	29
	T O T A L	4980	108	861	13

* FUENTE: Oficina de Estadísticas, Servicio Médico Forense del D.F.

(1) Incluye: Albañiles, choferes, macheteros, estibadores y obreros jubilados.

(2) Incluye: Amas de casa, escolares, menores, estudiantes y desempleados.

(**) Año indice: 1975.

7. SEGUN OCUPACION, 75-77. *

Suicidios	Indice	Accidentes Tránsito.	Indice	Otros - Accidentes	Indice
40	14	441	18	219	18
23	8	272	11	76	8
24	8	133	6	37	3
3	1	97	4	47	4
10	2				
20	7	59	3	10	1
80	28	742	31	572	48
88	30	634	27	228	19
288	100	2378	100	1189	100
36	12	436	18	245	21
65	23	350	15	94	8
17	6	138	6	28	2
7	2	72	3	41	3
15	5	54	3	10	1
100	35	894	38	600	50
86	30	564	24	213	18
326	113	2508	105	1231	103
45	16	501	21	233	20
73	25	294	12	89	7
26	9	122	5	38	3
2	1	87	4	48	4
14	5	42	2	13	1
120	42	891	37	560	47
77	27	669	28	175	15
357	124	2606	110	1156	97

CUADRO 3-A. MUERTES VIOLENTAS EN EL D.F., 75-77. INDICES POR OCUPACION.*

Ocupación	M. V. en General			Homicidios .			Suicidios			Accid. Tránsito			Otros		
	75	76	77	75	76	77	75	76	77	75	76	77	75	76	77
Total	100	104	108	100	99	113	100	113	124	100	105	110	100	103	97
Obreros	19	19	21	25	23	27	14	12	16	18	18	21	18	21	20
Empleados	10	13	13	10	15	18	8	23	25	11	15	12	8	9	7
Comerciantes y artesanos	5	5	5	7	7	7	8	6	9	6	6	5	3	2	3
Campesinos	4	3	4	3	3	4	2	1	1	4	3	4	4	3	4
Profesionistas	2	2	2	3	2	2	7	5	5	3	3	2	1	1	1
Fuera del mercado de trabajo	33	38	37	18	18	19	28	35	42	31	38	37	89	50	47

* FUENTE: Cuadro 3

Año índice : 1975

tipos de muertes violentas está mostrando las implicaciones que tienen sobre es tos distintos grupos situaciones propias de la organización social en que se en - cuentran, como podría ser la división del trabajo, por ejemplo.

En la comparación de los índices por ocupación, se observa que son los obrere ros los que más mueren por esta causa, y más aún si se suman los empleados (cuadro 3-A); la tendencia en ambos grupos es la elevación de 75 a 77, con un pequeño descenso entre los obreros en 76 que muy probablemente tiene su explica ción en la disminución de obreros durante ese año recesivo. En los demás grupos, prácticamente no hay variación de un año a otro; entre los obreros, el índice va de 25 a 27, y si se suman los empleados, sería de 35, 38 y 45 para cada uno de los 3 años.

3) Suicidios.

La mortalidad por suicidio no es muy alta en la Ciudad de México, En reali dad, constituye la menor proporción de las muertes violentas. Sin embargo, la tendencia de 68 a 77 es al aumento, especialmente después de 1975. (Cuadro 1).

Contrariamente a lo que suele decirse, no es el sexo femenino el más afectado, sino una vez más los hombres de 15 a 44 años (Cuadro 2). Y son igual -- mente obreros y empleados los que constituyen la mayor proporción, sobre todo en 76 y 77, en que el índice entre los empleados sube de 8, a 23 y 25 (Cuadro 3-A).

No es posible a través de estos datos conocer las circunstancias específicas en que se encontraban los empleados suicidas (amenazados de ser despedidos, despedidos ya, demasiado presionados por el tipo de condiciones de trabajo que desempeñaban, etc.). En 76 entre los obreros se observa nuevamente el ligero descenso que suponemos se deba a la disminución del número de personas ocupadas como obreros en ese año. Sumando obreros y empleados, los índices serían de 22, 35 y 41 (Cuadro 3-A), siendo el aumento como decíamos a expensas fundamentalmente de los empleados.

4) Por lo que se refiere a las muertes en que se ignora si fueron accidental o intencionalmente ocasionadas, en general varían en relación inversa a los homicidios y suicidios. Sin embargo, en el año 72 no hay duda del aumento de este tipo de muertes, ya que se elevan tanto homicidios y suicidios como estas causas mal definidas; y lo mismo ocurre aunque en menor magnitud en 74 (Gráfica 1).

↓ Mediante esta somera revisión de la mortalidad por causas violentas, se ponen de manifiesto ciertos hechos: por una parte, el grupo mayoritariamente afectado es el masculino en edad productiva. Además, en los años 75 a 77 los obreros y empleados (y para algunas causas la gente que está fuera del mercado de trabajo) son las víctimas más numerosas. Por otra parte, uno de los datos más llamativos es el brusco aumento de suicidios entre los empleados a partir de 76, dato que si fuera correcto (y no debido a defectos estadísticos) indicaría una grave amenaza para la salud mental de este grupo, que a juzgar por la tendencia del Capitalismo Monopolista de Estado va siendo cada vez más numeroso (es decir, el de los trabajadores no productivos). ←

Finalmente, el año posterior a la recesión de 71 muestra las más altas cifras de muertes violentas en el período, habiendo una elevación en la curva de cada una de las causas particulares; en menor grado, sucede algo parecido en los años 76 y 77. En realidad, parece ser que los años críticos propiamente no registran aumentos en la mortalidad por causas violentas, sino que es hasta el año siguiente (y en el caso de la recesión de 75 también en el año previo que es 74) cuando aparecen los efectos de aquellos.

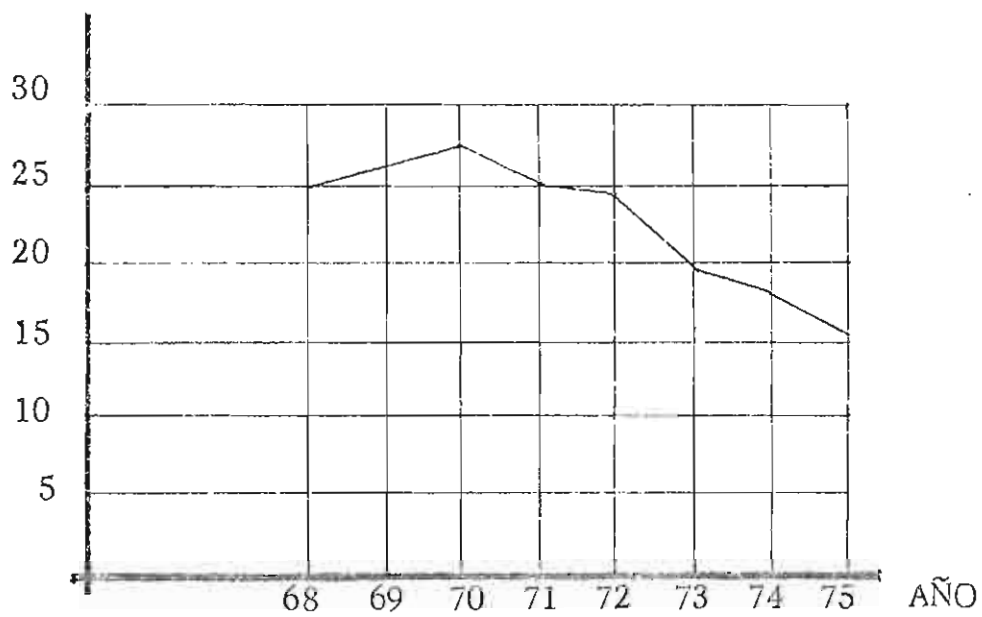
b) Cirrosis hepática alcohólica.

Por último, pasaríamos a ver la mortalidad por cirrosis hepática alcohólica. La gráfica 1-A (con datos del cuadro 1), muestra manifestaciones cuyo origen estaría cuando menos varios años atrás, puesto que la evolución del padecimiento dependerá tanto de la intensidad de la ingestión alcohólica como de las condiciones nutricionales en que la persona se encuentra (40). Así, sería hasta fechas recientes que empezarían a notarse los efectos del período previo, razón por la cual el descenso que muestra la gráfica no es muy alentador.

El grupo más afectado por esta causa de muerte no es el mismo que en las causas violentas, porque también aquí hay un desfase entre origen y efecto. De modo que son los grupos masculinos de 45 a 64 años quienes mueren más por esta causa; sin embargo, en los años 72 y 73 las tasas de los hombres de 15 a 44 años se les aproximan más que en otros años, lo que podría ser indicativo de una agudización de este problema en esa etapa: si las tensiones sufridas en el año 71 fueron tales que ocasionaron ingestión alcohólica intensa en los hombres jóvenes, deficientemente nutridos, es posible que el tiempo de latencia

GRAFICA 1-A. MORTALIDAD POR CIRROSIS HEPATICA - ALCOHOLICA, D.F., 1968-75.

Tasa por 1000 hab.



CUADRO 4.

MORTALIDAD POR CIRROSIS HEPATICA ALCOHOLICA
TASAS ESPECIFICAS POR EDAD Y SEXO, * D.F. 68-75

Año	S	Cirrosis Hepática Alcohólica				
		- 14 años	15 a 44 años	45 a 64 años	65 y más	Total
	M		6.7	9.3	3.6	19.6
	F		1.3	2.7	1.5	5.5
68	T	-	8.0	12.0	5.1	25.1
	M		7.8	9.5	3.5	20.8
	F		1.4	2.6	1.4	5.4
69	T	-	9.2	12.1	4.9	26.2
	M		7.1	10.3	3.7	21.1
	F		1.4	2.7	2.5	6.6
70	T	-	8.5	13.0	6.2	27.7
	M		6.6	9.6	3.4	19.6
	F		1.5	2.5	1.4	5.4
71	T	-	8.1	12.1	4.8	25.0
	M		7.0	8.7	3.5	19.2
	F		1.3	2.5	1.4	5.2
72	T	-	8.3	11.2	4.9	24.4
	M		6.0	7.9	2.7	16.6
	F		0.8	1.7	1.1	3.6
73	T	-	6.8	9.6	8.9	20.2
	M		4.8	7.5	2.6	14.9
	F		0.9	1.6	0.9	3.4
74	T	-	5.7	9.1	3.5	18.3
	M		4.0	6.5	2.3	12.8
	F		0.6	1.2	0.9	2.7
75	T	-	4.6	7.7	3.2	15.5

* FUENTE: Estadísticas vitales para el D.F. Dirección de Bioestadística, S.S.A.

- Tasas por 100000 hab.

entre alcoholismo y muerte por cirrosis se haya visto acortado y por eso sus tasas se elevaron en esos años. El estudio más concreto de este problema requiere de mayor información, puesto que para esta causa ni siquiera fue posible obtener el dato de la ocupación.

Sería interesante poder profundizar más en lo que este tipo de muertes significan, mediante un mayor acercamiento a la dimensión particular. Las ideas más difundidas como que el alcohólico es la víctima de su propia culpa, o que el homicidio es cometido por criminales en quienes incluso se ha tratado de encontrar un origen genético, o hasta que hay cierto tipo de personalidad patológica con predisposición a los accidentes de trabajo, no sirven para explicar por qué se producen estas muertes. Seguramente sería más esclarecedor buscar las determinaciones tanto de las auto-agresiones que constituyen el alcoholismo y más violentamente el suicidio, como de las agresiones a otros, como los homicidios y accidentes, a través de las mediaciones que parten de la estructura social, la ubicación de los grupos estudiados en ella, y todo lo que ello trae como consecuencia para la vida de las personas que los integran, colocándolas en situaciones materiales difíciles de tolerar, en un marco de relaciones jurídicas enormemente desfavorable, con muy pocas posibilidades de buscar otras salidas por el condicionamiento ideológico hacia cierto tipo de respuestas, bloqueo a las acciones políticas de los grupos dominados, etc.

Aunque en el presente trabajo ésta es sólo una parte complementaria con relación al aspecto sobre el que se enfocó principalmente la atención, que es el de los diagnósticos en la institución psiquiátrica, consideramos que el análisis de este tipo de mortalidad desde la perspectiva teórica propuesta, haciendo un

esfuerzo por pasar a niveles cada vez más concretos, podría aportar importantes elementos para el conocimiento que en torno al objeto de estudio pretendemos generar.

4) TRASTORNOS MENTALES EN UNA INSTITUCION PSIQUIATRICA DEL ESTADO, MEXICO 1967-78.

a) Obtención de la información.

En esta parte del estudio, el procedimiento seguido es similar al de la investigación en su conjunto, de aproximación sucesiva de lo más general a lo particular. Un primer paso será la revisión de los registros anuales de diagnósticos que se llevan mensualmente en la institución a partir del año 72, (*) en los que se podrá distinguir a los pacientes atendidos en sus servicios (consulta externa y hospitalización) y la distribución de diagnósticos por edad y sexo en cada uno de los años revisados.

El segundo paso consiste en elegir una muestra de los expedientes del archivo clínico del hospital, que cuenta con la ventaja de no haber eliminado ninguno desde su inicio en 1967 (ni por defunción), y cuya organización ha hecho que la numeración progresiva de los expedientes vaya conforme a la fecha en que cada paciente acude por primera vez, lo que permite con un muestreo sistemático tener información de prácticamente todos los años del período estudiado, y de la historia de cada paciente incluido en la muestra con los distintos contactos que ha tenido con el hospital. De un universo de 37279 expedientes existentes hasta el mes de junio de 79 en el archivo clínico del hospital, pertenecientes a pacientes atendidos en la institución desde su apertura en 1967, se

(*) Razón por la cual estos datos no cubren totalmente el período planteado.

tomó uno de cada 62 siguiendo el orden progresivo de la numeración, resultan-
do un total de 597 casos seleccionados, de los cuales no lograron localizarse 3.

En esta parte del trabajo los dos puntos que se utilizan como guía son el diagnóstico, etiqueta que nuestra sociedad pone a determinados de sus integrantes con un comportamiento particular; y la fecha, que servirá para hacer referencia a las condiciones que desde la generalidad enmarcan el proceso que estudiamos, remitiéndonos a la descripción de la formación económico-social en el país en el período analizado que se hizo en la primera etapa. Los datos recolectados se orientaron a la obtención de información sobre los siguientes aspectos:

- I. Condiciones de los pacientes correspondientes al grupo de la población del que forman parte:
 - 1) Características biológicas que han sido tradicionalmente usadas en el estudio de la distribución de estos padecimientos, y que describen el sustrato sobre el que se da el fenómeno estudiado (edad, sexo, factores hereditarios de padecimientos psiquiátricos).
 - 2) Condiciones referentes a la inserción familiar de los pacientes, ya que este grupo es en la sociedad actual la unidad básica en la que se realiza la reproducción de la fuerza de trabajo (ver marco teórico), y es en su interior donde repercuten concretamente determinaciones sociales generadas en dimensiones más generales condicionadas, como ya se ha visto, por el modo de producción dominante tal como se organiza en esta FES. En primer término, la ubicación del paciente dentro de la orga

nización familiar (condicionado como se ha dicho por la inserción en el proceso de trabajo y la división del trabajo dentro del grupo familiar); además, calidad de las relaciones familiares previas al inicio del padecimiento juzgadas gruesamente a través de la información consignada en el expediente.

- 3) Intimamente relacionado con lo anterior, y para tener una idea del habitat social en el que el paciente se encontraba al enfermar, teniendo en cuenta los cambios violentos que el desarrollo del modo de producción capitalista condiciona, se menciona si ha existido en su historia algún cambio importante de este habitat; se reporta como lugar de residencia al enfermar y condición migratoria.
- 4) Como se ha resaltado en el marco teórico, la determinación que la inserción en el proceso de trabajo tiene sobre la vida de las clases trabajadoras y sus fracciones, es fundamental. Así que la historia ocupacional y la ocupación previa a la enfermedad del paciente o la ocupación de quien lo mantiene en caso de que él no esté insertado directamente en el mercado de trabajo son elementos indispensables a considerar en la explicación del proceso investigado.

II. Conversión de un individuo "normal" en un enfermo mental, proceso en el que hay una serie de elementos que se determinan complejamente entre sí, y entremezclan instancias materiales con ideológicas y jurídicas, concepciones y prácticas populares con profesionales, dando como resultado que el "loco" adquiriera una nueva personalidad y ubicación social distinta que aquella que previamente tenía.

Para entrar a este terreno tan complicado como importante para el análisis, se incluye información sobre la concepción causal anotada en el expediente (que sintetiza el resultado de la determinación que la ideología dominante bajo la forma del saber psiquiátrico tiene sobre las concepciones populares), la existencia de determinaciones claramente sociales reportadas en el expediente sobre el surgimiento del padecimiento, la conducta seguida por el paciente y sus familiares antes de llegar al hospital (que debe entenderse como la resultante de la actitud individual, familiar y social hacia las manifestaciones "anormales", la gravedad de las propias manifestaciones, y las alternativas reales con que se cuenta para enfrentarse a esta situación), el tiempo transcurrido entre el inicio del padecimiento tal como se reporta en la historia clínica y la llegada del paciente al hospital, y para seguir las transformaciones que la enfermedad mental produce en el individuo como miembro de la sociedad, el estado civil después de enfermar y la ocupación del paciente posterior al inicio del padecimiento.

III. Finalmente, para dar la visión sobre la dinámica entre la población de mandante y la institución como respuesta, se recaba información que, considerando tanto los diagnósticos como las fechas, permita explorar fundamentalmente dos aspectos:

- 1) La conducta del usuario frente a la institución (tiempo entre inicio del padecimiento y llegada al hospital, número de contactos, motivo de egreso y forma actual de control médico).
- 2) La coherencia de esta práctica psiquiátrica consigo misma, estudiada

a través de indicadores como acuerdo en el diagnóstico, motivo de egreso, forma de control, atribución causal, días estancia según el piso y la fecha (recesión o auge, restricción de presupuestos, etc.).

Finalmente, como tercer paso de esta etapa, para abordar en la dimensión singular el proceso estudiado, se hace un estudio de casos tomando algunos pacientes que actualmente tienen contacto con la institución, para entrevistarlos - a ellos, sus familiares y el personal del hospital que está en contacto con ellos especialmente en el caso de los hospitalizados, y reconstruir lo más fielmente posible el proceso seguido tanto para la producción de la manifestación "anormal" como la llegada al hospital y lo que ello determinó en la evolución de la "enfermedad". Este estudio de casos no tiene ninguna pretensión de representatividad ni inferencia estadística; sólo persigue como fin mostrar la forma en que las - determinaciones previamente estudiadas van a manifestarse en el caso concreto de una persona, cuyo ejemplo se estudia detalladamente, siguiendo para ello lineamientos previamente establecidos (anotados en la hoja anexa como "Puntos a investigar en el estudio de casos"), y complementar así la investigación dando - elementos para llegar hasta el nivel más concreto, el individuo, en el estudio - de lo que se conoce como enfermedad mental, partiendo para su explicación de las determinaciones generales para considerar al individuo como integrante de - un grupo específico dentro de una sociedad particular.

El diseño hasta aquí esbozado tiene la intención de aplicar los instrumentos teóricos y técnicos proporcionados por la Maestría en Medicina Social para la - reconstrucción científica del objeto de estudio seleccionado, no con la pretensión de dar la solución final a un problema cuyo estudio requiere aún de tanto trabajo, sino sólo de recuperar algunos elementos que, mediante la reformulación -

teórica de su determinación, adquieren una importancia y una jerarquía cuyo re conocimiento permitirá superar un enfoque puramente descriptivo (y deficiente - mente descriptivo en el caso particular de la enfermedad mental) para continuar avanzando hacia sus explicaciones profundas.

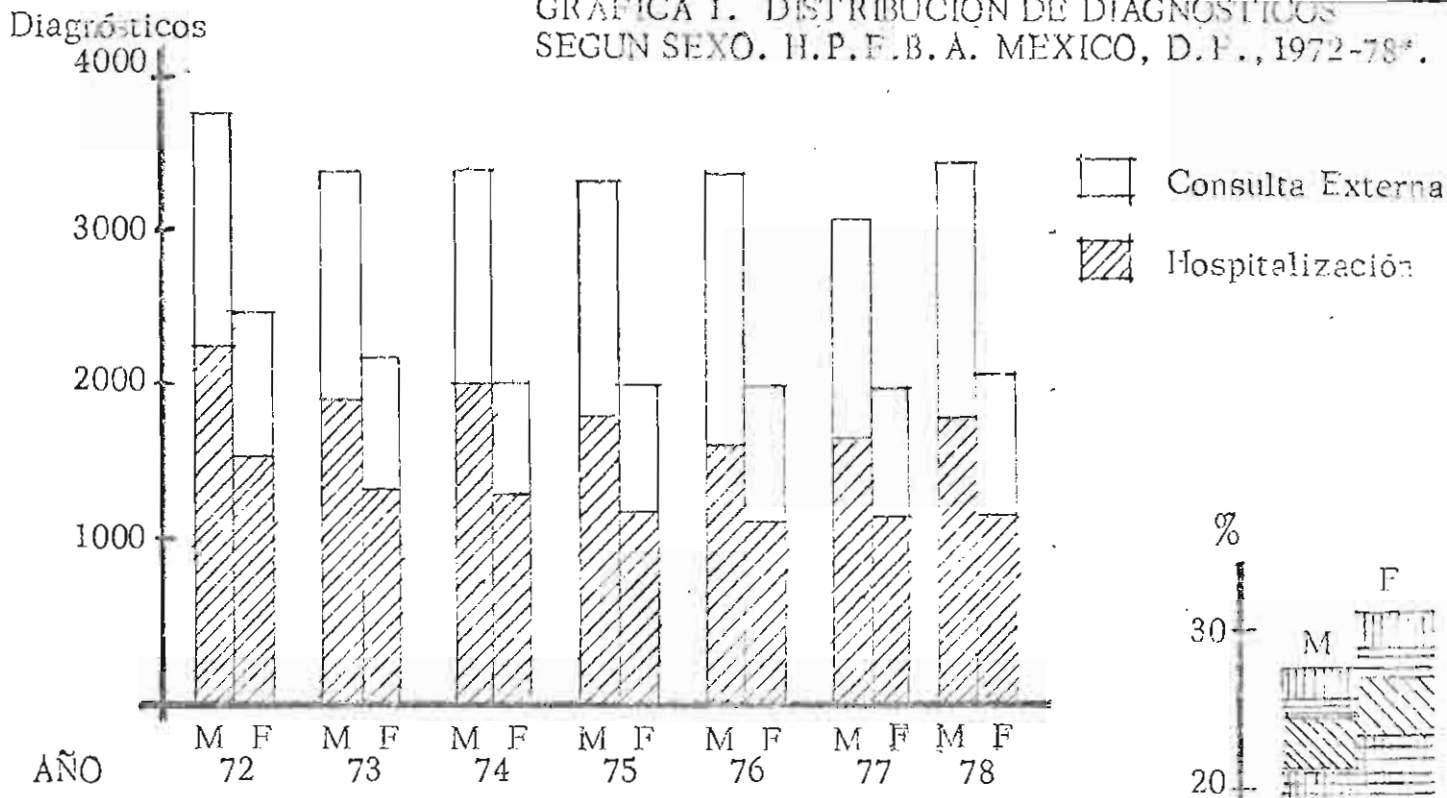
b) Quiénes son los "locos"

Hemos sostenido en páginas previas que la determinación causal de los pro cesos viene de las dimensiones más generales, y es por tanto ahí donde podrí- amos encontrar sus explicaciones (y sus soluciones reales).

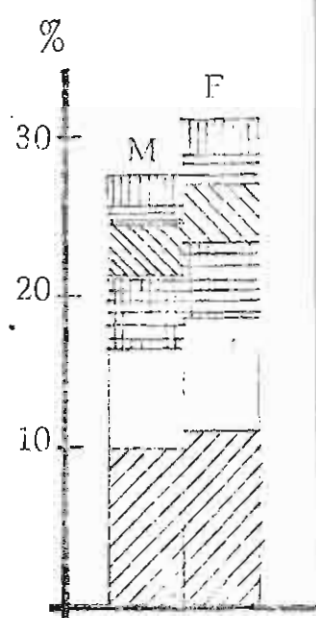
Comunmente los estudios epidemiológicos se concretan a presentar distribu- ciones de frecuencias de padecimientos según las características que se consi- deran importantes: en las gráficas 1 y 2, construidas a partir de los cuadros 1 y 2, en el anexo, se muestra la distribución por edad y sexo de los diagnósticos realizados en la institución en el período estudiado (*). A través de ellas es po sible conocer que la propoción de hombres (alrededor de 60%) excede en todos los años a la de mujeres (tanto que en 1974, 50 camas del hospital destinadas a mujeres se transforman en camas para hombres), y que es entre los 15 y los 34 años que se concentran la mayoría de los diagnósticos vistos en conjunto (por el orden del 65 %). Así contemplada, esta información dice poco sobre la deter- minación causal del proceso. Cabría preguntarse qué característica, aparte de la edad y el sexo, comparten los hombres de 15 a 34 años que los hace acudir más que el resto a una institución psiquiátrica (ya que, según los datos del cen

(*) En la parte derecha de dichas gráficas se muestra la distribución de la po- blación general según el censo del 70, para fines comparativos.

GRAFICA 1. DISTRIBUCION DE DIAGNOSTICOS SEGUN SEXO. H.P.F.B.A. MEXICO, D.F., 1972-78*.

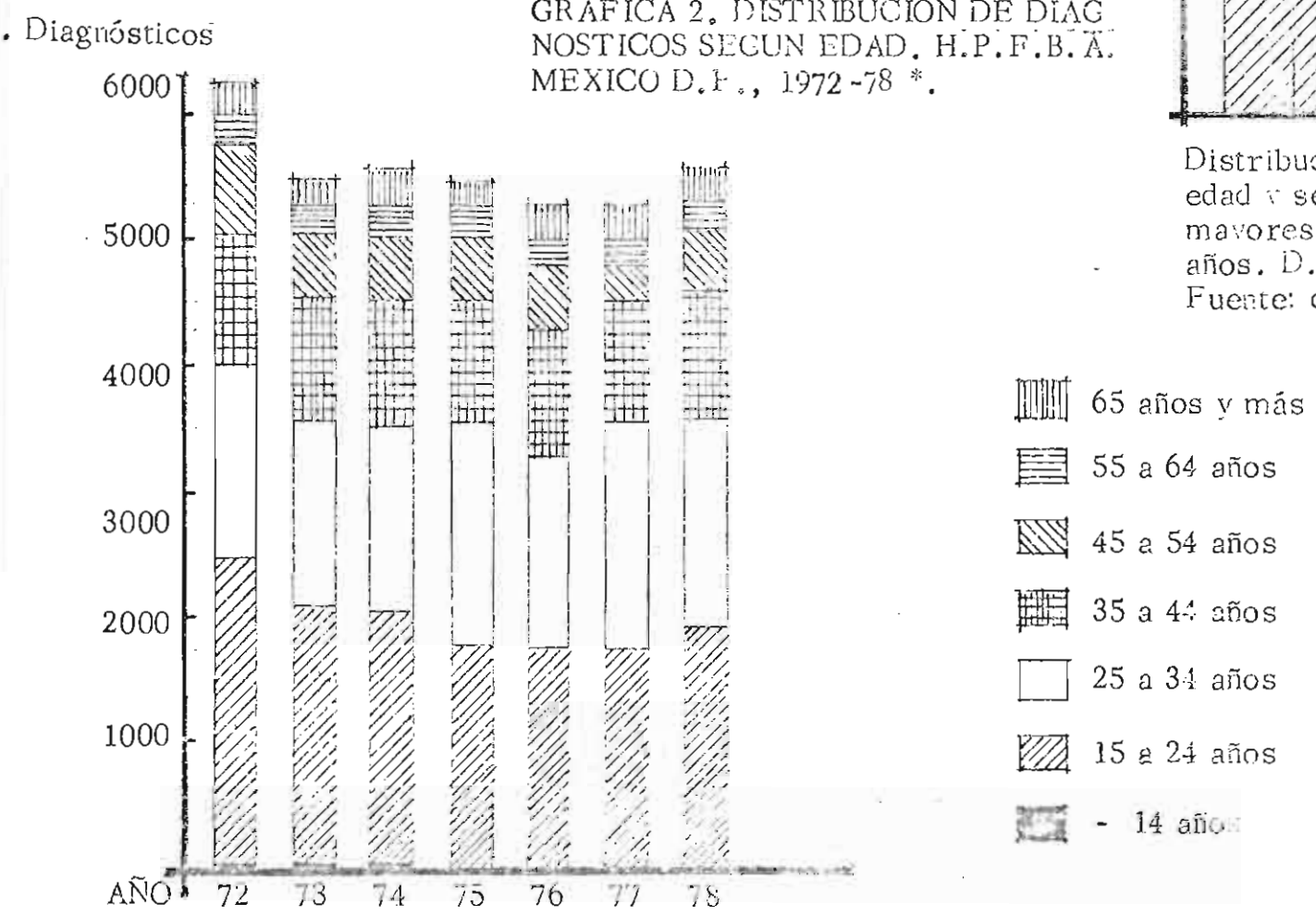


* FUENTE: Cuadro 1 del anexo, con datos de los informes mensuales de diagnósticos de consulta externa y hospitalización en la institución.



Distribución por edad y sexo de mayores de 12 años. D.F., 70 Fuente: censo 7

GRAFICA 2. DISTRIBUCION DE DIAGNOSTICOS SEGUN EDAD. H.P.F.B.A. MEXICO D.F., 1972-78*.



* FUENTE: Cuadro 2 del anexo, con datos tomados de los informes mensuales de diagnósticos de consulta externa y hospitalización, HPFBA 1972-78.

so, dicho grupo no constituye la mayor proporción de la población general). Las posibilidades serían o una predisposición biológica propia de ese sexo que se manifestaría preferentemente a esa edad, o lo que es más probable la exposición similar a un riesgo constituido por lo que en nuestra sociedad hace cotidianamente este grupo de la población. Ambas posibilidades pueden explorarse en los casos muestreados, la primera a través de la búsqueda de antecedentes heredofamiliares de trastornos mentales registrados en las historias clínicas, y la segunda revisando algunos indicadores de la inserción en el proceso de trabajo de los pacientes.

La proporción de hombres y mujeres en la muestra, así como su distribución etaria (cuadros 3 y 4 del anexo) son similares a las de la población atendida que aparece en los registros mensuales (**), lo que hace válida la comparación. Por lo que se refiere a antecedentes heredofamiliares de trastorno mental, en las historias clínicas revisadas se reportaron como existentes únicamente en el 28 % de los casos; en el 66 % se declararon negativos, y en el 6 % ignorados (cuadro 5). La distribución por edad y sexo de los antecedentes positivos es similar en ambos sexos (14.1 % en hombres y 13.3 % en mujeres), a pesar de haber en la muestra una proporción mayor de hombres. En el grupo de los pacientes masculinos de 15 a 34 años, el 71.4 % reportaron antecedentes hereditarios negativos y solo en el 25.3 % fueron positivos (en el resto, se ignoraban).

(**) En el cuadro de edad al iniciar el padecimiento se aprecian edades algo menores que las de los registros globales, pero debe considerarse el tiempo que tarda el paciente en llegar al hospital después de percibir el inicio del padecimiento.

En cuanto a la segunda posibilidad, si lo que determina la salud-enfermedad mental de la población no fueran la edad y sexo por sí mismos, sino la ubicación dentro del proceso de trabajo en cualquiera de las modalidades que en una sociedad existen, la razón de la distribución por edad y sexo sería la forma en que estas características influyen sobre el sitio que se asigna a cada uno en la división social del trabajo. En el cuadro 6, se agrupa a los pacientes estudiados según el criterio de su ubicación en la organización del trabajo dentro y fuera del grupo familiar; puede verse que quienes se encuentran realizando un proceso de trabajo remunerado constituyen el 60.3 % de los casos, quienes trabajan agregando valor para la reproducción de la fuerza de trabajo en el ámbito familiar el 15.3 %, y aquellos que están estudiando o sin empleo, el 22.3 %. La distribución por sexo comprueba que son los hombres los que con más frecuencia tenían la responsabilidad del aporte económico al hogar. Y al analizar la distribución por edad se encontró que el 81 % de los hombres de 15 a 34 años eran el sostén económico principal o cooperaban al mismo. (*) ←

Entre la ubicación familiar del paciente y su llegada al hospital, hay varias situaciones que revisar. Por un lado, el que en un grupo de pacientes mayores de 14 años el 22.3 % sean económicamente dependientes en el momento de enfermar (no contamos a las amas de casa, cuyo trabajo tiene el significado señalado en el marco teórico), recordando que se trata de una población cuya forma de sobrevivencia es la venta de la fuerza de trabajo, obliga a pensar que se trata más que de estudiantes, de desempleados. La discusión sobre si el origen de su desempleo es su desventaja debida al trastorno mental, o a la inversa, es poco relevante para el hecho de que en esta sociedad, por una causa o por otra,

(*) De 354 pacientes que eran el sostén económico básico o colaboradores a este en la muestra, 76 % eran hombres, y 50 %, hombres de 15 a 34 años.

**CUADRO 5. ANTECEDENTES
HEREDO FAMILIARES DE TRASTORNOS MENTALES EN LOS
PACIENTES DE LA MUESTRA. DISTRIBUCION PORCENTUAL. (*)**

Antec. heredo fam.	Masc.	Fem.	Total
Se reportan existentes	14.7	13.3	28.0
Se reportan no existentes	41.0	25.0	66.0
Se reporta ignorado	3.6	2.4	6.0
T O T A L .	59.3	40.7	100.0

* FUENTE: Expedientes de la muestra.

**CUADRO 6. DISTRIBUCION DE DIAGNOSTICOS SEGUN LA -
UBICACION EN LA ORGANIZACION FAMILIAR
DE LOS PACIENTES. ***

Ubicación Familiar (2)	Masc.	%	Fem.	%	Total	%	Forman parte de una familia
Jefe	147	24.6	21	3.5	168	28.6	
Aporta dinero	123	20.6	63	10.5	186	31.7	61.6
Labores domésticas	3	0.5	87	14.6	90	15.3	15.7
Dependiente	70	11.7	61	10.2	131	22.3	22.8
Vive en asilo	5	0.8	7	1.2	12	2.0	-
No datos	4	0.7	3	0.5	10	-	-
T O T A L	352	58.9	242	40.5	597	100.0	100.0

* FUENTE: Información de los expedientes muestreados.

- (1) Frecuencia ajustada redistribuyendo las no respuestas en la misma proporción que las respuestas.
- (2) El criterio para distinguir las distintas ubicaciones es: Jefe = El - único o parcial sostén económico de la familia. Aporta dinero = su ingreso contribuye secundariamente al sostén económico familiar. Labores domésticas = responsable de esta función. Dependiente = no contribuye para el sostén económico familiar, -- puede ser estudiante, anciano, cooperar con el ó la responsable de labores domésticas, etc. Vive en asilo = no vive con la familia sino en una institución tipo asilo

no tienen lugar.

➤

Por otro, hay que pensar que quienes se encuentran en el mercado de trabajo capitalista, no pueden abandonar sus labores bajo riesgo de perder el puesto, a no ser que se encuentren en situaciones extremas. El que una proporción tan elevada como 60 % de los pacientes muestreados sea responsable o colaborador de la manutención de la familia, refleja lo grave que es el problema, puesto que una proporción seguramente mayor se ve en la necesidad de seguir soportando las agresiones del trabajo y la vida cotidiana hasta el límite máximo de su resistencia.

Finalmente, el grupo dedicado a las labores domésticas si bien parece encontrarse un poco más protegido que el anterior de la nocividad propia del proceso de trabajo capitalista, recibe sin embargo los efectos de éste indirectamente a través del o los miembros de la familia conectados con él. El trabajo excesivo, poco satisfactorio y nunca remunerado, la necesidad de amortiguar las tensiones y problemas familiares, atender la educación de la prole, sin mencionar los golpes y privaciones materiales nada raros que la responsable del hogar en la clase trabajadora debe tolerar, ciertamente tienen que ver con ese 15.3 % de pacientes de la muestra.

La información sobre la calidad de las relaciones familiares no mostró nada relevante, seguramente porque es demasiado subjetivo el juicio sobre lo que es o no dinámica familiar adecuada; sin embargo, si se releen las descripciones presentadas en el inciso d) de la parte 2 del marco teórico sobre la vida cotidiana de la población trabajadora, será por demás creer en condiciones saludables ante tal imposibilidad objetiva para lograrlas.

En algunos estudios epidemiológicos con enfoque social, las variables que se consideran de interés son del tipo de nivel socioeconómico, origen rural o urbano, escolaridad, ocupación, etc. Todas ellas, como las biológicas y aún más, carecen de capacidad explicativa cuando no se enmarcan dentro de una sociedad histórica concreta. Un dato por sí mismo muestra sólo una apariencia, cuyo contenido no es universal sino que está determinado por la estructura social de la que se extrajo. Al estudiar la información siguiente debe tenerse esto presente.

El cuadro 7 presenta el lugar de residencia y estado migratorio de los pacientes muestreados. El hospital cuyos datos se analizan se encuentra en la Ciudad de México, razón por la cual es más probable que sus habitantes acudan a él - que los originarios de sitios lejanos. Sin embargo, como la Ciudad ha seguido un rápido proceso de crecimiento, tanto en extensión como en población (como se ve a través de los datos de la primera etapa de la investigación), la población rural va siendo absorbida por la Ciudad, sea al conurbar con algunos municipios de la periferia o, lo que es más importante, funcionando como poderoso centro de atracción de mano de obra rural. Ello explicaría que haya un 19 % de habitantes rurales en la muestra, puesto que al venir uno o varios miembros de una familia rural a trabajar a la Ciudad, comunmente no pierden por completo el contacto con su familia de origen, de manera que al enterarse de la existencia del hospital, orientan a sus conocidos para traer a quien se encuentra enfermo e incluso los alojan en su casa durante el tiempo necesario; una vez hecho el primer contacto, en cada brote que no pueden controlar traen o envían nuevamente a su paciente (no es raro que el paciente rural trastornado llegue solo a la Ciudad y al andar perdido y con comportamiento extraño, sea la policía quien lo hace lle-

CUADRO 7. HABITAT SOCIAL Y SUS CAMBIOS EN LOS PACIENTES SELECCIONADOS POR MUESTREO. *

LUGAR DE RESIDENCIA	%	ESTADO MIGRATORIO	No.	%	VARIACIONES		
					no		
Ciudad de México	414	69.3	Orig. y res. misma ciudad	233	39.0	no	39.0
Ciudad de Provincia	53	8.9	Orig. rural y res. urbano	158	26.5		
			Or. y res. distintas ciudades	72	12.0		
Otro país	5	0.8	Orig. otro país	10	1.7	sí	40.2
HABITANTES URBANOS	472	79.0	HABITANTES URBANOS	473	79.2	H. urb.	79.2
Zona rural	115	19.3	Orig. y res. rural	105	17.6	no	17.6
			Or. urb. y res. rural	5	0.8	sí	0.8
HABITANTES RURALES	115	19.3	HABITANTES RURALES	110	18.4	H. rur.	18.4
No datos	10	1.7	No datos	14	2.4	no datos	2.4
TOTAL	597	100.0	TOTAL	597	100.0	total	100.0

* FUENTE: Expedientes inuestreados.

gar al hospital, en donde ya es conocido, se interna, se trata y es devuelto a su familia).

Las implicaciones del sitio de donde el paciente proviene son muchas, tanto para la determinación causal del padecimiento como para la forma de diagnosticarlo y tratarlo, y para las posibilidades de reintegración al trabajo y aceptación por su comunidad. No es difícil imaginar lo que significa para una persona desarraigarse violentamente de un medio que conoce y domina, de la seguridad relativa que le proporciona el grupo humano con quien vive, para ir a otro totalmente distinto, donde rige otra lógica, en el que se encuentra solo, agr^uido, atacado y despreciado. El 40 % de los pacientes urbanos de la muestra ← habían sufrido un cambio de lugar de residencia, la mayoría de ellos (26.5 %) del campo a la ciudad.↖

Una de las observaciones que más sorprenden al revisar las historias clínicas de la institución, es la facilidad y subjetividad con que los médicos aplican el diagnóstico de oligofrenia. Da la sensación de que ante un paciente que los hace desesperar, la reacción es de calificarlo casi insultativamente de oligofrénico, (y en ocasiones no sólo a él, sino a la familia que lo acompaña). Probablemente están lejos de comprender lo que para un habitante rural significa llegar a la Ciudad y conversar con alguien con quien no comparten ni lenguaje ni experiencias, especialmente si está mentalmente trastornado.

Ya varios autores (41, 42, 43) han señalado las diferencias de trato para los pacientes según su ubicación social, efecto producido tanto por la imposibilidad del profesional para comunicarse con el paciente como por la propia ideología que torna al médico despectivo con el trastornado en general y más si su extrac

ción social es baja.

Finalmente, tanto el acceso a los fármacos prescritos como al control médico son menores para los habitantes rurales que para los urbanos. Sin embargo, la posibilidad de ser reincorporado al trabajo es mayor para el campesino que para el trabajador urbano, ya que las labores generalmente se hacen en el primer caso en familia y se le puede supervisar y asignar tareas poco complicadas pero útiles. En ocasiones pacientes de origen rural que enfermaron en la Ciudad, fueron nuevamente retornados a su sitio de origen donde cooperaban en las labores del campo aún dentro de sus limitaciones. Por el contrario, un obrero con secuelas de padecimiento mental difícilmente logra de nuevo reincorporarse al mercado de trabajo.

Todo lo anterior va conduciendo a la necesidad del estudio de la relación entre el proceso de trabajo concreto que se realiza, la patología que se padece y las repercusiones de ésta sobre el primero. Partiendo de los datos secundarios disponibles, no es posible analizar esto con detalle. Sin embargo, para revisar al menos la inserción en algún tipo de proceso de trabajo, en el cuadro 8 se resume lo relativo a la historia ocupacional de los pacientes muestreados, desde aquellos que no han trabajado nunca posiblemente por causa de su padecimiento, hasta quienes aún mientras están enfermos continúan con sus labores habituales. La repercusión de un proceso como el que analizamos sobre la exclusión del mercado de trabajo de quienes lo sufren es enorme, y sería menos aproximado afirmar que son enfermedades altamente incapacitantes que decir que la sociedad actual es enormemente patógena sobre todo para algunos grupos de la población sometidos a sus aspectos más nocivos. En la parte derecha del cuadro

CUADRO 8. HISTORIA OCUPACIONAL DE LOS PACIENTES DE LA MUESTRA. *

HISTORIA OCUPACIONAL	No	%	% AJUST.	USO DE LA FUERZA DE TRABAJO
Nunca ha trabajado	28	4.7		
Trabaja irregularmente	68	11.4	16.6	Fuera de uso
Trabajo previo adecuado, - posterior irregular	110	18.4		Perdida
No trabaja desde que enfermó	42	7.0	42.9	Totalmente
Trabajo adecuado fuera de -- brotes	175	29.3		
Trabajo inferior por incapacidad	5	0.8	74.1	Perdida parcialmente
Enfermó anciano, ya no trabaja	24	4.0		
Estudia aceptablemente	1	0.2	78.4	Fuerza de trabajo ya desgastada o en formación.
No ha dejado su ocupación habitual	125	20.9	21.6	F. de T, Activa
No datos	19	3.2		
TOTAL.	597	100.0	100.0	

* FUENTE: Expedientes estudiados.

se aprecia la proporción de pacientes que van quedando fuera del mercado de trabajo, en forma tal que a un casi 5 % que no había trabajado nunca se agrega un 73 % que ya no puede trabajar como antes a partir de que enfermó (incluyendo a los ancianos), quedando como fuerza de trabajo activa sólo un 21.6 %. Desde luego, es el grupo familiar quien se hace cargo de sostener a ese 73 % excluido del mercado de trabajo (en la muestra, la representación de quienes dependen de un asilo es sólo del 2 %).

Para profundizar más sobre quiénes son estas víctimas y cuál su ubicación en el proceso de trabajo, el cuadro 9 muestra la ocupación de la población muestreada, y a partir de ella una aproximación a la pertenencia de clase social; esta pertenencia de clase se da atendiendo a la ocupación de quien lo sostiene para los casos de los pacientes que no trabajan durante su enfermedad o de aquellos que no venden en el mercado de trabajo capitalista su fuerza de trabajo, como amas de casa o estudiantes (ya que el criterio de clase social que empleamos se basa en la relación de propiedad con los medios de producción y las relaciones sociales de producción, de modo que quien no está directamente dentro de ella pertenece a la clase de quien sí lo está y aporta lo necesario para su sustento).

→ A través de esta información y a pesar de la deficiencia que una aproximación tan burda conlleva, se revela que de los pacientes estudiados el 46 % pertenecía a la clase asalariada (si se acepta con criterio amplio dentro de ella a quienes viven de la venta de su fuerza de trabajo); aún excluyendo al 9 % de empleados del Estado que gruesamente se consideraron dentro de la clase asalariada, criterio que aún se encuentra en discusión debido a su inserción superestructural (44), esta clase seguiría quedando como representante mayoritaria en la -

CUADRO 9. RELACION DIRECTA O INDIRECTA CON EL PROCESO DE TRABAJO DE LOS PACIENTES DE LA MUESTRA, Y APROXIMACION A SU PERTENENCIA DE CLASE. MEXICO, 1968 - 79. *

Ocupación	Del responsable del paciente.	Del paciente propio.	Total	%	Aproximación a Clase Social.
Obrero	105	30	135	24.2	Asalariados (2)
Jornalero	16		16	2.9	
Empleado (Emp. privada)	48	7	55	9.8	
Empleado (Del Edo.)	42	9	51	9.1	46.0
Artesano ó Peq. comerciante	59	25	84	15.0	Pequeña - Burguesía
Campesino	50		50	8.9	
Artista, Sacerdote, etc.	17	10	27	4.8	Capas Medias
Profesionista, Gerente, etc.	36	2	38	6.8	
Propietario de empresa	1	1	2	0.4	0.4
Sub o desempleado (1) *	79	12	91	16.3	Capitalista Ejército Industrial ó reserva.
Dependiente de institución	10		10	1.8	
Sin datos	33	5	38		
T O T A L .	496	101	597	100.0	100.0

* FUENTE: Muestra de expedientes del archivo clínico del hospital; información correspondiente a la fecha de último contacto con la institución.

- (1) Incluye limosneros, familias con formas emergentes de sobrevivencia en los tiempos en que el jefe enferma, etc.
- (2) Sin distinguir dónde venden su fuerza de trabajo (y por tanto, sin entrar en la discusión sobre la diferencia entre salario y sueldo).

muestra estudiada con un 39 %. El 24 %, a la pequeña burguesía en alguna de sus fracciones. El 11.6 %, constituido por capas medias (20.5 % si sumamos aquí los burócratas). Una mínima representación de la clase dominante, lo que no debe tomarse como indicativo de lo que ocurre en dicha clase sino que se explicaría por el acceso de sus miembros a otras instancias de atención profesional. Y 18 % de miembros del ejército industrial de reserva (a pesar de que el criterio para asignación de clase social fue la ocupación de quien mantenía al paciente cuando éste quedaba incapacitado para trabajar) que si bien como se señalaba en el marco teórico no constituye una clase social sino una situación en la que miembros de cualquier clase pueden caer, comunmente se encuentra formado por proletariado, sean obreros antiguos o recientemente reclutados como tales de otras clases como la pequeña burguesía al ser despojada de sus medios de producción. ←

Sobre la vieja polémica de si es la enfermedad la que origina la imposibilidad de trabajar, o el trabajo el que condiciona el surgimiento del proceso patológico, no necesariamente se trata de una relación causal unidireccional y es muy probable que se entremezclen entre los enfermos mentales desempleados - aquellos en quienes la incapacidad relativa es el principal origen de que su fuerza de trabajo no sea cotizante en el mercado capitalista, con aquellos cuyo padecimiento y posterior expulsión del mercado de trabajo es desencadenado por modalidades de proceso productivo característico de la FES a que pertenecen, muchas de las cuales sería difícil sostener que son saludables, y que no son toleradas por individuos más susceptibles que el resto por razones de índole biológica o psicológica (con raíz también en la organización social que las condiciona). En el cuadro 10-A se muestra la situación de trabajo de los pacientes antes de enfer-

CUADRO 10 - A OCUPACION PREVIA Y POSTERIOR AL SURGIMIENTO DEL PADECIMIENTO. *

Ocupación	Previa	%	Posterior	%	% P. Gral. (1)
Obrero	80	13.8	50	8.5	
Jornalero	12	2.1	3	0.5	
Empleado (Emp. privada)	40	6.9	35	6.0	
Empleado (del Estado)	30	5.2	23	3.9	
Asalariados en general	162	28.0		18.9	29.8
Artesano o peq. comer.	51	8.8	42	7.1	
Campesino	46	7.9	33	5.6	
Pequeña Burguesía	97	16.7		12.7	7.6
Artista, Sacerdote, etc.	15	2.6	10	1.7	
Profesionista, gerente, etc.	41	7.1	18	3.1	
Capas Medias	56	9.7		4.8	(2)
Propietario de empresa	1	0.2	2	0.3	3.3
Labores domésticas	105	18.1	86	14.6	29.9
Estudiante	71	12.2	33	5.6	15.5
Sub ó desempleado	88	15.2	254	43.1	13.9
Sin datos	17		8		
T O T A L	597	100.0	597	100.0	100.0

* FUENTE: Expedientes tomados en la muestra del archivo del hospital.
1967 - 79, México.

(1) Datos del censo del 70.

(2) A través de los datos secundarios no es posible distinguirlos de otros grupos.

mar, la que tenían después de surgir el padecimiento, y finalmente la de la población general mayor de 12 años según el censo del 70 como punto de referencia. A continuación, en el cuadro 10-B, se presenta la distribución de la historia ocupacional según la aproximación a la pertenencia de clase de los pacientes, y según el tipo de padecimiento que se les diagnosticó, con el objeto de orientarnos sobre si quienes no trabajaban o lo hacían irregularmente son los afectados de algún padecimiento especialmente incapacitante, o más bien son parte de algún grupo de las clases trabajadoras que no había logrado antes de enfermar un empleo regular.

En el cuadro 10-A se puede apreciar que la proporción de las clases subalternas especialmente asalariados y ejército industrial de reserva, vistas a través de la ocupación reportada en el censo es bastante similar a la que se ve a partir de la ocupación de los pacientes muestreados. Aún considerando que los datos sólo dan una idea gruesa de la situación, y que unos se refieren a un período de 10 años y otros sólo al año de 1970, el censo reporta un 30 % aproximadamente de asalariados en general, y en la muestra encontramos un 28 %. El 14 % del ejército industrial de reserva reportado por el censo, muy probablemente subestimado, es similar al 15 % que se encuentra en la muestra. Por lo que se refiere a otras clases, hay mayores diferencias; en la población general se reporta un 7.6 % de personas que por sus características podrían pertenecer a la pequeña burguesía, y en la muestra del hospital hay un 16.7 % de ellas, lo que podría llevar a investigar más precisamente si es que realmente este grupo suele acudir con mayor frecuencia al hospital psiquiátrico que otros. En cuanto a las capas medias, en el censo no se las distingue fácilmente de otros grupos, por lo que no habría para ellos punto de comparación entre muestra y población ge

CUADRO 10-B. DISTRIBUCION DE LA HISTORIA OCUPACIONAL SEGUN APROXIMACION A CLASE SOCIAL Y DIAGNOSTICO. (*).

Historia Ocupacional	Aproximación a clase social (1)										Tipo de Diagnóstico (según la reagrupación del cuadro 17) (2)					
	total	As.	F.B.	C.	C.M.	L.D y E.	EIR	S.d.	total	I	II	III	IV	V	otros	s.d.
No tenía empleo estable aún antes de enfermar.	16.1	2.2	1.2		1.0	5.5	6.2		16.1	2.5	4.5	3.0	5.4	0.5	0.2	
Perdió total o parcialmente el acceso al trabajo desde que enfermó	55.6	19.3	11.2		5.3	13.6	6.0	0.2	55.6	10.4	7.0	19.1	18.2	0.3	0.3	0.2
Cuando enfermó no estaba trabajando por ser -- anciano; estudiante.	4.2	1.2	0.7			1.8	0.5		4.2	2.0	0.5	0.7	1.0			
Conserva la posibilidad de trabajar aún después de surgir el trastorno	20.9	4.3	3.0	0.2	2.8	8.5	2.0		20.9	2.7	0.7	1.5	14.1	1.4	0.7	
Sin datos	3.2	0.2	0.2		0.2			2.6	3.2	0.8			0.3		2.1	
TOTAL	100.0	27.2	16.2	0.2	9.4	29.5	14.7	2.8	100.0	18.4	12.7	24.3	39.0	2.2	1.2	2.2

(*) Fuente: expedientes de la muestra.

- (1): clave aproximación a clase social:
 As. Asalariados (obreros, jornaleros y empleados).
 P.B. Pequeña burguesía (artesanos, campesinos, pequeños comerciantes).
 C. Capitalista.
 C.M. Capas medias
 L.D. y E. Labores domésticas y estudiantes.
 F.T.R. Ejército Industrial de Reserva.
 s.d. Sin datos
- (2): clave agrupación de diagnósticos:
 I Padecimientos derivados de lesión orgánica del tipo de tumores, etc.
 II Padecimientos con sustrato orgánico con determinación social directa (tipo desnutrición, infecciones, etc.)

neral. Y la representación de la clase dominante no tiene significación en el hospital estudiado. Pero en el cuadro que analizamos, lo que resulta más llamativo es la transformación de la estructura ocupacional del grupo muestreado, situación que se analizará más detalladamente al presentar las consecuencias de transformarse de "normal" en "loco".

Analizando el cuadro 10-B notamos que el ejército industrial de reserva - - (grupo de pacientes que aún antes de enfermar no tenía trabajo estable) parece ser atacado sobre todo por padecimientos de naturaleza biológica o psíquica con determinación social bastante directa (es decir, relacionados con la desnutrición, padecimientos infecciosos, o del tipo de neurosis y adicciones) (*). Entre los que no trabajaban por su avanzada edad, predominaban las lesiones orgánicas.

La mayor proporción de los que perdieron el acceso al trabajo después de enfermar eran asalariados, y un poco menos casos de personas que no estaban vendiendo su fuerza de trabajo (grupo constituido sobre todo por amas de casa), que como en el cuadro 9 se ve engrosan el grupo de los asalariados (por ser - sus esposas): los padecimientos predominantes entre estas personas fueron los de naturaleza psíquica: psicosis, y en seguida adicciones y neurosis; en tercer lugar lesiones orgánicas.

El grupo de quienes no perdieron la capacidad para realizar su trabajo habitual a partir del padecimiento, estuvo compuesto en primer lugar por los que -

(*) Este criterio para reagrupar los diagnósticos se explica más detalladamente en el inciso c), unas páginas más adelante.

no venden su fuerza de trabajo (lo que implica una relación menos directa con las presiones del mercado de trabajo capitalista), y en menor proporción por asalariados, pequeños burgueses y capas medias. En el cuadro 10-A se ve claramente la situación de los miembros de cada clase o capa social después de la aparición del trastorno. Del total de asalariados de la muestra directamente relacionados con el mercado de trabajo capitalista, sólo una sexta parte pudieron seguir trabajando. De quienes formaban el ejército industrial de reserva, un 6 % que podía trabajar antes, quedó sin esa posibilidad; y sólo un 2 % la conservó.

La información de los cuadros 10-A y 10-B parece apoyar la idea de que el peso de la pertenencia a una clase social es mayor que el de padecer algún trastorno mental en particular en la determinación de la posterior inserción con respecto al trabajo, porque esta pertenencia es la que condiciona qué trastorno se padece, y qué perspectivas de reinserción social posterior se tienen.

De acuerdo con las hipótesis planteadas, corresponde ahora hacer el análisis de la variación anual de los diagnósticos para ver si en ella se logra percibir alguna repercusión sobre la población de los diferentes momentos por los que la economía nacional va pasando, a través de los servicios de hospitalización y consulta externa, y pasar a mostrar luego el perfil epidemiológico específico de los pacientes atendidos en el hospital.

Hay que recordar que la razón de revisar por separado estos dos servicios es que si bien ambos son influidos a través del presupuesto institucional sobre el número de pacientes atendidos, lo es más directamente hospitalización, que permite ver la influencia de la crisis económica sobre la institución pero difi -

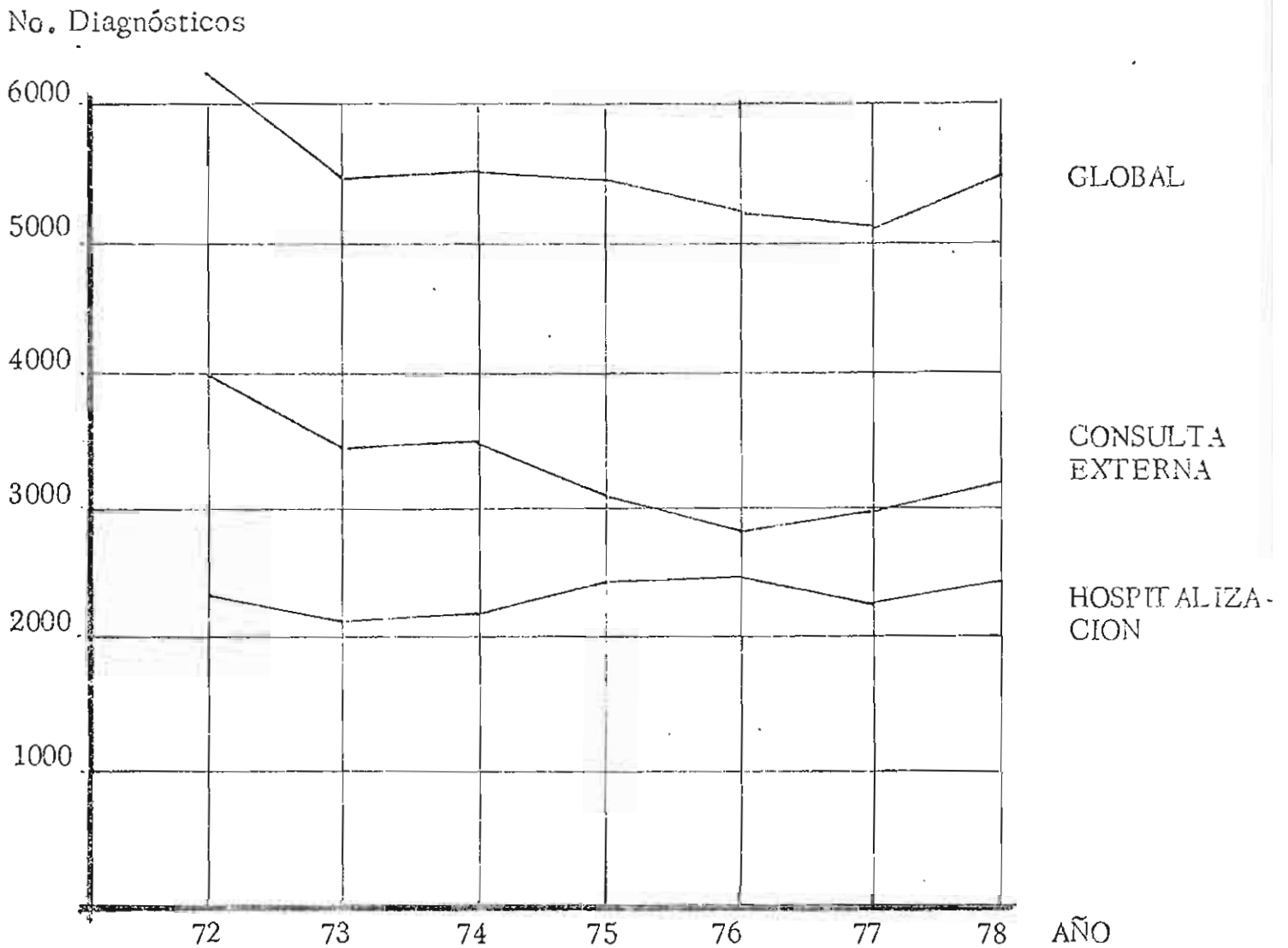
culta vislumbrar la demanda de la población, que consulta externa, donde se re flejaría un poco mejor cuantitativamente la patología que se está produciendo - "afuera".

En la gráfica 11 se presentan las variaciones anuales del conjunto de diagnósticos en cada uno de los dos servicios. La curva de diagnósticos de consulta - externa podría corresponder a un descenso de las cifras altas efecto de la rece sión del 71 (*) que va de 72 a 76, y el inicio de la elevación producida por la recesión de los años 75-76 cuyos efectos empezaría a notarse en la parte final de la curva. Las cifras más altas están en 1972, año posterior a una recesión violenta e inesperada que se distinguiría de la de 75-76 en que para esta última muchos habían encontrado nuevas formas de sobrevivencia y se habían adaptado a ellas; si esto coincidió con la llegada desfasada de la restricción presupuestaria para la institución (44) disminuyendo su capacidad para internar pacientes, la gran demanda del exterior encontraría en 72 una barrera para atenderse en hos pitalización y quedaría concentrada en consulta externa, explicando en parte la magnitud de la cifra. La tendencia al descenso que se aprecia en 72-76, se in vierte a partir de ese año y empieza nuevamente a ir hacia arriba (período pos terior a la recesión de 75).

En hospitalización, las cifras más bajas del período son las correspondientes a los años 72-74, quizá continuación de una tendencia originada en la restricción al presupuesto que suponemos se dió después de la recesión del 71; de todas -

(*) Lo que se puede apreciar en la gráfica 18, correspondiente a la información de fecha de inicio de los padecimientos en los pacientes de la muestra.

GRAFICA 11. VARIACION ANUAL DE LOS DIAGNOSTICOS REALIZADOS GLOBALMENTE EN CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION, 72-78.*



* FUENTE: Cuadro 1 del anexo, de los resúmenes mensuales de diagnósticos de consulta externa.

formas, de los 3 años la cifra más alta es la de 1972, coincidiendo con lo que revela la curva de consulta externa, lo que permite afirmar que en ese año llegó al hospital una cantidad inusitada de pacientes, (según parece, producto de la recesión de 71) pese a cualquier limitación en la capacidad de la institución para recibirlos. De 74 a 75 hay en hospitalización una elevación en la cifra de diagnósticos mientras en consulta externa se observó un descenso; se trata de un año pre-recesión en que el presupuesto seguramente es un poco más holgado que en años previos y quizá la ansiedad propia de esta etapa logra manifestarse sin obstáculo y casi de inmediato en estas cifras. Ya a partir de 75 viene la tendencia a disminuir el internamiento, pero en 77 parece ser contrarrestada por un alza en la demanda que se nota en la coincidencia de la elevación - tanto en consulta externa como en hospitalización, y que ya pasado el momento más restrictivo originado en el año 75 puede permitirse la institución atender.

Veamos ahora cuáles son los diagnósticos particulares hechos a estos pacientes.

c) De persona a enfermo mental.

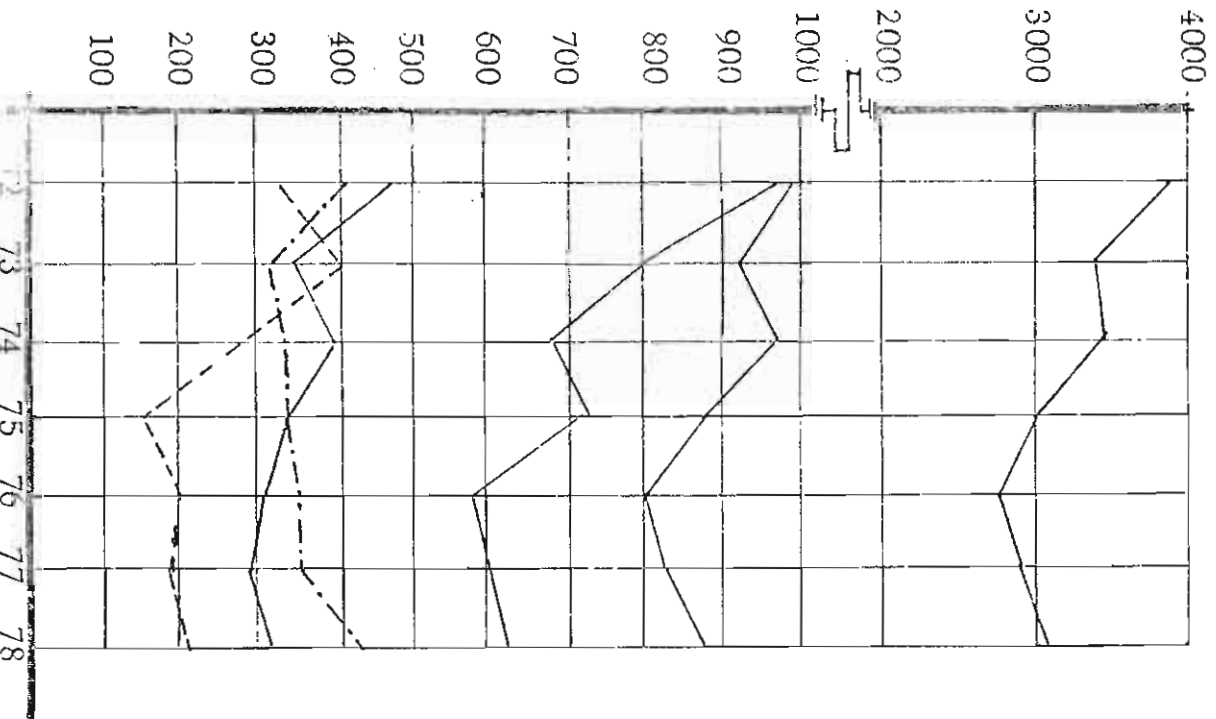
Los individuos cuyas características se presentan en las páginas anteriores, se han hecho acreedores en algún momento de su vida a la calidad de enfermo mental; se les ha asignado uno o varios diagnósticos que han tenido repercusión sobre su futura existencia. Estudiemos en primer lugar cómo ha sido definido, dentro de la institución a la que llegaron en busca de solución a un problema, este grupo de personas, tratando de colocar los padecimientos diagnosticados -- en el contexto social del que los pacientes que los ostentan estaban surgiendo.

En las gráficas 12-A y 12-B (tomadas de los cuadros 12-A y 12-B del anexo), se muestran los más frecuentes diagnósticos hechos en cada uno de los dos servicios, consulta externa y hospitalización. En todos los años y en los dos servicios, las psicosis no orgánicas (esquizofrenias, psicosis afectivas, estados paranoides, otras psicosis y psicosis no especificadas) ocupan el primer lugar; entre ellas, las esquizofrenias (y en particular las de tipo paranoide) son las más numerosas. Se aprecia que las psicosis hacen necesario el internamiento más que el tratamiento ambulatorio.

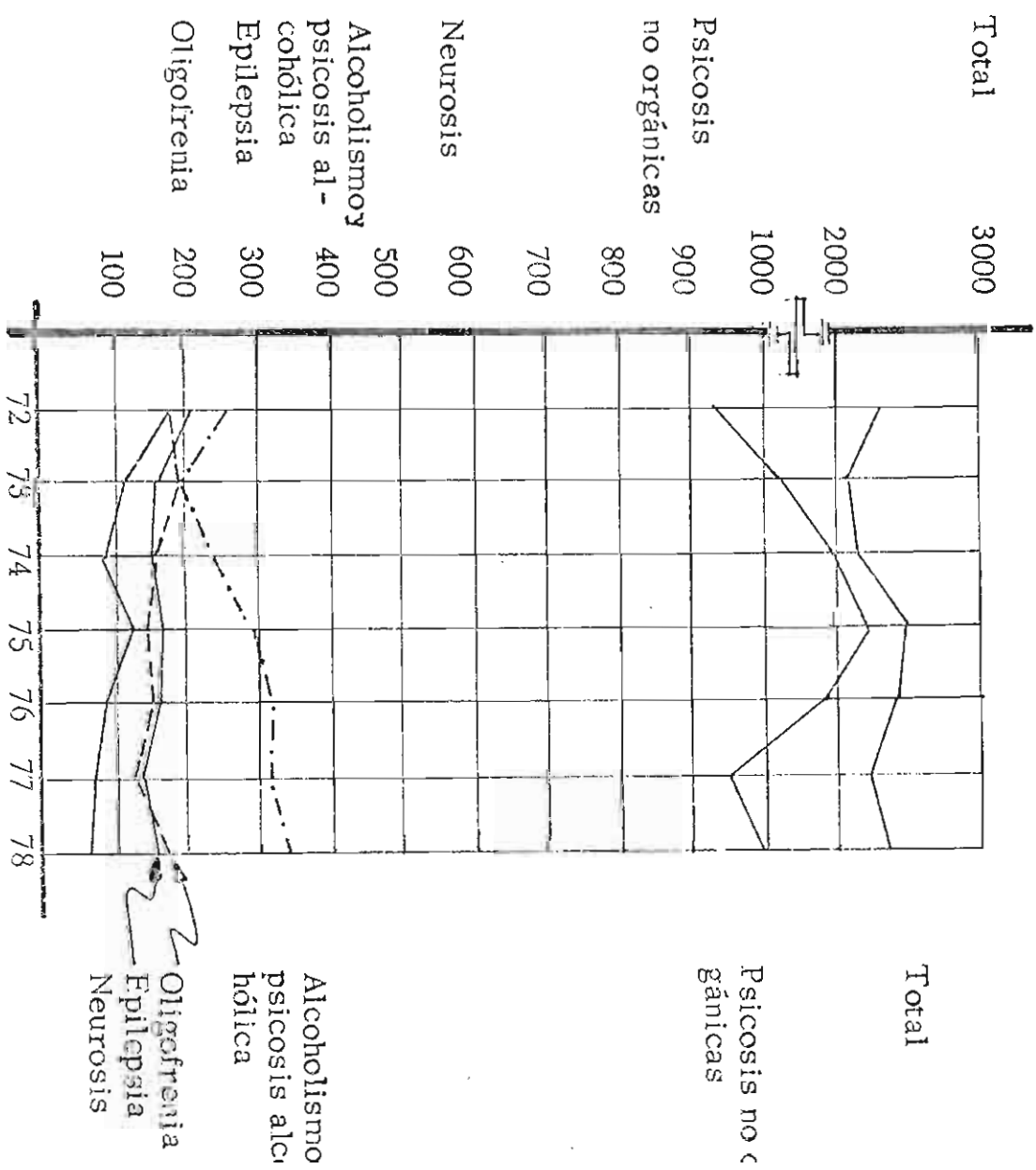
En consulta externa, en seguida, están las neurosis que como muestra la gráfica se hospitalizan poco. En el hospital, el segundo lugar lo ocupan el alcoholismo y las psicosis alcohólicas, a pesar de que aparentemente siempre que es posible se manejan en consulta externa. En cuanto a epilepsia y oligofrenia, son también en ambos servicios importantes, consumen recursos e inutilizan seres humanos para el mercado de trabajo capitalista, constituyendo una carga que los grupos familiares afectados se ven obligados a absorber individualmente, y desde el punto de vista humano una pérdida irreparable.

En el cuadro 13 se presenta la variación anual de los más frecuentes diagnósticos hechos en el hospital, sumados los de consulta externa y los de hospitalización. Por lo común el año en que fue mayor la cifra de casi todos estos diagnósticos fue 1972, excepto en el caso de las psicosis alcohólicas, que se elevan a partir de entonces siendo la cifra máxima en 1975. En 1975 se ven también elevaciones importantes en las esquizofrenias, las neurosis, y en el alcoholismo y adicción a drogas que ya desde 74 se habían elevado, continuando el alcoholis

GRAFICA 12 - A DIAGNOSTICOS REALIZADOS EN CONSULTA EXTERNA. HFBA 72-78.*
No. diagnósticos



GRAFICA 12 - B DIAGNOSTICOS REALIZADOS EN HOSPITALIZACION, HFBA 72-78.*
No. Diagnósticos



* Fuente: Registros mensuales HFBA.

mo con una tendencia constantemente ascendente (*).

El único de estos diagnósticos que no se eleva en 1975 y de hecho tiende a descender levemente durante el período es el de epilepsia, padecimiento con su trato orgánico cuya determinación social no es tan directa como en los otros trastornos considerados.

En general, a partir de este cuadro se aprecia una tendencia a la elevación de los diagnósticos de 77 a 78.

Analizando un poco más detalladamente los diagnósticos que aparecen en las gráficas 12-A y 12-B en sus variaciones anuales, se aprecia lo siguiente:

La tendencia general de ellos en hospitalización como veíamos, muestra un descenso de 72 a 73-74, una elevación en 75-76 con el más alto número de diag nósticos, y de nuevo un descenso en 77 que empieza a elevarse en 78, dando la impresión de una curva inversa a la del ciclo económico (cuyas caídas son en 71 y 75-76), lo que puede ser reflejo por una parte, de que las recesiones preci pitaron graves trastornos mentales que requirieron internamiento, apreciación confirmada por la curva de psicosis, y que se manifestaron debido a que la res tricción presupuestaria parece llegar un poco después del inicio de la recesión (46).

(*) Lo que confirma la apreciación hecha en el capítulo con respecto a la morta lidad por cirrosis alcohólica, que muy probablemente vaya a elevarse en los pró ximos años. La tendencia de la psicosis alcohólica, efecto mucho más inme diato del alcoholismo que la cirrosis, que suele ser consecutiva a intoxicaciones masivas con alcohol, se ha elevado desde 72, y parecería ser que los aumentos ocurren en el mismo año en que la tensión social se agrava.

CUADRO 13. VARIACION ANUAL DE LOS DIAGNOSTICOS --
 GLOBALES MAS FRECUENTES EN LA INSTITUCION.*

Clave	Diagnóstico	72	índice	73	índice	74	índice	75	índice	76	índice	77	índice	78
295	Esquizofrenias	1325	100	1141	86	1192	90	1274	96	1143	86	1069	81	1098
300	Neurorisis	1165	100	900	77	765	66	841	72	649	56	664	57	686
345	Epilepsia	678	100	548	81	544	80	513	76	473	70	425	63	462
304	Adicción a drogas	544	100	295	54	412	76	391	72	289	53	283	52	331
303	Alcoholismo	554	100	323	58	409	74	396	71	459	83	476	86	532
291	Psicosis alcohólica	109	100	166	152	164	150	238	218	203	186	193	177	142

* FUENTE: Registros mensuales de la institución.

Año índice: 1972.

Y por otra, aunque en menor grado, que en las etapas recesivas el internamiento podría constituir una forma de sostener a miembros de la familia que por su incapacidad constituyen una carga para el grupo y no una ayuda, lo que explicaría las alzas de diagnósticos como oligofrenia. En cuanto a las neurosis y alcoholismo se elevan alarmantemente a partir de 73.

La visión proporcionada por la gráfica de consulta externa complementa lo anterior. En 74 se aprecia una elevación de las psicosis en consulta externa, → lo mismo que en hospitalización. De entonces a 75 continúan internándose y quizá por eso disminuyen en consulta externa, lo que hablaría de una imposibilidad → para su manejo ambulatorio ante situación tan difícil "afuera" del hospital. En 76 hay una disminución en este servicio, lo mismo que en hospitalización, de las psicosis; y en 77 tal vez como efecto de políticas recesivas sobre el presupuesto institucional, aumentan en consulta externa y disminuyen en hospitalización. Las neurosis vienen descendiendo de una cifra alta en 72, probable producto de la recesión del 71; se elevan de nuevo en 75, bajan para 76 y tienden a subir desde entonces. Debe pensarse que los neuróticos consultan sobre todo en situaciones desesperadas, y que seguramente los que llegaron en 75 habían ya empezado a sufrir la presión desde el año pre-recesivo de 74. El alcoholismo se comporta igual en este servicio que en hospitalización, con una tendencia a elevarse desde 73.

Al analizar las fluctuaciones anuales hay que recordar siempre que se trata de diagnósticos de egreso, por lo que puede pensarse que la fecha de inicio esté en tiempos previos; el tiempo de latencia promedio entre fecha de inicio y fecha de primer contacto en los pacientes de la muestra en el período 68-78 fue de 2 años, lapso que variará según las particularidades de cada caso

y de la estructura social en cada momento.

Contemplar este perfil epidemiológico de los trastornos mentales sin considerar la ubicación social de la población atendida en este hospital tendría poco sentido y llevaría a conclusiones erróneas. En esta institución, que forma parte de la asistencia pública a cargo del Estado, se atiende a quienes no tienen acceso a ningún otro tipo de atención profesional especializada. En ella se confirmaría, por ejemplo, un hallazgo hecho por diversos investigadores de la mayor prevalencia de esquizofrenia entre los pobres (45); sin embargo, como todas las enfermedades de estos grupos, ésta tampoco es probable que correspondiera a razones de inferioridad racial ni otras similares, sino a determinaciones claramente sociales que originan para estas personas en todo momento de su existencia condiciones de vida terriblemente dañinas. Debe resaltarse que el perfil que se observa en este hospital no es el mismo que se esperaría encontrar en otros cuyos pacientes tuvieran ubicaciones sociales distintas, lo que vendría a reforzar la hipótesis de que es la inserción en esta estructura social a través del proceso de trabajo lo que condiciona el proceso de salud-enfermedad. Para orientar sobre la existencia de determinaciones sociales en los expedientes revisados, en el cuadro 14 (anexo) se presenta la proporción en que fueron encontradas a través de las notas médicas situaciones indiscutiblemente de carácter social tras el brote del padecimiento, que fue en un 20 % de ellos, lo que no significa que en el 80 % restante no las hubiera sino que en esta quinta parte el paciente y sus familiares lo reportaron y el médico lo consideró de tal relevancia que lo anotó, a pesar de su concepción comunmente asocial del origen de la enfermedad mental.

Hasta aquí se han revisado algunos diagnósticos específicos; ya en el marco teórico se explicaba que bajo el rubro "enfermedad mental" se encuentra toda una mezcla confusa de manifestaciones que van desde el campo médico más ortodoxo hasta el interior mismo de la vida íntima de la población, por lo que no resulta lo ideal estudiar detalladamente unos diagnósticos agrupados conforme a criterios tan poco definidos como los que proporciona la clasificación internacional de la OMS, que no puede entenderse mediante un análisis únicamente lógico debido a que el orden que sigue no tiene un eje único sino varios, en un orden tal que sólo tiene paralelo con la diversidad de situaciones que en la sociedad actual se han puesto bajo la jurisdicción de la psiquiatría. Aún en una mirada, por superficial que sea, impresiona esta imprecisión, que une y separa padecimientos cuya semejanza y diferencia depende del variante criterio con que se clasifica (como podría ser el caso de la demencia senil y su semejanza con la psicosis alcohólica, o la propia psicosis alcohólica y su diferencia del alcoholismo), impresión que encuentra bases en el análisis más cuidadoso presentado en la parte 2 del marco teórico, en el que se ve que la lógica que sigue esta clasificación no es ni ideológicamente neutral ni científica (si se considera que el principal objetivo de la ciencia es "... la búsqueda, explicación y aplicación de las leyes... que operan en la realidad en la determinación de los acontecimientos") (47), ni tampoco la mejor que el desarrollo actualmente alcanzado por el conocimiento en este terreno permitiría construir.

Para confirmar aún más la hipótesis de la poca cientificidad del diagnóstico psiquiátrico, que generalmente suele tratarse como algo objetivo y bien definido, veamos en el cuadro 15 a qué se atribuye la producción de fenómenos como los que tan afirmativamente se diagnostican. La información pertenece a las notas de -

CUADRO 15. CONCEPCION CAUSAL DEL PADECIMIENTO. *

Atribución Causal	No.	%	% ac.	Ambito en que se ubica la concepción causal.
Daño orgánico	101	16.9		Problema
iatrogenia	5	0.8	18.1	Médico
Trauma Emocional	69	11.6	11.8	Problema Psicológico
Problema familiar	75	12.6		Problema
Problema de trabajo	19	3.2		Social
Accidente de trabajo ⁽¹⁾	8	1.3	17.4	
No se explicita causa	310	51.9	52.8	Empirismo psiquiátrico
Sin datos	10	1.7		
TOTAL	597	100.0		

* FUENTE: Expedientes de la muestra.

(1) Que lo es indiscutiblemente.

los expedientes muestreados, y en ella podemos ver que en un 53 % de los ca sos, nadie anota a qué se piensa que se debió la generación del padecimiento. En muchos de ellos se percibían atribuciones causales implícitas en que casi se entreleñan frases como "así es la humanidad"; incluso se encontraron comen tarios que hacían pensar que la atribución causal se achacaba a culpa del pa- ciente (por ejemplo "... se comprueba una vez más que la histeria y la oligo- frenia son muy mala combinación..."). Muchos casos quedaban en un alcoholis- mo producido porque el paciente es un borracho incorregible, tautología que no dice nada. Se consideró que la causa era orgánica en 17 % de los casos (hubo 1 % de iatrogenia), casi 12 % de desencadenantes emocionales, y 17 % clasifi- cable como causas de origen social (desde problemas familiares por el tipo de organización que la sociedad condiciona, hasta típicos accidentes de trabajo, pa- sando por otros menos reconocidos como tales, del tipo de despidos, quiebras, irregularidad e inseguridad en el empleo. etc.).

Con todo esto no se trata necesariamente de negar la existencia del fenó- meno que con el diagnóstico se pretende nombrar, sino remarcar lo poco que se le conoce y lo mucho que se le utiliza para encubrir junto con su contenido real, muchas otras manifestaciones con las que comparte la característica de ser un obstáculo para el funcionamiento adecuado de la sociedad dominada por el capital.

➤ Tan grande es el problema del ocultamiento que la utilización de la clasifica- ción actual conlleva, que aunque en este trabajo se ha hecho teóricamente la dis tinción entre locura como un fenómeno objetivo por reconstruir científicamente, y enfermedad mental como un campo de intervención que puede incluir padeci- mientos ideológicamente creados pero sin existencia objetiva, debido a que a -

través de dicha clasificación sobre la que los diagnósticos son realizados no puede diferenciarse una cantidad significativa de los segundos, ha sido imposible restarlos del total en este trabajo y ha sido necesario trabajar con el conjunto de ellos.

Como de todas formas nuestro interés está en tratar de entrever, a pesar de la confusión reinante, algún eje ordenador que permita comprender en forma más racional cómo se determina lo que la sociedad actual llama enfermedad mental, dejando ese nombre al objeto aparente que lo lleva pero sin olvidar que encierra no sólo algo objetivo sino también algo con un contenido puramente ideológico, y como no contamos más que con la información recabada con el criterio que se ha criticado, es que se ha partido de ella pese a sus restricciones. La distribución porcentual anual del total de diagnósticos (confusión incluida) hechos en los dos servicios estudiados se presenta reagrupada en la gráfica 16, construída a partir del cuadro 16 anexo en forma tal que, a muy grosso modo, se pretende unir aquellos padecimientos en los que a través de la clasificación internacional se vislumbran con mayor o menor intensidad las determinaciones sociales sobre las condiciones biológicas o psíquicas de los individuos, sin pretender en ningún momento proponerlo como una nueva clasificación, para lo cual habría aún mucho trabajo teórico por realizar, sino únicamente para mostrar cómo dependiendo del criterio con que se clasifique se pueden ocultar o descubrir aspectos de la realidad.

Si consideramos que los hombres nacen con potencialidades genéticamente dadas (pero histórica y socialmente determinadas) y se ven sometidos a la acción modeladora de la sociedad particular en que nacen fundamentalmente a través del

grupo como la escuela, o el familiar, cuya inserción en la estructura social dará la pauta sobre la que esta influencia se ejercerá, y finalmente toda esta multiplicidad de condicionantes dará como resultado un individuo con un particular desarrollo de las potencialidades con que nació y un límite de resistencia también específico para las presiones sociales que sobre él van a recaer, todo lo cual compartirá con otros individuos sometidos a procesos parecidos, podríamos entonces reagrupar los padecimientos aún enmascarados como se encuentran por el diagnóstico y su clasificación, pensando en aquellos que parecen ser la manifestación de daños orgánicos (que no por ser orgánicos se producen fuera de una sociedad histórica) más o menos comprobables en una primera categoría; aquellos en los que manifiestamente se ocultan problemas ya conocidos como específicos de FES como la mexicana (desnutrición, alta proporción de padecimientos infecciosos, deficiente atención perinatal, etc.) en una segunda categoría; aquellos que podrían resultar de la extrema presión social sobre individuos cuya inserción de clase mediada por la dinámica familiar condicionó una deficiente estructuración de la personalidad incapaz de resistir tal presión, e imposibilitados también por la organización social para generar una respuesta de lucha contra su situación con posibilidades de éxito, en una tercera categoría; al lado de ella y casi formando parte de la misma, una cuarta categoría de manifestaciones de respuestas evasivas a la intolerable existencia en que se vive (neurosis, alcoholismo, adicción a drogas); y en una quinta, aquellos en los que no es difícil distinguir la creciente penetración de la psiquiatría como rama de la Medicina en aspectos que antes quedaban fuera de su campo de acción, y que por razones claras de dominación y reproducción del modo de producción dominante van siendo puestas bajo control (como la sexualidad, las respuestas distintas a lo considerado deseable ante situaciones como la llegada a la edad adulta y su significado para el individuo de la clase trabajadora, etc.), que sería

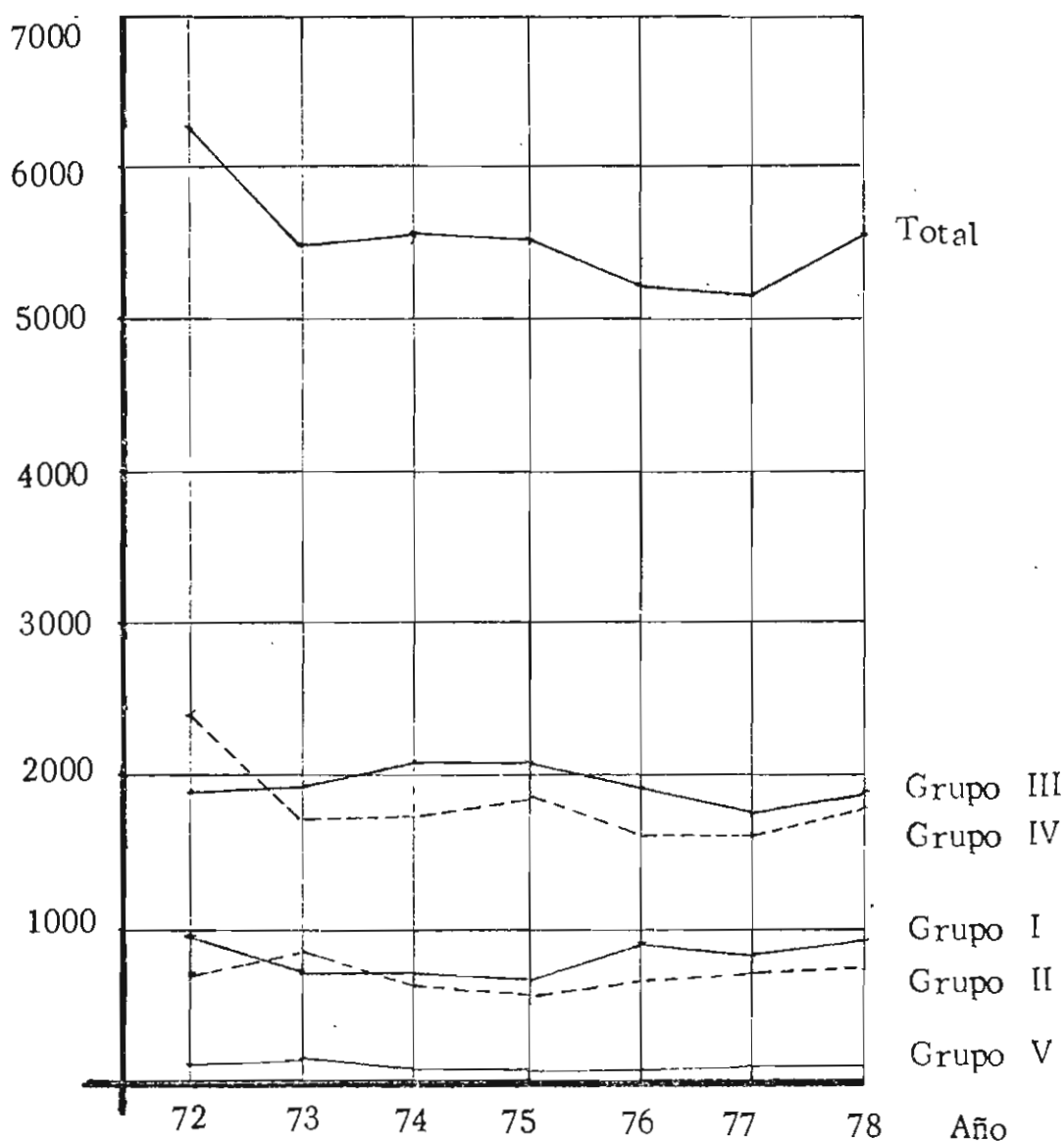
una forma de aproximarse, a través del obstáculo de la clasificación, a la salud-enfermedad mental puramente ideológica. Es un intento de usar la información existente en tanto es posible generar una mejor, en la búsqueda de la explicación de la producción y distribución de este fenómeno, lo que significa y lo que oculta, contenido todo bajo un nombre tan impreciso como enfermedad mental.

Para precisar un poco más el criterio con que realiza este ejemplo de re-clasificación que aparece en la gráfica construída a partir de los datos del cuadro del anexo, a continuación se presentan sintéticamente los puntos que se consideraron:

GRUPO	ELEMENTO PREDOMINANTE EN EL NIVEL INDIVIDUAL	DETERMINACION DE LO SOCIAL	EJEMPLOS
I	Biológico	Menos directa	Tumores, síndrome de Down, etc.
II	Biológico	Más directa	Desnutrición, daño cerebral neonatal, etc.
III	Psíquico	Menos directa	Esquizofrenia, psicosis no orgánicas, etc.
IV	Psíquico	Más directa	Alcoholismo, neurosis, etc.
V	Comportamiento no aceptado socialmente	Directa	Trastornos de conducta, etc.

(el V representa aproximadamente la salud-enfermedad mental puramente ideológica).

GRAFICA 16. VARIACION ANUAL DE LOS DIAGNOSTICOS REAGRUPADOS SEGUN CRITERIO SOCIAL, 1972-78.



- I: Daño orgánico como sustrato de la enfermedad. (290, 293, 345)
- II: Encubrimiento del origen social de enfermedades. (292, 294, 309, 310)
- III: Autodesintegración como respuesta a la presión. (295, 296, 297, 298, 299)
- IV: Evasión de la realidad como respuesta. (291, 300, 303, 304)
- V: Psiquiatrización de procesos socialmente condicionados. (301, 302, 305, 306, 307, 308)

En el cuadro 17 se muestra la distribución de diagnósticos así reagrupados según una aproximación a la pertenencia de clase de los pacientes.

La estructura de los diagnósticos característica para este grupo, muestra una mayor frecuencia de trastornos del tipo de las neurosis y adicciones (grupo IV); en seguida, psicosis no orgánicas (grupo III); y finalmente, padecimientos con lesión orgánica como sustrato, con una determinación social más o menos directa según el tipo de trastorno.

Pasando a analizar la pertenencia de clase de las víctimas, se aprecia que la mayor proporción está constituida en primer lugar por el grupo de personas que no venden su fuerza de trabajo, y en segundo por los asalariados; en el primer caso, la clase social depende de quien lo sostiene económicamente, que en el cuadro 9 se veía que se trata mayoritariamente de asalariados.

Aunque hemos visto que hay una mayor proporción de hombres entre los pacientes del hospital y en la muestra, ellos tienen distintas ubicaciones en el proceso de trabajo extradomiciliario, lo que condiciona diferentes tipos de padeci - mientos como se ve en este cuadro; en cuanto a los trastornos que padecen quienes no venden su fuerza de trabajo (*), que son sobre todo mujeres, la situación en que se encuentran al vivir en una misma sociedad es en muchos sentidos similar, aunque sus características distintivas dependerán de la inserción social del o los miembros de la familia que sostienen económicamente el hogar.

(*) Que se distinguen del ejército industrial de reserva en que tienen una función de agregación de valor para la reposición de la fuerza de trabajo, aún cuando - estrictamente hablando podrían considerarse también como parte de él.

CUADRO 17. TIPOS DE DIAGNOSTICO SEGUN LA PERTINENCIA DE LA APROXIMACION A TRAVES DE LA OCUPACION.

APROXIMACION A CLASE SOCIAL (A TRAVES DE OCUPACION).	DIAGNOSTICO (SEGUN REAGrupACION)					
	I	%	II	%	III	9
Asalariados	27	4.5	17	2.8	48	8.
Pequeña burguesía	17	2.8	11	1.8	28	4.
Capas medias	5	0.8	2	0.3	10	1.
Capitalistas						
Fuera del mercado de trabajo (1)	32	5.4	21	3.5	43	7.
Ejército Industrial de reserva	27	4.5	20	3.4	16	2.
Sin datos	2	0.3	5	0.8		
TOTAL	110	18.4	70	12.7	145	24.

* FUENTE: Muestra de expedientes

(1) Constituida por amas de casa y estudiantes, que en el cuadro 9 se incluyeron en la clase social de quienes los sostenían económicamente.

(2) Es el mismo criterio aplicado en el cuadro 19 para reagrupar los diagnósticos globales del hospital, tomados de los registros mensuales.

PRESENCIA DE CLASE, A PARTIR - -
 ASIGNACION PREVIA DE LOS PACIENTES, *

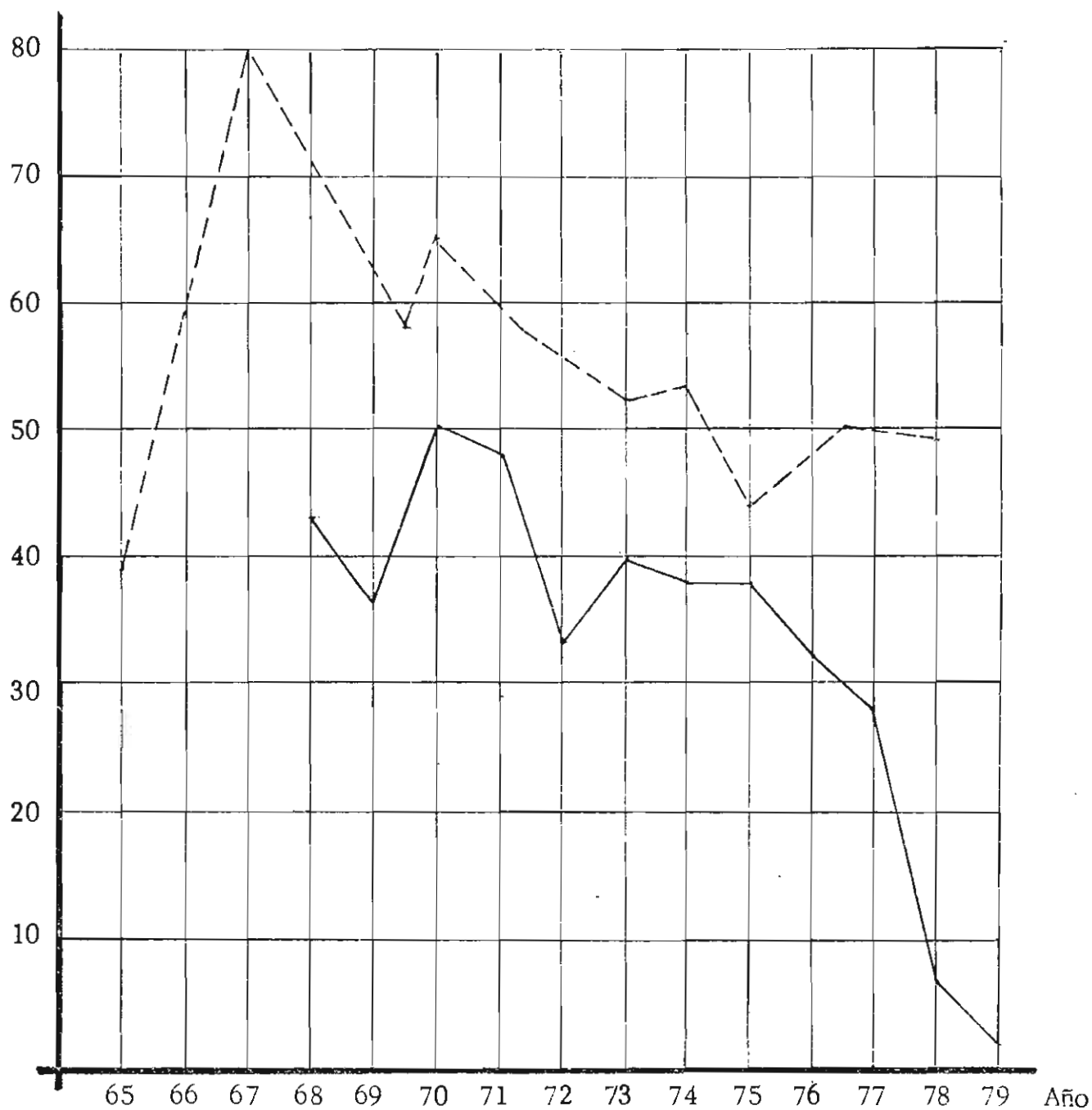
ASIGNACION CON CRITERIO SOCIAL (2)										
	IV	%	V	%	Otros	%	s.d.	%	Total	%
	64	10.7	4	0.7	1	0.2	1	0.2	162	27.1
	40	6.7					1	0.2	97	16.3
	35	5.9	2	0.3	1	0.2	1	0.2	56	9.4
	1	0.2							1	0.2
	73	12.2	5	0.8	1	0.2	1	0.2	176	29.5
	22	3.7	3	0.5					88	14.7
	2	0.3					8	1.3	17	2.8
	237	39.7	14	2.3	3	0.5	12	2.0	597	100.0

La distribución proporcional de los diagnósticos entre asalariados y personas fuera del mercado de trabajo es prácticamente igual, y es la que acabamos de describir como característica para el grupo en general. La pequeña burguesía tiene también esta misma distribución, sólo que en cantidades mucho menores. Para el ejército industrial de reserva hay la variación de que los padecimientos con asiento orgánico son los primeros en frecuencia, y para las capas medias el tipo diagnóstico predominante es el del grupo IV (adicciones y neurosis), y menos las psicosis no orgánicas.

A través de los datos tomados en los expedientes muestreados, es posible ver más de cerca lo que ocurrió con estos pacientes. En la gráfica 18 se presentan los diagnósticos según la fecha en que el paciente, su familiar y el médico ubican el inicio del padecimiento, y según el tiempo transcurrido entre el inicio de éste y la llegada al hospital presentados en el cuadro 18. Cabe hacer dos aclaraciones sobre estos datos. La primera, que para trabajar con los padecimientos en la muestra en los casos de quienes tenían más de un diagnóstico, se tomó aquél cuyo surgimiento era más reciente debido a que era el que interesaba para los fines de esta investigación por representar lo ocurrido en el período que estudiamos más que en otros precedentes. La segunda, que la información presentada en las gráficas 11, 12-A y 12-B se refiere a diagnósticos realizados a la salida del hospital o en la consulta externa, que se encontrará desfasada con respecto a la 18 debido a que los momentos que cada una capta son distintos, pero la visión de conjunto que se tiene confirmaría la hipótesis de que es en los momentos pre-recesivos y recesivos donde brotan la mayor proporción de los trastornos que llegaron al hospital en el período (es decir, alrededor de los años 68, 71 y 75).

GRAFICA 18. FECHA DE INICIO DE LOS PADECIMIENTOS -
DIAGNOSTICADOS EN LOS PACIENTES DE LA
MUESTRA.*

. Diagnósticos



* FUENTE: Expediente de la muestra.

La curva con línea continua se trazó según la información de inicio del padecimiento en la historia clínica.

La curva punteada se trazó sobre el cálculo de la llegada al hospital, restando a esa fecha el tiempo medio de latencia calculado para el año respectivo.

Después de 77 la curva no puede considerarse indicativa de nada (ya que el tiempo promedio de latencia es de 2 a 4 años).

Por lo que se refiere a las consecuencias sobre la vida futura de quienes han sufrido manifestaciones que les valieron la calificación de enfermo mental, el cuadro 19 del anexo y el 10-A previamente presentado muestran, por una parte, el estado civil en que se encontraban en la fecha más reciente en que se presentaron al hospital, lo que habla de su particular inserción en el grupo familiar; y por otra, la ocupación posterior de los pacientes comparándola con la ocupación previa, para ver cómo es que la enfermedad mental influyó sobre ésta.

En cuanto al estado civil, se encuentra una gran proporción de solteros (48 %), que considerando la edad que tenía el grupo en el último contacto con el hospital, puede interpretarse como la exclusión de la posibilidad de una organización de la vida cotidiana similar a la que tiene la mayor parte de los habitantes en esta sociedad, para quienes no son considerados capaces de responsabilizarse ni siquiera de sí mismos viéndose obligados a constituir una carga constante para su familia de origen. Los genetistas se alegran al pensar que al menos estas personas no transmitirán la deficiencia a sus descendientes, sin tener en cuenta que el peso específico de otras determinaciones es mucho mayor tanto cuantitativa como cualitativamente que el de las genéticas sobre estos procesos, además de que el estado civil es indicador de su inserción en un grupo familiar pero no impide que ejerciten su potencialidad sexual en formas irregulares (en la muestra no fue excepcional el caso de las pacientes violadas múltiples ocasiones aprovechando su desventaja para defenderse no sólo física, sino de descrédito a sus declaraciones), añadiendo a la carga que el propio "enfermo" constituye para su familia, la de uno o más hijos. La solución pragmática que suele ofrecerse es la esterilización de estas personas, que como se ve no soluciona nada de suficiente importancia.

El 36 % de casados de la muestra corresponde a aquellos que aún después de iniciado el trastorno han permanecido con su pareja, lo que no significa que su relación sea del todo saludable. Y casi el 16 % está constituido por individuos separados de su pareja, como son divorciados y viudos.

La información relativa a la expulsión del proceso de trabajo de estos pacientes se presenta en el cuadro 10-A, es en realidad impresionante por lo que respecta al número de personas que a causa de estos padecimientos quedan fuera del mercado de trabajo, lo que entre otras cosas les cierra totalmente las puertas para regresar del episodio de "enfermo mental" al de persona "normal". El número de sub o desempleados aumenta de 15 % en ocupación previa, a 43 % en ocupación posterior, a expensas de 9 % de asalariados, 4 % de pequeña burguesía, 5 % de capas medias, y 10 % de amas de casa y estudiantes que si bien no trabajaban remuneradamente, sí tenían las primeras una importante función en la reposición de la fuerza de trabajo de los miembros trabajadores del grupo familiar, y en cuanto a los segundos, si gracias a una mayor capacitación hubieran aumentado sus posibilidades de acceso al mercado de trabajo mejor pagado, con la enfermedad sufrida estas perspectivas desaparecieron. Nuevamente, es la clase obrera la más golpeada por esta situación entre la población que acude al hospital estudiado.

d). La lógica de la práctica psiquiátrica.

Ante el problema que para la población representan los procesos que analizamos, la respuesta socialmente organizada mayoritaria con que se encuentra es la práctica psiquiátrica institucional. Para algunos grupos de la población, el ac

ceso real aún para esta práctica es mínimo. Es bien conocida la contradicción existente entre presupuesto de la asistencia pública y población que debe cubrir, para comenzar.

Ciertamente los pacientes que llegaron al hospital habían ya probado previamente otras formas de enfrentar su trastorno. En el cuadro 20 se señala que antes de acudir al hospital, habían recibido atención no profesional el 43 % de los pacientes. El tipo de esta atención está poco estudiado; es frecuente que el paciente y sus familiares lo oculten al médico para evitar reprimendas o burlas; además el criterio para considerar las prácticas no profesionales puede incluir desde el manejo familiar hasta prácticas exóticas propias de otras sociedades, pasando por las mágico-religiosas. Lo más probable es que los pacientes lleguen a la institución hasta que otros recursos más al alcance de sus posibilidades han fracasado. Del 57 % de pacientes que al llegar al hospital ya habían recibido atención profesional, fueron atendidos por la seguridad social el 9 %, por la asistencia pública el 14 %, por la privada (especializada o no) el 25 %, y el 8 % restante por diversas de ellas. La relativamente alta cifra de atención privada muestra, junto con el 43 % de atención no profesional, lo insuficiente que es el recurso de la atención institucional con respecto a la demanda. Y a pesar de la alta proporción de asalariados en la muestra (cuadro 9), sólo el 9 % fue atendido por la seguridad social (*).

(*) Un hecho que llama la atención es el poco interés que demuestra el sistema de seguridad social en la recuperación de sus derechohabientes cuando su padecimiento es de tipo mental. Ni siquiera cuentan con una instalación propia para atenderlos, conformándose con la que suele brindarse a la población más desprotegida a través de la asistencia pública. Si en otros tipos de enfermedades es notable la diferencia de atención que se da a la fuerza de trabajo en empleo regular y al resto de las clases trabajadores menos importantes para el capital, en el caso de la salud-enfermedad mental no parece haber tal distinción: el interés es igualmente escaso para todos los trabajadores.

CUADRO 20. CONDUCTA SEGUIDA POR EL PACIENTE Y SU FAMILIA ANTES DE LLEGAR AL HOSPITAL.*

TIPO DE ATENCION	No.	%	% ac.
NO PROFESIONAL (1)	251	42.0	42.7
P Privada (2)	149	25.0	
R Asistencia Pública	80	13.4	
O Seguridad Social	53	8.9	
F No especificada	32	6.4	
S Alterando S.S. y A.P.	4	0.7	
O Alterando A.P. y Privada	17	2.8	
A Todas las mencionadas	3	0.5	57.3
Sin datos	8	1.3	
TOTAL	597	100.0	100.0

* FUENTE: Expedientes de la muestra.

(1) Incluye manejo familiar, curandero, etc.

(2) Sea institucional o particular, especializada o no.

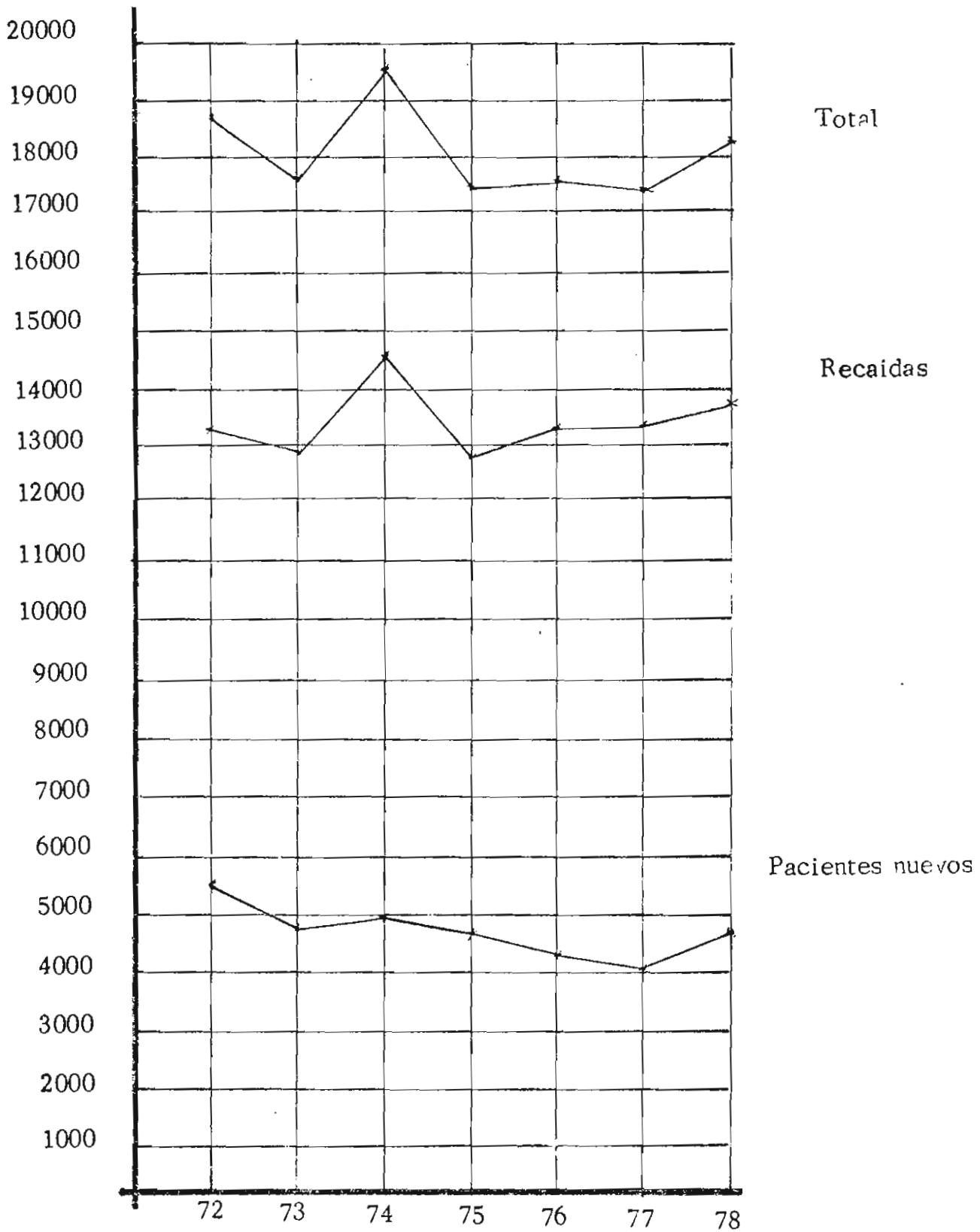
Para hacer referencia ya concretamente a lo que ocurre en la institución estudiada, veamos primeramente cuál es la dinámica entre ella y la población que busca sus servicios.

Habría dos aspectos centrales a explorar: por una parte, la población que acude en busca de servicio; por otra, la respuesta que la institución le da. Mediante los registros mensuales del hospital sólo podemos ver manifestaciones cuantitativas de este proceso, que estarían sin embargo reflejando aspectos cualitativos, cómo podría ser lo adecuado o inadecuado que desde el punto de vista de la población es el servicio, manifestado a través del abandono del control del padecimiento en consulta externa, o la fuga o salida del paciente a petición de la familia, reflejando un rechazo (y en el caso de la fuga no sólo del "loco", cuya opinión se considera descalificable, sino de la familia que lo acoge y apoya en su huída) a lo que se le ofrece como solución.

En la gráfica 21 (con datos del cuadro 21 del anexo) se muestra la fluctuación de los que podrían llamarse "nuevos" enfermos mentales al menos para el hospital (lo que debe hacer recordar el tiempo de latencia entre la acción patógena desencadenante, la manifestación "anormal" o inicio del padecimiento, y la llegada al hospital) y los que han recaído (para quienes probablemente el tiempo de latencia sea menor ya que pueden ser más susceptibles a la acción patógena una vez desencadenado su primer brote por un lado, y por otro quizá acudan a la institución más rápidamente que los nuevos enfermos o su trastorno sea tan avanzado que requiera control en hospitalización o consulta externa).

Si consideramos la demanda como una expresión aproximada de lo que ocurre en la población de la Ciudad de México cuya inserción social es similar a la de

GRAFICA 21. DEMANDA DE SERVICIO.*

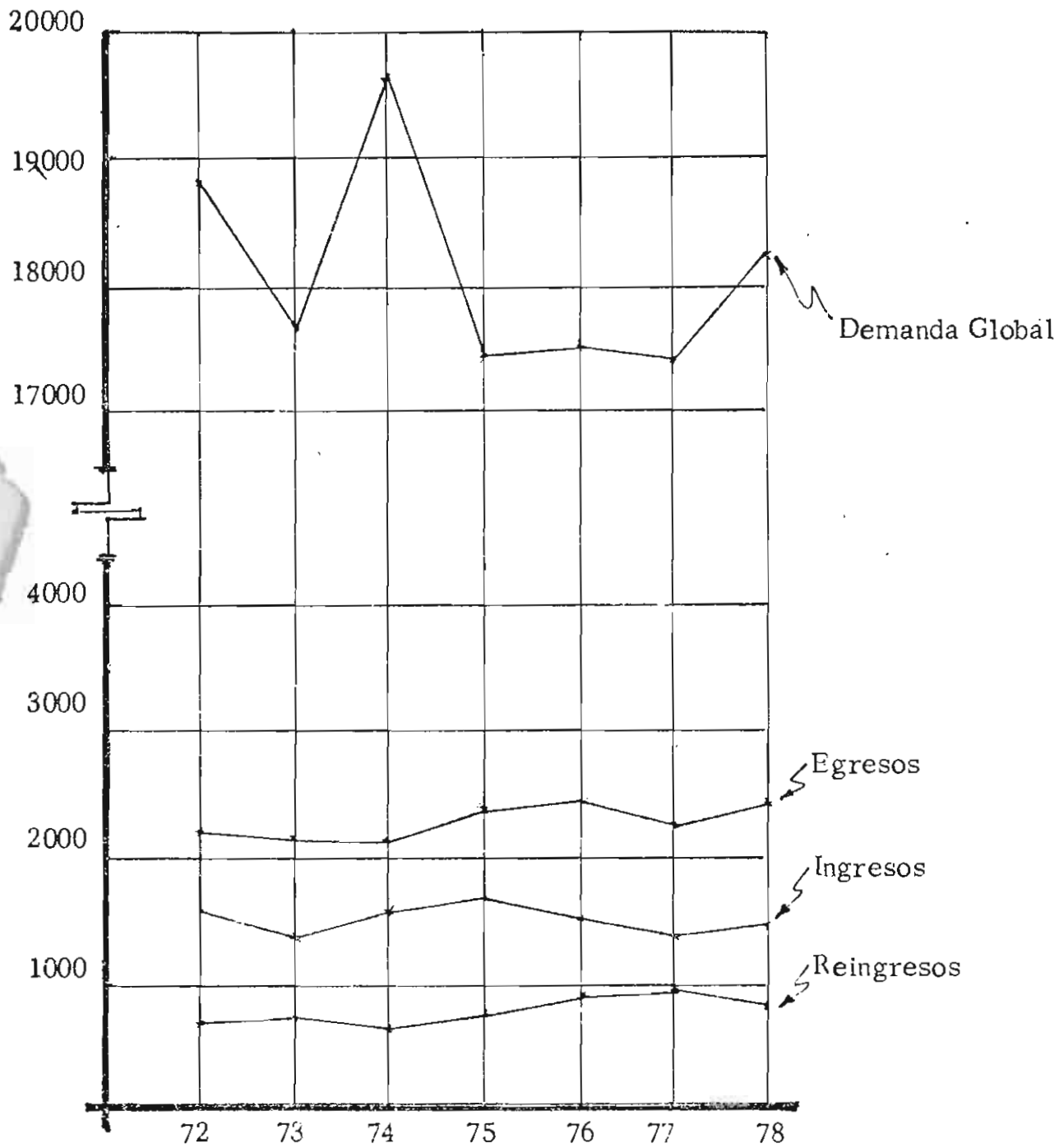


* FUENTE: Registro mensuales del hospital.

los pacientes que acudieron al hospital, la gráfica 21 (demanda de servicios) - mostraría cómo en el año de 74, previo a la recesión, la demanda se elevó es pecialmente entre los que ya habían tenido antes manifestaciones de trastornos, pero también en los pacientes nuevos; y en el año 75 disminuye la cifra con res pecto al año anterior, lo que estaría a favor de la hipótesis de que la tensión social previa a la recesión genera más ansiedad que la recesión misma. En cuanto a los posibles efectos de la recesión del 75-76, se aprecia que las recaídas aumentan mientras disminuyen los nuevos pacientes, también en apoyo de la idea de que la presión de la recesión no es fácil de resistir para quienes están en desventaja, y la enfermedad mental puede constituirse en una forma de sobre vivencia. Lo alarmante es la tendencia a la elevación de la demanda a partir de 76, que seguramente no responde ni a la mayor difusión del uso de un hospital que tiene ya 10 años de existir, ni a la ampliación de presupuesto que más bien sería de esperar se restringiera en estos años, sino tal vez a la mayor generación de enfermedad mental en la población (es decir, de locura real y de avance de la psiquiatrización de la sociedad).

En cuanto a la respuesta institucional, hay que observar principalmente lo que ocurre en el servicio de hospitalización, y comparar con lo anterior. Ello permitirá ver si, al crecer la demanda, coincide con el aumento o disminución de la posibilidad de atenderla en la institución. De todas formas, las consecuencias de los años económicamente "difíciles" sobre el presupuesto se verán un tiempo después de las recesiones. La revisión de las entradas y salidas de internados y la utilización del internamiento medio a través de índice ocupacional de camas y promedio de días estancia por paciente orientará en este aspecto. (gráfica 22 y cuadro 23 anexo) Como es posible que los egresos constituyen parte

GRAFICA 22. DINAMICA DE LA ATENCION PROPORCIONADA A LA POBLACION DEMANDANTE *



* FUENTE: Registros mensuales del hospital.

de un mecanismo regulador para ajustar la demanda y las posibilidades reales de la institución, en el cuadro 24 anexo se muestran en detalle los motivos de egreso, siendo interesante considerar que las fugas alivian en cierta forma el exceso de pacientes quizá igual que las altas médicas prematuras en épocas de gran demanda de servicio, que podrían conducir al aumento en las recaídas poco después.

Pasando al análisis de la coherencia consigo misma de la práctica psiquiátrica que estudiamos, un primer hecho que llama la atención es la gran diferencia de opiniones entre los médicos no sólo de uno y otro piso (ya que este hospital tiene la particularidad de que en cada uno de sus pisos predomina alguna de las distintas corrientes psiquiátricas occidentales sobre otras), sino aún en uno mismo. El cuadro 25 muestra que en el 36.5 % de los casos revisados, el diagnóstico hecho al paciente por cada uno de los médicos no era el mismo, habiendo desacuerdo entre unos y otros. En cada nuevo contacto, el diagnóstico va tomando más cuerpo, y ya para la tercera vez que el paciente llega al hospital el desacuerdo se reduce a un 20 % (aún demasiado para pacientes supuestamente tan estudiados). ¿Por qué es tan difícil para los especialistas ponerse de acuerdo en lo que un enfermo padece? En pocas especialidades médicas el diagnóstico tiene un componente subjetivo tan importante.

El cuadro 26 muestra en qué tipo de diagnóstico hay mayor desacuerdo. En aquellos con sustrato orgánico más o menos claro (agrupados en la categoría I), hay la mayor proporción de acuerdo en el diagnóstico. En los que tienen manifestaciones conductuales fácilmente identificables y dado que la causalidad no es tomada en consideración (como alcoholismo o adicciones), hay también más acuerdo. Pero en las categorías II, III y V, que contienen los diagnósticos limítrofes

CUADRO 25. ACUERDO EN EL DIAGNOSTICO EN LOS 3 PRIMEROS CONTACTOS DEL PACIENTE CON EL HOSPITAL. *

Acuerdo en el diagnóstico	Primer - Contacto		Segundo - Contacto		Tercer - Contacto	
		%		%		%
SI	374	63.5	95	67.9	41	74.6
NO	215	36.5	43	30.7	11	20.0
S/D	8	1.3	2	1.4	3	5.4
TOTAL	597	100.0	140	100.0	55	100.0

* FUENTE: Expedientes muestreados.

CUADRO 26. ACUERDO EN EL DIAGNOSTICO SEGUN REAGrupACION CON CRITERIO SOCIAL. *

Grupo de Padecimientos (1)	A CUERDO EN EL DIAGNOSTICO				
	SI	%	NO	%	Total
I	81	73.7	29	26.3	110
II	35	45.5	42	54.5	77
III	82	55.0	67	45.0	149
IV	164	70.4	69	29.6	233
V	7	53.8	6	46.2	13
Otros	5	71.4	2	28.6	7
TOTAL	374	63.5	215	36.5	589

* FUENTE: Expedientes de la muestra.

(1) Según la clasificación con criterio social (cuadro 19).

entre lo biológico, lo psicológico y lo social, la confusión es mucho mayor.

En varias de las historias analizadas, fue posible observar cómo algunos elementos relatados por el paciente o sus familiares iban siendo resaltados u omitidos por cada médico tratante, conforme a su particular forma de conceptualizar la salud-enfermedad mental y su determinación causal, resultando al final sobre todo de las historias más largas (pacientes con varios ingresos al hospital) que las variaciones en las versiones inicial y final de los hechos anotados hacían prácticamente incompatible una con otra, y ocultaban situaciones posiblemente relevantes para la comprensión cabal del proceso. La opinión de los psiquiatras en las notas de evolución es fácilmente perceptible, no sólo en cuanto a la forma de conceptualizar y clasificar los grupos de síntomas que se les relatan, sino en cuanto a su juicio valorativo al respecto y también a la relación personal de simpatía o antipatía por cada paciente.

En contraste, el componente básicamente médico del tratamiento apenas existe. En prácticamente todos los casos revisados que presentaron algún problema de salud somática, el manejo que se les dió puede calificarse de deficiente desde el punto de vista estrictamente técnico médico. Esto conduce a sostener la hipótesis de que el Hospital Psiquiátrico en nuestra sociedad no es fundamentalmente un hospital en el mismo sentido que para la salud-enfermedad somática tienen dichas instituciones. Tres de los pacientes de la muestra murieron en su estancia en el hospital; y en varios casos que por suerte no resultaron fatales, el origen del mal manejo médico se debió a la descalificación de todo lo que el "loco" declara, que es considerado en principio como delirio, y si ulteriormente es comprobado por datos objetivos, es hasta entonces que podrá aceptarse como real. Por supuesto, manifestaciones tan subjetivas como el do

lor pueden pasar siempre ignoradas por el "médico" psiquiatra. Parecería que el loco que tiene la mala fortuna de enfermar en un hospital psiquiátrico, está en un lugar bastante inadecuado para recibir ayuda médica contra su mal.

Obviamente, como se veía, la población demandante no se encuentra satisfecha con esta respuesta tan deficiente para su problema. Podrían criticarla o no, podrían resignarse a ella o no, según su nivel de conciencia de clase. Pero lo que sí hacen es manifestar su rechazo en forma individual a través de su conducta. El 77 % de los pacientes muestreados no tuvieron más de un contacto con la institución, una vez fue más que suficiente para ellos (cuadro 27 en el anexo). Continuaban su control en la institución el 11 %, y se ignoraba qué pasaba con el 79 % de los egresados (cuadro 28 en el anexo), lo que habla entre otras cosas, de la imposibilidad de la institución para atender satisfactoriamente a sus pacientes, ya que comunmente no se dan de alta por curación, sino en todo caso por remisión o mejoría.

En cuanto a los motivos de egreso, las fugas del hospital son operativamente más difíciles de llevar a cabo que el simple abandono de la consulta externa, pero seguramente el significado es similar en ambos casos: "yo no estoy loco y por tanto no requiero ni merezco lo que me quieren hacer". En la muestra, los pacientes manifestaron este tipo de conducta en el 49 % de los casos (cuadro 29 - en el anexo). Esperaron hasta el alta médica el 33.5 %, y del resto el 5 % fue trasladado a otra institución, generalmente un hospital campestre, lo que equivale a clasificarlos como "irrecuperables" o crónicos; el 0.3 % murió dentro del hospital.

En la interpretación del significado de los datos encontrados, hay que hacer

el análisis concreto de la realidad particular que se estudia, para no hacer imputaciones de cosas que se dan en un lugar pero no en otro. En la institución estudiada, se da un juego de demandas y respuestas que logra percibirse en las notas de los expedientes.

Podría describirse la situación de estas personas, en forma general, como sigue: Los grupos familiares se encuentran de pronto ante una situación desconcertante: un miembro de la familia se comporta extraño. Pueden atribuirlo a un embrujo (lo que pocas veces confiesan al psiquiatra, o dejan que sea el "loco" el que lo diga), a un golpe, a un "coraje", etc. Y siguen determinados pasos, para finalmente llegar al hospital porque los envía un médico o algún conocido o familiar les habla de que existe el lugar. En caso de tener derecho a la seguridad social, llegan igualmente a este hospital a través de su centro de salud correspondiente. Llegan, pues, con su "loco", y éste es o no internado a juicio del médico (que de alguna forma refleja la política institucional del momento). Si no es ingresado, se le dará un tratamiento farmacológico con el que quizá mejoren sus manifestaciones (o en todo caso se estará tranquilo por el efecto parkinsonizante del mismo), y se va con la advertencia de que si deja de tomarlo volverá a trastornarse; se ha conquistado un cautivo para el mercado de medicamentos, cuando menos. De todas formas, lo común es que el paciente en cuanto está mejor deje de tomar el fármaco tanto porque no dispone de dinero para comprarlo como por las molestias que le produce y en no pocos casos por la desconfianza que siente de tomar algo quien ha estado teniendo vivencias psicóticas y siente que vive situaciones fuera de su control tal vez ocasionadas por mano de otros. En general los familiares aprenden a automedicar a su enfermo, y sólo volverán a consultar cuando no puedan ya manejar las

cosas.

En el caso del internamiento, lo común es que se quede el paciente encerrado sin visitas por espacio de 15 días por lo menos. Aparte de sus propias condiciones ya de por sí atemorizantes, el recién internado llega a un sitio lleno de "locos" (nadie piensa que él mismo es un loco), gente desconocida que actúa raro y que se está acostumbrado a considerar peligrosa. En esas primeras - dos semanas pueden pasarle muchas cosas desagradables (para eso sus familiares han tenido que firmar una carta en que se autoriza "plenamente" a la institución para hacer de él lo que considere "conveniente"), desde ser agredido por otro paciente hasta ser agredido con electroshocks por el médico. Por lo común, se somete, se "adapta" al piso y "coopera". O bien se aísla totalmente. Luego, lo visitarán sus conocidos. Todas las cosas inaplazables que tenía "allá afuera" habrán sido superadas, él ha sido arrancado del mundo. Igual si es una madre que acababa de perder a su bebé en el episodio psicótico como si es un hombre que perdió el empleo recién adquirido después de que en el último año murió algún hijo, como si es una oligofrénica acatada de golpear y violar por una pandilla, o un albañil que iba de regreso a su casa y nunca llegó, o una vendedora callejera de fruta que dejó solos en casa a sus niños mientras salía a trabajar (ninguno de los casos citados es ficticio). Nada hay ya urgente, la desesperación del primer día de encierro se ha terminado.

Para entonces, puede ocurrir que el familiar tenga su propia idea de lo que ocurre y se enfrente al "Doctor", llevándose a su paciente, o que sea "razonable" y apoye al médico para aliviar a su enfermo. En este segundo caso, el paciente se sentirá resentido con su familiar, y ocasionalmente decidirá por sí mismo fugarse.

Pero la mayor proporción de las veces "la fiesta se lleva en paz", y cuando el médico así lo decide el paciente es dado de alta mejorado, no hay garantía - de curación. El que una vez ha sido "loco", difícilmente se quitará ese sello - de su persona. En todo caso, será la forma particular en que él estalle cuando no resista más la presión. En cuanto al médico, hizo "lo más que fue posible"; el paciente puede volver afuera sin dar demasiados problemas.

Lo que se está poniendo de manifiesto parece ser lo siguiente: se presenta en la población un problema; el Estado le ofrece una respuesta; la respuesta es tomada por aquél que lo necesita, y abandonada cuanto antes. Puede o no haber conciencia de lo inadecuado de ella, pero el hecho es que se abandona. Sólo se toma para emergencias, cuando no hay nada mejor al alcance. Y no se critica muy abiertamente, porque no se permite la idea de que pueda haber algo mejor. Se le dice a este grupo de la población: "Necesitas atención para tu enfermo - mental, bueno. Hay ésta, lo más avanzado que te podemos dar. La tomas o la dejas, que hay muchos esperando". La población la toma y la deja lo más pronto que puede. El Estado ha dado respuesta a una necesidad social. Sólo que - una respuesta muy poco satisfactoria para los usuarios. Porque la respuesta no se encamina a resolver su problema, sino a ocultarlo.

En el caso de la fuga de los internados, que probablemente en forma menos clara vale también para quienes abandonan el control de la consulta externa, podrían hacerse las siguientes consideraciones.

A través de las impresiones recogidas de la lectura de los expedientes, las normas de admisión y egreso y la organización misma de la institución hacen - pensar en la presencia de una gran cantidad de "huecos" a través de los cuales

el paciente puede huir prácticamente en cuanto así lo decida. Es interesante esta particularidad, ya que algunas formas de impugnación a la psiquiatría hablan de un sitio de encierro inexpugnable, que al menos en este caso parece no ser. Obviamente el paciente es sometido a disciplinas y "tratamientos" represivos; sin embargo, sin ser en ninguna forma un hospital abierto, la posibilidad de evadirse parece ser muy grande.

Es quizá aventurado, pero tal vez no del todo falso, pensar que la fuga de los pacientes es un mecanismo que permite regular la sobresaturación de la institución, especialmente en momentos económicamente difíciles. Aquí coincidiría la escasez de presupuesto para este tipo de hospital con el aumento en la miseria de los grupos de la población situados en la parte más baja de la clase trabajadora, de manera que se entablaría una lucha de los familiares por internar a su "loco" (especialmente si no puede trabajar o está en desventaja en el mercado de trabajo por sus condiciones) y de la institución por no hacerlo o hacerlo el menor tiempo posible. A favor de esta idea estarían algunos de los datos previamente presentados.

Ya mirando de cerca las condiciones de la fuga, es posible percibir situaciones como la forma en que el personal encargado del cuidado de los pacientes vive el fenómeno. En la estructura jerárquica del personal, quien trata directa mente con los pacientes son trabajadores con remuneración escasa, que frecuente mente vienen a hacer su segundo o tercer turno de trabajo, y que no por estar en contacto con los internados se sustraen a la idea de que son peligrosos. Probablemente, con razón, valoren que su propia seguridad vale más que el sueldo que perciben y por tanto no se enfrentarán con un paciente agresivo que se les escapa. En la mayoría de las ocasiones es más simple aún: habiendo tal canti

dad de pacientes, alguno puede irse disimuladamente por algún resquicio no vigilado cuando sale del piso al que ha sido asignado. Es hasta trágicamente cómico que personas etiquetadas formalmente como deficientes intelectualmente sean capaces de encontrar la manera de fugarse pasando por la cocina o por el jardín. Da la impresión, quizá expresándola un poco exageradamente, de que no se fuga el que no quiere o el que se encuentra tan inmerso en su psicosis que no se interesa en esas futilidades de la realidad.

La población atendida por el hospital que analizamos no se encuentra en condiciones ni culturales, ni económicas, ni en una palabra sociales, para reclamar a la institución por su conducta irresponsable al permitir que una persona que, según la "sociedad", no puede valerse por sí misma e incluso se le ha definido como peligrosa, salga de ahí. Más bien se observa la situación inversa: el personal médico culpa, en forma incongruente con lo que plantean sus esquemas de saber, al propio "loco" por haberse fugado y a la familia si no lo devuelve. cuando lo menos que se demuestra con la fuga es que la institución no está cuidando convenientemente al "enfermo" que se le confió.

Para finalizar estas observaciones, hay que aclarar que con ellas no se está reclamando un sistema más cerrado para la institución, ya que las deficiencias señaladas ciertamente libran a muchos pacientes de los enormes perjuicios que estos tratamientos les ocasionan. Señalamos tan solo la incongruencia flagrante entre planteamientos de la psiquiatría oficial y práctica de la misma. Sin embar

go, la propuesta alternativa iría totalmente en el sentido de una práctica superadora de la existente, encaminada no al encubrimiento y la represión, sino a la solución de fondo de un problema que tiene una existencia real, objetiva, que debe como primer paso ser estudiada y analizada a través de un método que permita su conocimiento científico, para poder trabajar luego con su polo complementario: la transformación.

5. ESTUDIO DE CASOS. (*)

a) Del campo a la ciudad.

La familia vive en un jacalito cerca de su milpa, en el Estado de Guanajuato. El padre trabaja en la tierra de los parientes de la madre, ella atiende la elaboración de alimento, cuidado de los pequeños, y otras labores de este tipo. Los niños acostumbran ayudar haciendo pequeños trabajos como llevar la comida a los que están en la milpa, cuidar los animales cuando los tienen (aves y a veces cerdos), desgranar el maíz, etc. Hay en medio de la pequeña población una escuelita con una sola maestra, que enseña a los escasos niños que acuden ocasionalmente a leer y escribir, aunque pocos aprenden y los que lo hacen, luego lo van olvidando: "allá casi no se usa eso de leer y escribir", me dicen.

Cuando los padres se juntaron, hace unos 30 años, él ya no tenía tierra, y como la familia de ella tenía una parcela, ahí le daban una porción para que la trabajara y pudiera sostener a su nueva familia. Por eso ahora la tierra en que trabajan los hombres (Chucho, el padre y dos hermanos más) pertenece a sus tíos; no hay posibilidad para ninguna de ellos de poder seguir sosteniéndose de esa misma parcela en el futuro.

La hija mayor, Francisca, se casó en 1968 y se fue con su marido a México, en donde él empezó a trabajar como albañil, y después tuvo que buscarse

(*) Todos los nombres de los pacientes y sus familiares cuyos casos se presentan son ficticios, y los lugares de residencia, nacimiento y trabajo se han cambiado procurando sólo conservar cierta equivalencia en cuanto a localización geográfica de los espacios y significación de los lugares de trabajo en la estructura social.

otro trabajo porque se lastimó la espalda y no podía ya cargar mucho peso. En tró a una pequeña fábrica de colchones, y desde entonces trabaja ahí, sin presta- ciones y ganando menos del salario mínimo, pero no se va a otro empleo por - que por su problema de la espalda teme ser rechazado o empeorar si se le obli- ga a hacer excesivo esfuerzo. Viven en las afueras de la Ciudad, en la entra - da de la carretera que viene de su tierra.

Otro hijo se fue también del pueblo con su mujer y niños, a vivir cerca de donde la mayor se estableció. Obtuvo un puesto como obrero, en condiciones - algo mejores que su cuñado, y con eso se sostienen.

Y la tercera hija se fue poco después a vivir con Francisco, que ya se había establecido en la Ciudad. De los hermanos mayores, sólo quedaron en Guana - juato Chucho y Carlos. El pequeño terreno que les correspondía no bastaba pa - ra sostener a todos, así que Chucho decidió irse a México también y Carlos se quedó a ayudar al padre ya viejo a sostener a los 6 hermanos menores sobrevi - vientes (habían muerto cuatro antes de cumplir un año de edad).

El marido de Francisca ofreció hablar con su patrón para buscar colocación a Chucho, y éste le dijo que si el muchacho era trabajador, le daría empleo. Se acordó que Chucho viviría en casa de Francisca.

Se recluta un obrero.

Un campesino de 22 años llegó, como muchos otros, a México en 1976, a la casa de su "carnada" (hermana). Su cuñado lo llevó a la fábrica de colcho - nes en que trabajaba, y por primera vez vendió su fuerza de trabajo por un sa -

lario. "Metía el alambre a la máquina para que lo cortara para luego hacer el resorte... si no saca uno rápido la mano, se la lleva...".

Salían de la casa a las 6 a.m., y llegaban a la fábrica a las 7 ó 7:30. Llevaban su almuerzo, preparado por Francisca, y lo tomaban en un ratito ahí en el taller. Volvían a casa como a las 8 ú 8:30 p.m. El salario se paga se manalmente, según los días que se trabajó; como promedio, sacaban de \$700 a \$800 a la semana.

En la casa de Francisca vivían ella, el marido, cinco hijos de 9 años a 11 meses, la hermana que se vino a vivir con ella, y Chucho. El aporte económico básico lo hace el marido, pero coopera la hermana, que trabaja a destajo planchando ropa en un taller de costura; su ingreso depende de las piezas que planche, y comunmente no es más de \$600 a la semana. Mientras Chucho vivió con ellos daba también parte de su salario. La alimentación de la familia es a base de tortilla, chile y frijol.

A fines de 77 Francisca enfermó de coleditiasis; le propusieron operarla, pero sus padres prefirieron que se fuera a tratar allá cerca de ellos, en su tierra. Entonces ella, el marido, la hermana y los niños se fueron a Guanajuato. Chucho se cambió a vivir a la casa de su otro hermano, cerca de ahí.

Recuerdan los familiares que a partir de entonces, el muchacho empezó a beber más que antes. Ya desde los 18, en el campo, tomaba pulque los fines de semana. Y al llegar a trabajar a la Ciudad mantuvo esa costumbre, pero nunca faltó por este motivo al taller. Cuando Francisca volvió de su estancia en el campo unos meses después, sin embargo, casi todo lo que Chucho ganaba lo gastaba en bebida. Las dos hermanas lo reprendían, le recordaban que an -

tes era distinto, pero él decía "ya ni modo, ya me llevó la...". No obstante, continuaba acudiendo diariamente al trabajo, y se embriagaba sobre todo los fi nes de semana.

En 1978 el patrón cambió a Chucho de la máquina cortadora a soldador. El se sentía muy incómodo con la máscara protectora, así que no la usaba. Unos meses después empezó a sentir dolor en los ojos, y les dijo a sus parientes - que tal vez sería mejor dejar ese trabajo. El cuñado, con quien tenía relacio - nes bastante buenas, le dijo que él mismo lo decidiera. Y finalmente, un día que un "ingeniero" le propuso contratarlo por \$1 100 semanales, sin pensarlo se fue con él.

El último año no vivió ya con la hermana; sólo iba de visita cada 8 ó 15 - días. Decía que estaba con el ingeniero trabajando en una fábrica de tornillos, y que ahí mismo les daba dónde dormir. Francisca lo veía desmejorado, se no taba que bebía mucho y comía mal. Pero no quiso volver a su casa, decía que un primo le iba a ayudar a construir una casita y que se iba a buscar ya mujer.

Un ingreso en el hospital.

Conocí a Chucho y su familia en la entrada del hospital. Formaban un gru po de aspecto peculiar, tres mujeres campesinas rodeando a un joven desaliña - do, sucio y descalzo, una de ellas cargando a un bebé que lloraba. Llegaron - en un auto de alquiler a una zona desconocida de la Ciudad, contestaron las pre guntas de la recepcionista y se sentaron luego a esperar la consulta; el muchacho se veía desesperado, se quería desvestir, se acostaba sobre el regazo de su ma dre, y miraba recelosamente a todos los presentes. Las mujeres lo calmaban,

y lloraban un poco a ratos enjugándose las lágrimas con sus rebozos.

Al fin pasó con el médico. Resulta que hace una semana, el domingo, llegó a casa de su hermana y le dijo que iba a tomar una medicina para curarse de la "tomadera". El medicamento era etabus; pero luego de tomarlo empezó a beber refresco y le añadía una parte de alcohol (puro). En la noche empezó a oír voces y no pudo dormir. El lunes lo llevaron con un médico que le prescribió ansiolíticos y vitamínicos, pero no mejoró; el martes las molestias aumentaban, sentía que no tenía cabeza ni pies; volvieron a ver al médico y éste los envió al hospital. La madre llegó a México el lunes, avisada del problema de su hijo, y había pasado sumamente angustiada las últimas horas; durante la consulta se mantuvo silenciosa, a ratos llorando, y quien proporcionó casi toda la información, con cierta dificultad para hacerse entender por el médico, fue Francisca.

Chucho se quedó internado esa tarde. A la mañana siguiente estaba en una cama, le habían quitado su ropa y estaba cubierto hasta la cabeza con una cobija; según informe de las enfermeras no había hablado con nadie desde que llegó. Cuando lo llamé fingió dormir, pero al explicarle dónde se encontraba, quien era yo, que conocía a su familia y quería saber cómo se sentía, se sentó y me miró algo confundido, sudoroso y temblando.

- ¿Estás asustado, Chucho?
- Por qué 'bía d'estar asustado.
- Porque estás en un lugar que no conoces.
- ¿Qué me pasó? Me siento re'mal. No sé qué habré 'cho yo pa' que me traigan acá.

Empezamos a conversar, me dijo que necesitaba alguna ropa, que se había puesto malo por algo que le habían dado, y que casi no recordaba nada. Parecía no comprender por qué lo habían encerrado, si decían que estaba enfermo. Entonces lo llamó el médico jefe de la sección para entrevistarlo.

Entró al consultorio cubierto con la sábana, algo cohibido ante el médico. Intentaba contestar a sus preguntas, repetía lo que el médico decía para cerciorarse de haber comprendido bien, y luego respondía conforme a sus conocimientos y su forma de expresarse. El médico no se mostraba muy satisfecho con las respuestas, y el paciente se confundía cada vez más.

El diagnóstico de ingreso dice: "Descartar daño cerebral con psicosis, alcoholismo crónico". El médico jefe opina que sin duda se trata de una psicosis tóxica producida en un paciente que muy probablemente tiene un daño cerebral, ocasionada por la ingestión de alcohol y antabuse. Considera que es un deficiente mental incapaz de adaptarse al medio, ya que ni siquiera pudo estar a la altura de las exigencias de un ambiente tan simple como el rural, puesto que no iba a la escuela y en las pocas ocasiones en que asistió no aprendió nada. (Cuando se le preguntó a Chucho por qué no acudía a la escuela, contestó: "pos si lo mandaban a uno a todas partes, cómo le iba a hacer"). En la Ciudad aún ha tenido menos oportunidad para adaptarse, no conoce nada y tal parece que no ha vivido en ella por 3 años. Su pésimo equipo biológico responde al stress con una desorganización cerebral como la que presenta ahora, y una reacción tan severa ante la combinación de antabuse con alcohol sólo se explica si se piensa en un daño cerebral previo. Por otra parte, la familia es de un estrato socioeconómico tan bajo, que ciertamente no lograrán comprender el problema del paciente,

así que todo lo que el médico haga por él, si es que antes no se fuga, será de todas maneras de poca utilidad. En cuanto a las diferencias sociales y culturales entre él y el paciente, es algo de escasa importancia: de todos modos es obvio que el paciente tiene una deficiencia mental.

Al salir de la entrevista con el médico, Chucho se fue a una de las camas del fondo, se cubrió la cara con una sábana, y cuando me fui a despedir de él ocultó rápidamente la cara, se secó las lágrimas y dijo "no sé qué habré hecho yo para que me traigan acá".

b) La mujer obrera.

Lupe es una joven de 25 años, que ha vivido siempre en el D. F., en la colonia Guerrero. Su padre es vendedor ambulante de sartenes, lámparas y otros enseres. La madre ayuda a completar el ingreso económico vendiendo diversos artículos a domicilio, tejiendo y cosiendo. Son 4 hermanos: Pedro, el mayor, actualmente casado, que trabaja como obrero en un taller de espejos. José, el segundo, que trabaja en una imprenta y vive aún con los padres. Lupe, obrera en una fábrica de lámparas. Y Rosa, la menor, casada con un obrero. Aparte de Lupe, José y los padres, viven en el pequeño apartamento la abuela materna y la pequeña hija de Lupe de un año y medio de edad.

Cuenta la madre que cuando se casó, su esposo trabajaba como obrero en una fábrica de lámparas, al igual que varios de sus hermanos. Cuando sus hijos nacieron, ella fue atendida en el I.M.S.S. y no recuerda que haya habido nada anormal al nacer Lupe. Pero el esposo bebía más mientras más crecía -

I. INTRODUCCION.

- (1) Hollingshead, A., Redlich, F. Social Class and Mental Illness, A community study. John Wiley & Sons, New York, 1958.
- (2) Brenner, M.H. Mental Illness and the Economy, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, 1973.
- (3) Brenner, M. H. Estimating the social costs of national economic policy. Implications for mental and physical health, and criminal aggression. The Johns Hopkins University, Oct. 1976.
- (4) Cassel, J. Psychosocial processes and "stress"; Theoretical formulation. International Journal of Health Services, Vol. 4, 3:471-481, 1974.
- (5) Langner, T., y Michael, S. Life Stress and mental health: the midtown Manhattan study. Free Press, New York, 1963.
- (6) Jiménez Olivares, E. Trabajo comentado en la revista Médico Moderno, Vol. 14, 8: 83-94, México, abril 1976.
- (7) Faris R.E.L., y Dunhan H.W. Mental disorders in urban areas, Chicago, - 1939.
- (8) Devereux G. Reality and dream: the psychopathology of a plains Indian, New - York, 1951.
- (9) Dollard, Miller, Doob, Mowrer y Sears. Frustration and aggression. New - Haven, 1961.
- (10) Laurell, A.C. Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social. Mimeógrafo. Maestría en Medicina Social, UAM., México, 1976.
- (11) Breilh, J. Economía, medicina y política. Edición provisional, Universidad - de Quito, Ecuador, 1979.
- (12) Laurell A., C.op.cit.
- (13) Laurell A., C.op.cit.
- (14) Arrighi, G. Una nueva crisis general capitalista. Cuadernos políticos, No. 8, abril-junio 1976. Ed. Era, México, 1976.
- (15) En forma similar a como se plantea para la salud-enfermedad en general. Laurell, C.op.cit.
- (16) Castel, R. y otros. Para una crítica de la institución psiquiátrica. Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial. Barral Ed. Barcelona, 1975. págs. 133-135.

(17) *ibíd*

(18) Basaglia, F. y otros. . Los crímenes de la paz, Ed. Siglo XXI. México, 1977.
Pág. 20

II. MARCO TEORICO.

- (1) Breilh, J. Economía, medicina y política. Edición provisional, Universidad - de Quito, Ecuador, 1979.
- (2) Engels, F. La situación de la clase obrera en Inglaterra. Ed. Esencias, Buenos Aires, 1974. Marx, K. El Capital, Tomo I. Ed. Siglo XXI, México, 1977.
- (3) Laurell, A.C. Algunos problemas teóricos y conceptuales... op. cit.
- (4) Breilh, J. op. cit.
- (5) Cecil-Loeb. Tratado de Medicina Interna. Ed. Interamericana, México, 1972. Págs. 634 a 646.
- (6) Mc Mahon y Pugh. Principios y Métodos de Epidemiología. Ed. Prensa Médica Mexicana. México, 1978.
- (7) San Martín, H. Salud y Enfermedad. Ed. Prensa Médica Mexicana, México, - 1977.
- (8) De la Fuente, R. La perspectiva del hombre desde el punto de vista de la teoría general de los sistemas. Trabajo presentado en el Simposio "Filosofía del conocimiento". Asociación Médica de Jalisco y Colegio Médico, A. C. Guadajajara, Jal., julio de 1977.
- (9) Bunge, M. Causalidad. El principio de causalidad en la ciencia moderna. Ed. Universitaria de Buenos Aires, 1965.
- (10) Breilh, J. Op. cit.
- (11) Laurell, A. C. Algunos problemas... Op. cit.
- (12) Bunge, M. Op. cit.
- (13) Ibíd
- (14) Vasco Uribe, A. Enfermedad y sociedad. Ed. Hombre nuevo, Medellín, 1979.
- (15) Conti, L. Estructura Social y Medicina, en Medicina y Sociedad, Ed. Fontanela, Barcelona, 1971.
- (16) Marx, K. Contribución a la crítica de la economía política. Ed. Librería Allende, México, 1978.
- (17) Laurell, A. C. Proceso de trabajo y salud. Cuadernos Políticos 17, Ed. Era, Mexico, 1978. Pág. 60
- (18) Laurell, A. C. Prólogo a Breilh, J. Op. cit.
- (19) Breilh, J. Op. cit., cáp. V.

- (20) Bunge, M. Op. cit.
- (21) Ibíd
- (22) Lowy, M. Objetividad y punto de vista de clase en las ciencias sociales, en - Lowy y otros. Sobre el método marxista. Ed. Grijalbo, México, 1976, págs. 9 a 44.
- (23) Ibíd
- (24) Ibíd
- (25) Breilh, J. Op. cit.
- (26) Bunge, M. Op. cit.
- (27) Breilh, J. Op. cit.
- (28) Lenin, V. I. Una gran iniciativa, en Obras escogidas, tomo 3. Ed. Progreso, Moscú, 1961, págs. 217 a 239.
- (29) Marx, K. El Capital. Op. cit. Tomo I. Cap. V.
- (30) Marx, C. Ibíd.
- (31) Leal, G. Seminario de Economía Política. Maestría en Medicina Social, UAM-X México, 1978-79.
- (32) Laurell, A. C. Proceso de trabajo y salud. Op. cit.
- (33) Marx, K. El Capital, Tomo I, Cap. V.
- (34) Leal, G. Seminario de Economía Política, Maestría en Medicina Social UAM-X, 1978-79.
- (35) Marx, K. El Capital, Tomo I, Cap. IV.
- (36) Laurell, A. C. Taller de epidemiología. Maestría en Medicina Social, UAM-X, 1979.
- (37) Terrail, J. P. Producción de necesidades y necesidades de la producción, en - Necesidades y consumo en la sociedad capitalista actual. Terrail y otros. Ed. Grijalbo, México, 1977, págs. 13 a 34.
- (38) Leal, G. Seminario de ...
- (39) Preteceille, E. Necesidades sociales y socialización del consumo, en Necesidades y consumo en la sociedad capitalista actual. Terrail y otros. Ed. Grijalbo, México, 1977. pág. 36.
- (40) Ibíd, pág. 59

- (41) Ibíd
- (42) Ibíd, pág. 37
- (43) Ibíd
- (44) Preteceille, E. Op. cit. Godard, F. Los intereses contra las necesidades. - La doble necesidad, en Necesidades y consumo en la sociedad capitalista actual. Terrail y otros. Ed. Grijalbo, México, 1977.
- (45) Preteceille, E. Op. cit. Pág. 46 y 47.
- (46) Ibíd, pág. 50
- (47) Ibíd
- (48) Breilh, J. Op. cit. Pág. 217
- (49) Laurell, A. C. La salud-enfermedad como proceso social. Op. cit.
- (50) Preteceille, E. Op. cit. pág. 64
- (51) Laurell, C. Proceso de trabajo y salud. Op. cit.
- (52) Toranzo, C. Notas sobre la teoría de la marginalidad social. Conferencia -- dictada en la Fac. de Economía, UNAM, 1976.
- (53) Marx, K. El Capital, Tomo I, Vol. 3, Cap. XXIII.
- (54) Braverman, H. Trabajo y capital monopolista. Ed. Nuestro Tiempo, México, 1975.
- (55) Quijano, A. Redefinición de la dependencia y proceso de marginalización en - América Latina, ABIIS, DT-2 Nun, J. Superpoblación relativa, ejército industrial de reserva y masa marginal, ABIIS, DT-3.
- (56) Cueva, A. La concepción marxista de las clases sociales. Mimeografiado, - UAM-X, México.
- (57) Toranzo, C. Op. cit.
- (58) Ibíd
- (59) Foucault, M. Historia de la locura en la época clásica. Ed. Fondo de cultura económica. México, 1976.
- (60) La Biblia, Nuevo Testamento. Marcos 1, 21. Jesús predica en la sinagoga - y cura a un poseso. Ed. Herder, Barcelona, 1964.
- (61) Somolinos, G. Historia de la psiquiatría en México. Ed. Sep Setentas, México, 1976.

- (62) Foucault, M. Op. cit.
- (63) Ibíd
- (64) Noyes, Kolb. *Psiquiatría clínica moderna*, Ed. Prensa Médica Mexicana, -- México, 1971. Pág. 1.
- (65) Ibíd, p. 13
- (66) Foucault, M. *La casa de la locura, en los crímenes de la paz. Basaglia y -- otros*. Ed. Siglo XXI, México, 1977.
- (67) Baran, P. citado por Guinesberg, E. *Sociedad, salud y enfermedad mental*. - Escuela de Filosofía y Letras, UAP. Puebla, México, 1976. Pág. 154.
- (68) Foucault, M. *La casa de la locura*, Op. cit.
- (69) Bourdieu, P. *El oficio de sociólogo*. Ed. Siglo XXI, México, 1975.
- (70) Marx, K. *Prólogo a Contribución a la crítica de la economía política*. Ed. -- Librerías Allende S.A. México, Pág. 270.
- (71) Braunstein, N. *Clasificar en Psiquiatría*. Documento mecanográfico.
- (72) Ibíd
- (73) Ibíd
- (74) Foucault, M. *Las palabras y las cosas*. Ed. Siglo XXI, México 1977.
- (75) Borges, J. L. *El Aleph*. Ed. Emecé, Argentina, 1972.
- (76) Braunstein, Op. cit.
- (77) Laurell, A. C. *Prólogo a Breih, J.* Op. cit.
- (78) Friedman y Kaplan.
- (79) De la Fuente, R. *Viejos y nuevos caminos en Psiquiatría*. Documento meca--nográfico.
- (80) Braunstein, N. Op. cit.
- (81) Straber, citado por Braunstein, Op. cit.
- (82) Laurell, A. C. *Notas para un marco...* Op. cit.
- (83) Rodríguez, C. *Estado mexicano e instituciones psiquiátricas*. Tesis de Maes--tría. Fac. de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, 1978.
- (84) Rodríguez, C. Op. cit.

- (85) Guinsberg, E. Op. cit. pág. 14
- (86) Paulin, L. Orthomelecular Psychiatry
- (87) Rodríguez, C. Op. cit.
- (88) Ibíd
- (89) Ibíd
- (90) Ibíd
- (91) Noyes, Op. cit.
- (92) Ibíd, pág. 153
- (93) Becker, P. E. y col. Genética Humana. Enfermedades psiquiátricas. Tomo V/2 Ed. Toray, S.A. Barcelona, España, 1969.
- (94) Noyes. Op. cit. pág. 1
- (95) Ibíd. Pág. 93
- (96) Ibíd. Pág.135
- (97) Ibíd. Pág. 140
- (98) Ibíd. Pág. 143
- (99) Bastide, R. Sociología de las enfermedades mentales. Ed. Siglo XXI, México, 1978 .
- (100) Ibíd, Pág. 3
- (101) Ibíd.
- (102) Ibíd, pág. 5-6
- (103) Ibíd, pág. 9
- (104) Ibíd, pág. 10
- (105) Ibíd, pág. 14
- (106) Ibíd, pág. 15
- (107) Ibíd.
- (108) Laurell, A. C. y cols. Enfermedad y desarrollo: análisis sociológico de la -- morbilidad en dos pueblos mexicanos. Revista mexicana de ciencias políticas y sociales No. 84. UNAM, 1976.

- (109) Rodríguez, C. Op. cit.
- (110) Espinosa, J. El nacimiento de los manicomios, en *Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial*. Ed. Barral, Barcelona, 1975.
- (111) Rodríguez, C. Op. cit.
- (112) Firedman y Kaplan, Op. cit.
- (113) Mandolini, R. De Freud a Fromm. *Historia general del psicoanálisis*. Ed. - Ciordia. Buenos Aires, 1969.
- (114) Ibíd
- (115) Ibíd
- (116) Ibíd
- (117) Ibíd
- (118) Ibíd
- (119) Fromm, E. *El miedo a la libertad*. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- (120) Fromm, E. *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea*. Ed. Fondo de cultura económica. México, 1971.
- (121) Horney, K. *El autoanálisis*. Ed. Psique. Buenos Aires.
- (122) Rodríguez, C. y Lloret, A. *Estado e instituciones psiquiátricas mexicanas -- 1877-1978. Plan de trabajo para la tesis de maestría en sociología. UNAM, -- México, enero 1978.*
- (123) Ibíd
- (124) Ibíd
- (125) Basaglia, F. *Los crímenes de la paz*. Op. cit.
- (126) Rodríguez y Lloret, Op. cit.
- (127) Navarro, V.
- (128) Paulin, L. Op. cit.
- (129) Foucault, M. *La casa de la locura*, Op. cit.
- (130) Guinsberg, E. Op. cit.
- (131) Ibíd

- (132) Rodríguez y Lloret. Op. cit.
- (133) Sagarovski, V. Acerca de la correlación entre conceptos, "causa", "condición", "etiología", y "patogénesis". Vestu. Alcad. Med. Nauk. SSSR 21 - (1), 1966. Págs. 34 a 40
- (134) Guinsberg. Op. cit.
- (135) Laurell, A. C. Notas para un marco... Op. cit.
- (136) Foucault, M. Historia de la locura... Op. cit.
- (137) Rodríguez y Lloret. Op. cit.
- (138) Ibíd
- (139) Marx, K. El Capital, Tomo I, Vol. 2, capítulos XII y XIII. Pág. 441
- (140) Ibíd, pág. 439
- (141) Ibíd, pág. 426
- (142) Ibíd, pág. 442
- (143) Ibíd, pág. 441
- (144) Ibíd, pág. 516
- (145) Ibíd, pág. 516
- (146) Ibíd, pág. 521
- (147) Ibíd, pág. 490
- (148) Ibíd, pág. 481
- (149) Ibíd, pág. 551
- (150) Ibíd, pág. 593
- (151) Ibíd, pág. 481
- (152) Ibíd, pág. 485
- (153) Ibíd, pág. 823
- (154) Ibíd, pág. 823
- (155) Ibíd, pág. 824

- (156) *Ibíd*, pág. 821
- (157) *Ibíd*, pág. 833
- (158) *Ibíd*, pág. 805
- (159) *Ibíd* capítulos I a IV
- (160) Mandel, E. Tratado de economía marxista. Cap. XI, crisis periódicas. Ed. Era, México. Pág. 230. Sweezy, P. Teoría del desarrollo capitalista. Ed. fondo de cultura económica. México, 1976. Pág. 150-154.
- (161) Marx, El Capital, Tomo I, cáp. I a IV. Mandel, Op. cit. Pág. 321-322.
- (162) Mandel, Op. cit. Pág. 320. Sweezy, Op. cit. Pág. 153.
- (163) Marx, Op. cit. Strachey, J. Naturaleza de las crisis. Ed. el caballito, México, D.F., 1973. Págs. 241 a 259.
- (164) Mandel, Op. cit. Strachey, Op. cit. Sweezy. Op. cit.
- (165) Mandel. Op. cit. Pág. 326.
- (166) Obras citadas de Marx, Mandel, Strachey y Sweezy
- (167) Marx. Op. cit. Strachey. Op. cit., pág. 242.
- (168) Marx. Op. cit. Strachey. Op. cit. Pág. 243.
- (169) Marx, Op. cit. Strachey. Op. cit. pág. 244.
- (170) Marx. Op. cit. Sweezy. Op. cit. pág. 115-116
- (171) Strachey. Op. cit. pág. 244
- (172) *Ibíd*, pág. 248
- (173) Marx. Op. cit. Strachey. Op. cit. pág. 260-68. Sweezy. Op. cit. pág. 110-115.
- (174) Strachey, Op. cit. Sweezy. Op. cit.
- (175) Mandel. Op. cit. pág. 324-332. Sweezy. Op. cit. pág. 165a 74 y 196
- (176) Sweezy. Op. cit. pág. 200
- (177) *Ibíd*
- (178) Sweezy, Op. cit. pág. 165-174
- (179) Marx, K. citado por Sweezy, Op. cit., pág. 169-70

- (180) Sweezy. Op. cit. pág. 172
- (181) Ibíd, pág 200-204
- (182) Hobsbawn, E. La crisis del capitalismo: una perspectiva histórica.
Cuadernos políticos II, Ed. Era, México, 1977.
- (183) Sweezy, P. y Magdoff, H. El fin de la prosperidad. La crisis económica en perspectiva histórica. Pág. 78.
- (184) Ibíd, pág. 79
- (185) Ibíd
- (186) Hobsbawn, E. Op. cit.
- (187) Mandel, E. La crisis.
- (188) Ibíd, pág. 20
- (189) O'Connor, J. Estado y capital monopolista
- (190) Ibíd
- (191) Mandel, Op. cit.
- (192) Gunder Frank y S. Amin. Sobre la crisis. Cuadernos políticos 2, Ed. Era, - México, D.F. 1974.
- (193) O'Connor, J. Op. cit.
- (194) Arrighi, G. Una nueva crisis general capitalista. Cuadernos políticos 8. Ed. Era, México, D.F. 1976.
- (195) O'Connor, J. Op. cit.
- (196) Mandel. Op. cit. pág. 48-49
- (197) O'Connor. Op. cit.
- (198) Mandel. Op. cit. pág. 32.

III. SALUD-ENFERMEDAD-MENTAL...

- (1) Breilh, J. Op. cit., Pág. 217-18
- (2) Cassel, J. Psychosocial processes and "stress": theoretical formulation. Intern. Jour. of health serv. 4 (3). Baltimore, 1974. Pág. 471
- (3) Eyer, J. y Sterling; P. stress-related mortality and social organization. Review of radical political economics, No. 1; Nueva York, 1977. Págs. 1 a 44.
- (4) Escudero, J. C. Sobre mentiras y estadísticas de salud en América Latina. Documento mecanográfico. Maestría en Medicina Social. UAM-X. Y otros trabajos del mismo autor.
- (5) Brenner, H. Estimating the social costs of national economic policy. Study for the congressional Joint Economic Committee. The Johns Hopkins University, 1976.
- (6) Eyer, J. Does unemployment cause the death rate peak in each business cycle? Int. Journ. of Health Serv., vol 7, No. 4 1977.
- (7) Perrott, J. Selwyn, D. Sickness and the depression. Oficina de investigaciones estadísticas, Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, y División de investigación, Milbank Memorial Fund. 1933.
- (8) Cassel, Op. cit.
- (9) Eyer, Op. cit.
- (10) Preteceille, Op. cit.
- (11) Laurell, a.c. Proceso de trabajo y salud. Op.cit.
- (12) Preteceille, Op. cit. Pág. 54
- (13) Ibid. Pág. 50
- (14) Ibid. Pág. 55
- (15) Laurell, a.c. y cols- Enfermedad y desarrollo...
- (16) Laurell, a.c. Proceso de trabajo y salud. Op. cit.
- (17) Preteceille, Op. cit. Pág. 76
- (18) Ibid. Pág. 68
- (19) Ibid. Pág. 69
- (20) Ibid. Pág. 67

- (21) Ibid. Pág. 68
- (22) Ibid. Pág. 80-81
- (23) Ibid. Pág. 38
- (24) Cordera, R. Estado y desarrollo en el capitalismo tardío y subordinado.
- (25) Cordera, R. Los límites del reformismo: la crisis del capitalismo en México, Cuadernos Políticos No. 2 Ed. Era, México, Pág. 41
- (26) López Díaz, P. Crisis de estructura y capitalismo en México, en Capitalismo y Crisis en México. Ed. cultura popular, México, 1978. Pág. 11 y 12.
Cordera, R. Los límites... Op. cit. Pág. 46-48
- (27) Cordera, R. Estado y desarrollo... Op. cit
- (28) Cordera, R. Estado y desarrollo... Op. cit.
- (29) Cordera, R. Estado y desarrollo en el capitalismo tardío y subordinado. Op. cit.
- (30) Ibid. Pág. 478
- (31) Ibid. Pág. 478-79
- (32) Ibid. Pág. 479
- (33) Ibid. Pág. 480
- (34) Ibid. Pág. 479
- (35) Escudero, J. C. Op. cit.
- (36) Bruch, Hartman y Sánchez Crespo. Organization, functioning and analysis of the vital and health statistics in Mexico. O.M.S., mayo 1977. Mimeo
- (37) Laurell, A. C. Medicina y Capitalismo en México. Cuadernos Políticos - No. 5. Ed. Era. México, 1975.
- (38) Escudero, J. C. Op. cit.
- (39) Eyer. Does unemployment... Op. cit.
- (40) Cecil-Loeb. Tratado de Medicina Interna, Op. cit.
- (41) Hollingshead y Redlich, Op. cit.
- (42) Brenner, H. Op. cit.

- (43) Guinsberg, E. Op. cit.
- (44) Laurell, a.c. y cols. Enfermedad y desarrollo... Op. cit.
- (45) Antoniovsky, A. Social class, life expectancy and overall mortality. - -
Milbank Memorial Fund. No. 1 Washington, 1967.
- (46) Laurell, Op. cit.
- (47) Bunge, M. Op. cit. Pág. 37

IV. CONCLUSIONES

- (1) Berlinguer, G. Conferencia curso monográfico UAM-X
- (2) Preteceille, Op. cit.
- (3) Braverman, H. Op. cit.
- (4) Breilh, J. Op. cit. Marx, K. El Capital, Op. cit.
- (5) Guinsberg, Op. cit.
- (6) Bourdieu, P. Op. cit.

VI. A N E X O.

CUADRO 1-A. PRODUCTO INTERNO BRUTO Y SU VARIACION PORCENTUAL CON RESPECTO AL AÑO ANTERIOR, MEXICO, 1968-78.*

AÑO	Millones de \$ - Corrientes.	Millones de \$ de 60	Año Índice , 1960=100	% Variación
68	339145	260901	130.0	8.1
69	374904	277400	135.1	6.3
70	418700	296600	141.2	6.9
71	452400	306800	147.5	3.4
72	512300	329100	155.7	7.3
73	619600	354100	175.0	7.6
74	813700	375000	217.0	5.9
75	1000900	390300	256.4	4.1
76	1220800	398600	306.3	2.1
77	1676000	409500	204.0	3.2
78	2104550	440600	219.5	7.6

* FUENTE: Oficina de cuentas de producción, Banco de México, S.A. Págs. 25 v 28

Para 77: Anexo I al 2o. Informe presidencial.

CUADRO 1-B. ESTRUCTURA PORCENTUAL DEL PIB EN DISTINTOS SECTORES, A PRECIOS DE 60. MEXICO, 1968-77. *

AÑO	PIB Total	SECTOR INDUSTRIAL		SECTOR AGROPECUARIO		O T R O S		
		Manufactura	Construcción	Agricultura	Otros (1)	Comercio	Gobierno	Otros servicios (2)
68	100.0	22.1	4.5	7.9	4.6	31.8	5.8	16.5
69	100.0	22.5	4.7	7.3	4.6	31.9	5.6	16.5
70	100.0	22.8	4.6	7.1	4.5	31.8	5.8	16.3
71	100.0	22.7	4.3	7.0	4.5	31.7	6.1	16.6
72	100.0	23.0	4.7	6.4	4.4	30.6	6.4	16.7
73	100.0	23.2	5.1	6.0	4.2	30.6	6.6	16.2
74	100.0	23.2	5.1	5.9	4.0	30.4	6.8	16.1
75	100.0	23.1	5.2	5.6	3.9	30.2	7.2	16.2
76	100.0	23.2	5.0	5.0	3.9	30.9	7.7	16.1
77	100.0	23.4	4.7	5.1	4.0	30.0	7.6	18.5

* FUENTE: Oficina de cuentas de Producción, Banco de México, S.A. Pág. 29

(1) Incluye : ganadería, silvicultura, pesca.

(2) Incluye : comunicaciones y transportes.

CUADRO 4 . PROPORCION DE LA INVERSION FIJA BRUTA CORRESPONDIENTE A LAS INVERSIONES PUBLICA Y PRIVADA (CALCULADA SOBRE PRECIOS CORRIENTES). MEXICO, 1968-78. *

AÑO	INVERSION FIJA BRUTA		P U B L I C A				P R I V A D A	
	Millones de pesos corrientes.	%	Autorizada .	Realizada	%	Realizada	%	
68	65625	100.0	27755	23314	35.5	42311	64.5	
69	72700	100.0	27500	26339	36.2	46361	63.8	
70	82300	100.0	30582	29205	35.5	53095	64.5	
71	82000	100.0	28538	22328	27.2	59672	72.8	
72	98000	100.0	42057	33298	34.0	64702	66.0	
73	127100	100.0	57606	49838	39.2	77262	60.8	
74	173400	100.0	69207	64817	37.4	108583	62.6	
75	223200	100.0	99053	95767	42.9	127433	57.1	
76	266900	100.0	111794	105000	39.3	161900	60.7	
77	339400	100.0		140102	41.3	199292	58.7	
78	459281	100.0	229900	217381	47.3	241900	52.7	

* FUENTE: Oficina de cuentas de producción, Banco de México, S.A. pág. 33 y 34.

(3) FUENTE: Anexos I y III al 2o. informe presidencial, 1978.

CUADRO 4-A. INCREMENTO % DE LA INVERSION PRIVADA CON RESPECTO AL AÑO ANTERIOR. MEXICO, 1968 - 78. *

AÑO	Inversión Privada	Diferencia con el año anterior.	Incremento porcentual.	Variación del Incremento.
67/68	42311			
68/69	46361	4050	9.6	
69/70	53095	6734	14.5	4.9
70/71	59672	6577	12.4	- 2.1
71/72	64702	5030	8.5	- 3.9
72/73	77262	12560	19.4	10.6
73/74	108583	31321	40.5	21.1
74/75	127433	18850	17.4	- 23.1
75/76	161900	34467	27.0	9.6
76/77 (1)	168176	12370	9.9	- 19.1
77/78	241900	73724	43.8	35.9

* FUENTE: Oficina de cuentas de producción, Banco de México, S.A.

(1) Para 77 y 78 la fuente es una publicación posterior del banco, con ciertas correcciones para las cifras previas (que muestran una inversión privada algo menor que la reportada de 68 a 76). La cifra para 78 es preliminar.

CUADRO 4-B. DESTINO DE LA INVERSION PUBLICA FEDERAL

AÑO	FOMENTO INDUSTRIAL, AGROPECUARIO, Y RURAL						
	TOTAL		INDUSTRIAL		AGROPECUARIO Y RURAL		CONTRATACION
	Millones de \$	%	Millones de \$	% Inversión desarrollo.	Millones de \$	% Inversión desarrollo.	Millones de \$
68 (1)	27755	100.0	10808	55.0	2867	14.6	59
69	26339	100.0	9593	52.3	2897	15.8	55
70	29205	100.0	11097	53.3	3922	18.8	58
71	22397	100.0	9329	54.1	3264	18.9	46
72	33298	100.0	11481	47.0	4948	20.2	80
73	49838	100.0	16222	44.9	7044	19.5	128
74	64817	100.0	23346	46.5	10969	21.8	159
75	95770	100.0	39754	51.0	17322	22.2	208
76	108611	100.0	49956	56.6	16077	18.2	221
77	140102	100.0	63293	54.2	26037	22.3	275
78	217381	100.0	104454	48.0	42139	19.4	325

* FUENTE: Para 68 y 69, Banco de México, S.A. Pág. 36

Para 70-77, anexo I al 2o. informe presidencial, 1978. Para 78, 3er. informe pre

(1) Se refiere a inversión autorizada.

REALIZADA POR SECTORES, MEXICO 1968-78.*

RISTICO, ETC.				BIENESTAR SOCIAL.		EQUIPO E INSTALACIONES PARA ADMINISTRACION Y DEFENSA.	
INVERSIONES Y - TURISMO.		TOTAL		Millones de \$	%	Millones de \$	%
s	% Inversión desarrollo.	Millones de \$	%	Millones de \$	%	Millones de \$	%
	30.4	19659	70.8	7562	27.2	534	2.0
	31.9	18331	69.6	7365	28.0	643	2.4
	27.9	20821	71.3	7919	27.1	465	1.6
	27.0	17237	77.0	4853	21.7	307	1.3
	32.8	24446	73.4	7682	23.1	1170	3.5
	35.6	36138	72.5	12835	25.8	865	1.7
	31.7	50250	77.6	13451	20.7	1117	1.7
	26.8	77933	81.4	15776	16.5	2058	2.1
	25.2	88231	81.2	15759	14.5	4621	4.3
	23.5	116841	83.4	19332	13.8	3929	2.8
	14.9	178945	82.3	34744	16.0	3692	1.7

encial.

CUADRO 9. % DEL PE QUE SE INVIERTE Y % QUE SE GUARDA EN FORMA DE AHORRO INTERNO Y EXTERNO. MEXICO, 68-76.*

AÑO	PIB	I F B	A H O R R O		
			TOTAL	INTERNO	EXTERNO
68	100.0	19.4	19.4	17.0	2.4
69	100.0	19.4	19.4	17.8	1.6
70	100.0	19.7	19.6	16.8	2.8
71	100.0	18.1	18.1	16.1	2.0
72	100.0	19.1	19.2	17.3	1.9
73	100.0	20.5	20.5	18.1	2.4
74	100.0	21.3	21.3	17.4	3.9
75	100.0	22.3	22.3	17.6	4.7
76	100.0	21.9	21.8	18.0	3.8

* FUENTE: Oficina de Cuentas de Producción, Banco de México, S. A.

CUADRO 11. DEFICIT Y SU FINANCIAMIENTO EN EL SECTOR PÚBLICO FEDERAL
(MILLONES DE PESOS CORRIENTES), MÉXICO

AÑO	DEFICIT SECTOR PÚBLICO FEDERAL			
	Gobierno Federal.	Organismos y empresas Contratados con presupuesto.	D. D. F.	T o t a l
70	6627	1145	284	8056
71	6166	4694	222	11082
72	17265	4039	1818	23122
73	27126	6325	3494	36945
74	34513	14691	2353	51557
75	58078	39596	2697	100371
76	65635	34765	2310	102710
77	105392	33223	1466	140081
78	80034	54212	3465	137711

* FUENTE: Anexo I al 2o. Informe presidencial. México, 1978.

Para 1978, Anexo I a. 3o. informe presidencial, México, 1978.

TOR PUBLICO FEDERAL.
CO., 1970-78.*

FINANCIAMIENTO DEL DEFICIT			Aumento de la
Aumento Deu da Interna	Aumento Deu da Externa.	Aumento neto de la deuda.	Deuda - Déficit = Disponibile.
4932	2891	7823	233
10172	(165)	10337	745
20883	(1289)	22172	950
25291	13086	38377	- 1432
38609	17832	56441	- 4884
67353	35010	102363	- 1992
74256	38096	112352	- 9642
n.d.	n.d.	142291	- 2210
n.d.	n.d.	140173	- 2462

CUADRO 12.

CUENTA CORRIENTE EN LA BALANZA DE PAGOS, MILLONES DE DOLARES, MEXICO 68 - 78. *

AÑO	INGRESOS ⁽¹⁾	EGRESOS ⁽²⁾	BALANZA
68	2506.3	3138.5	- 632.2
69	2976.1	3448.8	- 472.7
70	2933.1	3879.1	- 945.9
71	3167.1	3893.5	- 726.4
72	3800.6	4562.1	- 761.5
73	4828.3	6003.8	- 1175.4
74	6342.5	8900.6	- 2558.1
75	6305.4	9998.4	- 3692.9
76	10275.6	7231.2	- 3044.3
77	9789.4	8009.7	- 1779.7
78	10690.7	13153.2	- 2462.5

* FUENTE: Anexo I al 2o. informe presidencial, México 1978. Págs. 269 y 271

- (1) Exportación de mercancías y servicios, oro y plata no monetarios, transportes diversos, turismo, transacciones fronterizas, ingresos por inversiones, otros servicios y transferencias.
- (2) Importación de mercancías y servicios, oro no monetario, transportes diversos, turismo, transacciones fronterizas, egresos relacionados con inversiones (remesa de utilidades, pago de intereses sector público y otros), otros servicios y transferencias.

CUADRO 13. AUMENTO DEL CIRCULANTE
(BILLETES, MONEDA METALICA Y CHEQUES) *

AÑO	Millones de \$ en circulación (con corrección estacional)
68	3 56 45
69	3 95 27
70	4 36 93
71	4 73 01
72	5 73 38
73	7 11 75
74	8 68 35
75	10 53 18
76	13 76 27
77	17 45 50
78	23 16 01

*FUENTE: Indicadores económicos, Vol. VII, No. 8,
Julio 1979. Banco de México, S.A.

Grupos - de Edad.	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
0 a 4 años	536227	7.8	517896	7.5	1054123	15.3
5 a 9	486671	7.1	474561	6.9	961232	14.0
10 a 14	413594	6.0	421695	6.1	835289	12.1
15 a 19	366049	5.3	414375	6.0	780424	11.3
20 a 24	328336	4.8	359959	5.2	688295	10.0
25 a 29	256017	3.7	270963	3.9	526980	7.6
30 a 34	195939	2.9	208097	3.0	404036	5.9
35 a 39	175776	2.5	197430	2.9	373206	5.4
40 a 44	138143	2.0	157497	2.3	295640	4.3
45 a 49	120971	1.8	134247	1.9	255218	3.7
50 a 54	81935	1.2	95648	1.4	177583	2.6
55 a 59	71459	1.0	86952	1.3	158411	2.3
60 a 64	55186	0.8	70478	1.0	125664	1.8
65 a 69	42034	0.6	59220	0.9	101254	1.5
70 a 74	24851	0.4	36598	0.5	61449	0.9
75 a 79	12464	0.2	21417	0.3	33881	0.5
80 a 84	7192	0.1	14286	0.2	21478	0.3
85 y más	6194	0.1	13808	0.2	20002	0.3
T O T A L	3319038	48.3	3555127	51.7	6874165	100.0

* FUENTE: Censo 1970.

CUADRO 15. EVOLUCION DE LA POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA 65 - 75 . *, D.F.

AÑO	P. E. A.	%	POBLACION TOTAL	%
1965	1970738	33.7	5848072	100.0
1966	2014494	33.2	6061753	100.0
1967	2068251	32.9	6283241	100.0
1968	2102008	32.3	6512823	100.0
1969	2145764	31.8	6750793	100.0
1970	2189521	31.3	6997458	100.0
1971	2233278	30.8	7253136	100.0
1972	2277034	30.3	7518156	100.0
1973	2320791	29.8	7792860	100.0
1974	2364548	29.3	8077600	100.0
1975	2408305	28.8	8372746	100.0

* Proyecciones hechas sobre los datos de los censos de 60 y 70.

Estudio demográfico del D.F., Dirección General de Planificación, DDF.

CUADRO 16. P.E.A. OCUPADA SEGUN EL SECTOR DE LA ECONOMIA EN QUE TRABAJA. D.F. 1969.*

SECTOR	No. Absoluto	%
Sector Agropecuario	49164	2.2
Sector Industrial	819780	36.7
Comercio	310540	13.9
Transportes y servicios	813457	36.5
Gobierno	150829	6.8
Insufic. especificado	87216	3.9
T O T A L	2230986	100.00

* FUENTE: censo 1970.

CUADRO 17 CONDICION MIGRATORIA DE LOS HABITANTES DEL D.F., 1970. *

Lugar de Origen	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Nacidos en D.F.	2259781	39.2	2278502	33.1	4538283	66.0
Nacidos en otra entidad.	1025482	14.9	1243987	18.1	2269469	33.0
Nacidos en otro país.	33775	0.5	33638	0.5	66413	1.0
T O T A L.	3319038	48.3	3555127	51.7	6874165	100.0

* FUENTE: censo de 70.

CUADRO 18. POBLACION DEL D.F. Y DE LOS MUNICIPIOS CONURBADOS (1960 - 70). *

	P O B L A C I O N		.	
	1 9 6 0 (1)	%	1 9 7 0	%
D . F .	4887481	94.0	6997458	78.4
Coacalco	(3998)		13902	0.2
Cuautitlán	(20562)		42421	0.5
Chimalhuacán	77596	1.5	18811	0.2
Ecatepec	41067	0.8	232687	2.6
Huixquilucan	(16248)		34601	0.4
Naucalpan	86396	1.7	407826	4.6
Netzahualcoyotl			651000	7.3
La Paz	(7911)		34297	0.4
Tlalnepantla	106301	2.0	387378	4.3
Tultitlán	(15529)		55162	0.6
Zaragoza	(8095)		47729	0.5
Población del - Estado de Mé- xico conurbada - con el D.F.	311360	6.0	1925814	21.6
TOTAL D.F. y municipios conur- bados	5198841	100.0	8923272	100.0

* FUENTE: Estudio demográfico del D.F., Dirección de Planificación, D.D.F.

(1) Aún no estahan conurbados los que están entre paréntesis.

CUADRO 21. GRADO DE INSTRUCCION DE LA POBLACION MAYOR DE 6 AÑOS POR GRUPO DE EDAD.
D.F., 1970. DISTRIBUCION PORCENTUAL.

Edad	Sin instrucc_ion	Curso de Adiestra_miento.	P R I M A R I A						Instrucción Post Prima_ria.	Insuf. - Especif.	Total No. Absoluto	%
			1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.				
6 a 9	6.6	0.000	3.2	2.3	1.2	0.2			0.0	754808	13.	
10 a 14	0.9	0.000	0.6	1.4	2.3	2.9	2.6	2.5	1.7	835289	14.	
15 a 19	0.8	0.000	0.2	0.5	0.7	0.7	0.8	4.6	5.7	780424	13.	
20 a 29	1.8	0.004	0.5	1.1	1.6	1.2	1.0	7.0	7.2	1215275	21.	
30 a 39	1.8	0.002	0.5	1.0	1.5	1.0	0.7	4.0	3.4	777242	13.	
40 y más	4.8	0.004	0.9	1.8	2.3	1.6	0.8	5.6	4.4	1250508	22.	
T O T A L	16.7	0.010	5.9	8.1	9.6	7.6	5.9	23.7	22.4	5613618	100.	

* FUENTE: censo 1970.

CUADRO 22. POBLACION POR GRUPO DE INGRESO Y OCUPACION PRINCIPAL. DISTRIBUCION PORCENTUAL (SOBRE EL TOTAL). *

Ingreso Mensual.	Personal - directivo.	Profesionales y Técnicos.	Personal Admvo.	Comerciantes y vendedores.	En servicios y Tptes.	Trabajador Agropecuario.	Obreros.	No. Especificado.	T o t a l
Hasta \$ 199	0.5	0.7	1.0	3.7	8.0	11.1	2.3	4.9	3.5
\$ 200 - \$499	1.6	2.7	3.0	12.1	30.6	25.5	7.5	12.3	12.0
\$ 500 - \$999	6.6	12.5	27.6	32.8	27.7	32.9	43.6	29.5	30.2
\$1000 - \$1499	10.4	18.9	30.8	18.2	18.6	8.6	26.3	15.8	22.1
\$1500 - \$2499	17.9	22.5	22.0	13.0	9.3	4.3	13.2	9.0	14.8
\$2500 - \$4999	29.2	24.2	10.7	10.6	3.1	3.0	3.9	5.4	9.2
\$5000 - \$9999	20.3	12.4	2.2	3.4	0.7	1.4	0.6	2.0	3.6
\$ 10000 y más	11.9	4.3	0.6	1.1	0.4	1.7	0.3	1.2	1.6
No declaró	1.6	1.8	2.1	5.1	1.6	11.5	2.3	19.9	3.0
T O T A L .	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

* FUENTE: Censo del 70, datos referentes a 1969.

CUADRO 23. DISTRIBUCION PORCENTUAL EN GRUPOS -
FAMILIARES SEGUN NUMERO DE MIEM-
BROS DE LA POBLACION DEL D.F., 1970.*

No. Miembros	% Familias	% Población
1		2.0
2	16.3	
3	16.8	
4	15.9	
5	13.9	
6	11.8	
7	8.7	
8	6.4	
9 y más	10.2	
TOTAL	100.0	98.0

* FUENTE: Censo 1970.

CUADRO 24. UBICACION FAMILIAR DE LA POBLACION, D.F.
1970.*

Ubicación	Hombres	%	Mujeres	%	Total	%
Personas solas	70876	1.0	67254	1.0	138130	2.0
Jefes de familia	1072188	15.6	268152	3.9	1340340	19.5
Compañera (o)	3004	0.1	1011043	14.7	1014047	14.8
Hijos	1966302	28.6	1836843	26.7	3803235	55.3
Otros parientes	173136	2.5	229733	3.3	402919	5.8
Sin parentesco	33392	0.5	142102	2.1	175494	2.6
TOTAL	3319038	48.3	3555127	51.7	6874165	100.0

* FUENTE: Censo 1970.

CUADRO 1. DISTRIBUCION DE LOS DIAGNOSTICOS EN LA INSTITUCION
SEGUN SEXO. 72 - 78. *

Año	CONSULTA EXTERNA					HOSPITALIZACION					GLOBAL				
	Masc.	%	Fem.	%	Total	Masc.	%	Fem.	%	Total	Masc.	%	Fem.	%	Total
72	2327	59.4	1590	40.6	3917	1430	61.4	900	38.6	2330	3757	60.1	2490	39.9	6247
73	1988	58.8	1393	41.2	3381	1298	61.1	827	38.9	2125	3286	59.7	2220	40.3	5506
74	2056	60.6	1338	39.4	3394	1340	62.8	793	37.2	2133	3396	61.4	2131	38.6	5527
75	1834	59.8	1235	40.2	3069	1540	64.1	864	35.9	2404	3374	61.7	2099	38.3	5473
76	1659	59.4	1136	40.6	2795	1579	64.5	868	35.5	2447	3238	61.8	2004	38.2	5242
77	1707	59.0	1184	41.0	2891	1461	64.9	792	35.1	2253	3168	61.6	1976	38.4	5144
78	1856	59.8	1249	40.2	3105	1547	64.0	871	36.0	2418	3403	61.6	2120	38.4	5523

* FUENTE: Registros mensuales del H.P.F.B.A

CUADRO 2. DISTRIBUCION DE DIAGNOSTICOS POR GRUPOS DE EDAD, 72 - 78 *.

		GRUPOS DE EDAD (AÑOS)							
Año	Servi cio	Menos de 14	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	65 y más	Total
72	C.E.	28	1542	1017	632	383	170	145	3917
	Hosp.	18	841	673	389	219	103	87	2330
	Total	46	2383	1690	1021	602	273	232	6247
	%	0.7	38.2	27.1	16.3	9.6	4.4	3.7	100.0
73	C.E.	12	1288	899	566	349	151	116	3381
	Hosp.	11	755	633	401	193	83	49	2125
	Total	23	2043	1532	967	542	234	165	5506
	%	0.4	37.1	27.8	17.6	9.8	4.3	3.0	100.0
74	C.E.	8	1330	883	572	337	153	111	3394
	Hosp.	4	708	649	407	208	93	64	2133
	Total	12	2038	1532	979	545	246	175	5527
	%	0.2	36.9	27.7	17.7	9.9	4.5	3.1	100.0
75	C.E.	4	1119	849	542	320	134	101	3069
	Hosp.	2	765	812	431	226	100	68	2404
	Total	6	1884	1661	973	546	234	169	5473
	%	0.1	34.4	30.3	17.8	10.0	4.3	3.1	100.0
76	C.E.	5	995	773	514	257	138	113	2795
	Hosp.	1	766	789	457	252	106	76	2447
	Total	6	1761	1562	971	509	244	189	5242
	%	0.1	33.6	29.8	18.5	9.7	4.7	3.6	100.0
77	C.E.	1	1064	799	545	264	125	93	2891
	Hosp.	1	693	757	397	239	107	59	2253
	Total	2	1757	1556	942	503	232	152	5144
	%	0.0	34.2	30.2	18.3	9.8	4.5	3.0	100.0
78	C.E.	1	1178	842	563	279	146	96	105
	Hosp.	1	752	850	445	205	105	60	2418
	Total	2	1930	1692	1008	484	251	156	5523
	%	0.0	35.0	30.6	18.3	8.8	4.5	2.8	100.0

* FUENTE:

Registros mensuales del H.F.B.A.

308	Trastornos de conducta en la infancia	14	0.4	66	1.9	13	0.4	7	0.2	5	0.1	5	0.2	
309	Trastornos mentales no especificados asociados con afecciones somáticas	3	0.1	6	0.2	7	0.2	6	0.2	16	0.6	119	4.2	145
	Oligofrenia	329	8.4	401	11.9	274	8.1	152	5.0	192	6.9	190	6.8	206
	Epilepsia	473	12.1	353	10.4	404	11.9	343	11.2	307	11.0	289	10.3	308
	Otros	37	1.0	43	1.3	122	3.6	107	3.5	52	1.9	35	1.2	29
	Sin datos	28	0.7	18	0.5	50	1.5	29	0.9	13	0.5	16	0.6	25
	TOTAL	3914	100.0	3380	100.0	3392	100.0	3067	100.0	2795	100.0	2891	100.0	3105

* FUENTE: Registros mensuales del H.F.B.A.

CUADRO 12-B. DIAGNOSTICOS DE EGRESO DE LOS PACIENTES INTERNADOS
EN EL HOSPITAL, 1972-78.*

Código	Diagnóstico	1972		1973		1974		1975		1976		1977		1978	
		total	%	total	%	total	%	total	%	total	%	total	%	total	%
290	Demencia senil y - presenil	36	1.5	33	1.6	32	1.5	35	1.5	28	1.1	21	0.9	19	0.8
291	Psicosis alcohólica	53	2.3	97	4.6	83	3.9	136	5.7	120	4.9	130	5.8	141	5.9
292	P. asoc. con infecc. intracraneal	3	0.1	8	0.4	2	0.1	3	0.1	1	0.0	4	0.2	2	0.1
293	P. asoc. c/ otras afecc. cerebrales	83	3.6	57	2.7	37	1.7	83	3.5	234	9.6	246	10.9	297	12.4
294	P. asoc. c/ otras afecc. somáticas	102	4.4	89	4.2	62	2.9	145	6.0	156	6.4	181	8.0	153	6.4
295	Esquizofrenia	630	26.9	579	27.2	583	27.3	697	29.0	658	26.8	555	24.6	582	24.3
296	Psicosis afecivas	102	4.4	98	4.6	122	5.7	162	6.7	151	6.2	135	6.0	139	5.8
297	Edos. Paranoides	9	0.4	8	0.4	11	0.5	11	0.5	9	0.4	13	0.6	13	0.5
298	Otras psicosis	12	0.5	20	0.9	44	2.1	36	1.5	55	2.2	56	2.6	66	2.8
299	Psicosis no especifica - das	182	7.8	327	15.4	341	16.0	263	10.9	218	8.9	184	8.2	195	8.1
300	Neurosis	187	8.0	107	5.0	81	3.8	109	4.5	80	3.3	69	3.1	61	2.5
301	Trastornos de la perso- nalidad	12	0.5	9	0.4	4	0.2	4	0.2	8	0.3	13	0.6	23	1.0
302	Desviaciones sexuales	3	0.1	2	0.1	8	0.4			4	0.2			3	0.1
303	Alcoholismo	203	8.7	81	3.8	151	7.1	158	6.6	195	8.0	188	8.4	202	8.4
304	Adicción a drogas	211	9.0	120	5.6	157	7.4	150	6.2	124	5.1	93	4.1	133	5.5
305	Trastornos somáticos de origen psiquico pre- sumible					1	0.0	1	0.0	1	0.0				

306	Sintomas especiales - no clasificables en - - otra parte		0.0																
307	Trastornos transitorios de adaptación a sit. - espec.			1	0.0	1	0.0												
308	Trast. conducta en la in- fancia																		
309	Trastornos mentales - no especificados como - psic. . . asoc. c/afec. so- maticas																		
0-15	Oligofrenia	8	0.3	9	0.4	15	0.7	12	0.5	9	0.4	2	0.1	4	0.2				
345	Epilepsia	172	7.3	195	9.2	155	7.3	144	6.0	149	6.1	131	5.8	163	6.8				
Trors	Otros	205	8.8	156	7.3	140	6.5	170	7.0	166	6.8	136	6.0	154	6.4				
	Sin datos	118	5.0	127	6.0	105	4.9	87	3.6	78	3.2	95	4.2	48	2.0				
	T O T A L	10	0.4	5	0.2			2	0.0	3	0.1								
		2342	100.0	2128	100.0	2135	100.0	2408	100.0	2447	100.0	2252	100.0	2398	100.0				

FUENTE: registros mensuales del H. F. B. A.

CUADRO 14. PRESENCIA DE DETERMINANTES CAUSALES SOCIALES EN LAS HISTORIAS CLINICAS. *

DETERMINACION SOCIAL (1)	No.	%
Visible a través de las notas del expediente	118	19.8
No visible a través de las notas del expediente	136	22.8
No precisable si las hubo o no	334	55.9
Sin datos	9	1.5
T O T A L	597	100.0

* FUENTE: Expedientes muestra.
(1) A juicio del investigador.

CUADRO 19. ESTADO CIVIL Y EDAD EN LA FECHA DEL ULTIMO CONTACTO CON LA INSTITUCION. *

E. CIVIL	No.	%	EDAD	No.	%
Soltero	284	48.4	- 14 a.	7	1.2
Casado	211	35.9	15 a 44 a.	473	79.8
Divorciado	72	12.3	45 a 64 a.	97	16.3
Viudo	20	3.4	65 y más	16	2.7
Sin datos	10		sin datos	4	
T O T A L	597	100.0	TOTAL	597	100.0

* FUENTE: Expedientes muestra.

CUADRO 3. DISTRIBUCION SEGUN SEXO DE LOS PACIENTES DE LA MUESTRA.*

SEXO	No.	%	F. AJUSTADA ⁽¹⁾
MASC.	352	59.0	59.3
FEM.	242	40.5	40.7
S/D	3	0.5	
TOTAL	597	100.0	100.0

* FUENTE: Muestra de expedientes del archivo del H.F.B.A.

(1) Ajuste hecho redistribuyendo las no respuestas en proporción - similar a la seguida por las respuestas.

CUADRO 4. DISTRIBUCION POR EDAD DE LOS - PACIENTES DE LA MUESTRA.*

EDAD	No.	%	F. AJUSTADA ⁽²⁾
- 14	70	11.7	12.2
15 a 24	231	38.7	40.2
25 a 34	120	20.1	20.9
35 a 44	77	12.9	13.4
45 a 54	50	8.4	8.7
55 a 64	18	3.0	3.1
65 a 74	7	1.2	1.2
75 y más	2	0.3	0.3
S/D	22	3.7	
TOTAL	597	100.0	100.0

* FUENTE: Expedientes del archivo del H.F.B.A.

(1) Al iniciar el padecimiento

(2) Ajuste hecho igual que para el cuadro 3.

CUADRO 16. REAGRUPACION DE LOS DIAGNOSTICOS

	1972			1973			1974		
	C.Ext.	Hosp.	Total	C.Ext.	Hosp.	Total	C.Ext.	Hosp.	Total
Categoría I. Daño orgánico como sustrato de la enfermedad.	654	324	978	494	246	740	509	209	718
Categoría II. Encubrimiento del origen social de la enfermedad.	414	285	699	505	301	806	420	234	654
Categoría III. Autodesintegración como respuesta a la presión.	980	935	1915	916	1032	1948	962	101	2060
Categoría IV. Evasión de la realidad como respuesta.	1718	654	2372	1279	405	1684	1278	172	1756
Categoría V. Psiquiatrización de procesos socialmente condicionados.	83	16	99	125	12	137	51	14	161
Otros	65	128	193	61	132	193	172	105	277
TOTAL	3914	2342	6256	3380	2128	5508	3392	2135	5543

* FUENTE: Datos del registro mensual del HFBA.

GRUPO : Diagnósticos según número de la CIE-8

- I : 290, 293, 345
- II : 292, 294, 309, 310
- III : 295, 296, 297, 298, 299
- IV : 291, 300, 303, 304
- V : 301, 302, 305, 306, 307, 308.

OS SEGUN UN CRITERIO SOCIAL. *

1975			1976			1977			1978		
C. Ext.	Hosp.	Total	C. Ext.	Hosp.	Total	C. Ext.	Hosp.	Total	C. Ext.	Hosp.	Total
422	288	710	471	428	899	434	403	837	447	470	917
270	304	574	331	315	646	387	318	705	430	322	752
874	1169	2043	801	1091	1892	823	943	1766	874	995	1869
1313	553	1866	1081	519	1600	1136	480	1616	1254	537	1791
52	5	57	46	13	59	60	13	73	46	26	72
136	89	225	65	81	146	51	95	146	59	48	102
3067	2408	5475	2795	2447	5242	2891	2252	5143	3105	2398	5503

CUADRO 18. DISTRIBUCION DE LOS DIAGNOSTICOS EN LA MUESTRA SEGUN FECHA DE INICIO DEL TRASTORNO, TIEMPO DE LATENCIA, (1) ENTRE INICIO Y LLEGADA AL HOSPITAL. (*).

AÑO	Inicio No	%	% ajust. (2)	tiempo - medio de latencia (años)	fecha primer contacto	%	% ajust. (2)
hasta 1950	14	2.3	2.4	27			
1951 - 1960	50	8.4	8.7	15			
1961 - 1967	116	19.4	20.2	5	31	5.2	5.3
1968	43	7.2	7.5	3	39	6.5	6.6
1969	37	6.2	6.4	2	35	5.9	5.9
1970	50	8.4	8.7	3	51	8.5	8.6
1971	48	8.0	8.3	1.5	58	9.7	9.8
1972	33	5.5	5.7	2	65	10.9	10.0
1973	40	6.7	7.0	1.5	56	9.4	9.4
1974	38	6.4	6.6	1	52	8.7	8.8
1975	38	6.4	6.6	1	53	8.9	8.9
1976	32	5.4	5.6	1	44	7.4	7.4
1977	28	4.7	4.9	0.5	50	8.4	8.4
1978	7	1.1	1.2	0.5	49	8.2	8.2
1979	1	0.2	0.2		11	1.8	1.9
s/d	22	3.7			3	0.5	
TOTAL	597	100.0	100.0	4.3	597	100.0	100.0

(*) FUENTE: Expedientes de la muestra. El tiempo de latencia se calcula hasta la llegada al H.F.B.A.

(1) El tiempo de latencia se calculó entre fecha de inicio del padecimiento y llegada al H.F.B.A. específicamente (el cual existe desde 1967). El tiempo de latencia promedio para el período 68-79 es de 1.8 años.

(2) Porcentaje ajustado redistribuyendo las no respuestas en la misma proporción que las respuestas.

CUADRO 21. DEMANDA DE SERVICIO DE NUEVOS PACIENTES O PACIENTES YA CONOCIDOS. *

AÑO	PACIENTES NUEVOS (1)	%	RECAIDAS (2)	%	TOTAL	%
72	5571	29.6	13266	70.4	18 837	100.0
73	4786	27.1	12875	72.9	17 661	100.0
74	4953	25.3	14627	74.7	19 580	100.0
75	4702	27.0	12689	73.0	17 391	100.0
76	4265	24.4	13213	75.6	17 478	100.0
77	4050	23.3	13311	76.7	17 361	100.0
78	4585	25.1	13662	74.9	18 247	100.0

* FUENTE: Reportes mensuales del HFBA

(1) Pacientes nuevos = consultas externas 1a. vez + ingresos.

(2) Recaídas = subsecuentes de C.E. + reingresos.

CUADRO 22. MOVIMIENTO DE PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN, 1972-78. *

AÑO	Existencia anterior	%	Ingresos	%	Reingresos.	%	Total	%	Egresos	% del total
72	382	14.2	1614	60.1	689	25.7	2685	100.0	2216	82.
73	469	18.2	1404	54.4	700	27.4	2579	100.0	2136	82.
74	443	17.0	1562	60.2	592	22.8	2597	100.0	2132	82.
75	465	16.2	1641	57.1	768	26.7	2874	100.0	2417	84.
76	457	15.8	1555	54.0	870	30.2	2882	100.0	2454	85.
77	428	15.6	1335	48.5	987	55.9	2750	100.0	2255	82.
78	485	17.2	1478	52.4	858	30.9	2821	100.0	2402	85.

* FUENTE: Reportes mensuales del HFBA.

CUADRO 23. UTILIZACION DEL INTERNAMIENTO. *

AÑO	INDICE OCUPACIONAL	PROMEDIO - DIAS ESTANCIA
72	75.14 %	74
73	80.15 %	75
74	77.66 %	73
75	76.20 %	67
76	79.09 %	65
77	79.25 %	77
78	73.41 %	80

* FUENTE: Reportes mensuales del HFBA.

CUADRO 24. MOTIVO DE LOS EGRESOS. *

AÑO	Curación	%	Mejoría	%	Traslado	%	Defunción	%
72			1498	67.6	141	6.4	72	3.3
73	20	0.9	1294	60.6	140	6.6	59	2.8
74	2	0.1	1431	67.1	150	7.0	38	1.8
75	31	1.3	1673	69.2	70	2.9	45	2.1
76	30	1.2	1691	68.9	81	3.3	40	1.9
77	32	1.4	1549	68.7	81	3.6	60	2.8
78	2	0.1	1718	71.5	105	4.4	40	1.9

* FUENTE: Reportes mensuales del HFBA.

	Fuga	%	Petición-Familiar	%	Otros	%	Total	%
.2	329	14.9	162	7.3	14	.6	2216	100.0
.8	408	19.1	195	9.1	20	.9	2136	100.0
.8	371	17.4	134	6.3	6	.3	2132	100.0
.9	454	18.8	136	5.6	8	.3	2417	100.0
.6	505	20.6	107	4.4			2454	100.0
.7	409	18.1	121	5.4	3	.1	2255	100.0
.7	404	16.8	133	5.5			2402	100.0

CUADRO 27. NUMERO DE CONTACTOS DEL PACIENTE CON EL HOSPITAL. *

No. Contactos	No	%	No. Pacientes X Contacto.
1	457	76.6	597
2	85	14.2	140
3	25	4.2	55
4	17	2.8	30
5 --	9	1.5	13
s/d	4	0.7	4
TOTAL.	597	100.0	597

* Fuente: Expedientes muestreados.

CUADRO 28. FORMA ACTUAL DE CONTROL MEDICO.*

Forma Actual de Control Médico.	No.	%
Internado	2	0.4
En consulta externa	64	10.7
Fuera del HFBA	59	9.9
Se ignora	469	78.6
S/D	3	0.5
TOTAL	597	100.0

* Fuente: Muestra de expedientes

CUADRO 29. MOTIVO DE EGRESO DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS EN LA MUESTRA DE EXPEDIENTES. *

Motivo de Egreso	Primer - Contacto	% (1)	Segundo - Contacto	%	Tercer Contacto	%
Alta	200	36.0	58	41.5	27	49.1
Muere ó abandono de C.E.	294	52.9	55	39.3	23	41.9
Atención familiar	22	3.9	2	1.4	2	3.6
Traslado	30	5.4	10	7.1	1	1.8
Defunción	2	0.4	1	0.7	1	1.8
Moros	8	1.4	4	2.9	1	1.8
S/D	41		10	7.1		
TOTAL	597	100.0	140	100.0	55	100.0

* Fuente: Expedientes

SERVICIO CON QUE EL PACIENTE ENTRA EN CONTACTO EN EL HOSPITAL. *

Servicio que atiende al paciente.	Primer Contacto	%	Segundo Contacto	%	Tercer Contacto	%
C.E.	338	56.6	52	37.1	20	36.4
H Piso 1 (M.I)	12	2.0	3	2.1		
O Piso 2	48	8.0	14	10.0	6	10.9
S Piso 3	37	6.2	12	8.6	5	9.1
P Piso 4	40	6.7	13	9.3	8	14.5
I Piso 5	41	6.9	16	11.4	5	9.1
A Piso 6	44	7.4	19	13.6	6	10.9
L Piso 7	33	5.5	11	7.9	5	9.1
S/D	4	0.7				
T O T A L	597	100.0	140	100.0	55	100.0

Fuente: Expedientes de la muestra.

DIAS DE INTERNAMIENTO EN CADA CONTACTO. *

DIAS (1) Estancia	Primer Contacto	%	Segundo Contacto	%	Tercer Contacto	%
Hasta 1 mes	82	32.2	27	30.7	15	42.9
Hasta 2 meses	69	27.1	26	29.6	10	28.6
Hasta 3 meses	47	18.4	12	13.6	6	17.1
De 3 a 6 meses	37	14.5	15	17.0	4	11.4
más de 6 meses	12	4.7	6	6.8		
S/D	8	3.1	2	2.3		
T O T A L	255	100.0	88	100.0	25	100.0

* Muestra de expedientes

(1) Sólo para internados.

Variables recolectadas de 597 expedientes del H.P.F.B.A. elegidos por muestreo sistemático, de pacientes atendidos en dicha institución desde su inicio en 1967 hasta la fecha.

No. pregunta	Variable
1	No. expediente
2	Sexo
3	Edad en la fecha del último contacto (preg. 19)
4	Estado civil en la fecha de último contacto
5	Lugar de residencia al enfermar (pregunta 14)
6	Estado migratorio al enfermar
7	Factores hereditarios de tipo psiquiátrico en familiares anotados en el expediente, obtenidos por interrogatorio. (con exclusión de alcoholismo).
8	Ubicación familiar (jefe, ama de casa, dependiente, cooperativamente, vive en asilo).
9	Relaciones familiares antes del inicio del padecimiento (buenas o malas).
10	Historia ocupacional (adecuada, irregular, nula, cambios provocados por el padecimiento).
11	Ocupación previa al padecimiento.
12	Ocupación posterior al padecimiento (dato de la fecha de último contacto).
13	Fecha de inicio del padecimiento (si tiene varios diagnósticos, del menos crónico).
14	Ocupación de quien lo sostiene económicamente mientras está enfermo, o si es ama de casa, estudiante, etc.

- 15 Atribución casual (se da entremezclada la popular con la mé-
dica; en todo caso, se da preferencia a la declarada por el
paciente o su familia).
- 16 Existencia de situaciones sociales traumáticas relacionadas
claramente con el bióte del padecimiento a juicio del investi-
gador, dentro de lo reportado en la historia (p. ej. despido -
del trabajo, quiebra del negocio, muerte de familiares por --
hambre, asesinato político, etc.).
- 17 Conducta seguida ante el padecimiento antes de acudir al hos-
pital.
- 18 Número de contactos con el hospital (termina un contacto --
cuando deja de acudir a más de 3 citas en consulta externa, -
cuando se separa del hospital por más de 6 meses o al salir
del hospital en caso de estar internado).
- 19 Fecha del último contacto registrado en el expediente.
- 20 Si está bajo control médico en el hospital, fuera de él, o si
no se sabe.
- 21 Servicio con el que entró en contacto la primera vez que --
acudió al hospital.
- 22 Fecha del primer contacto .
- 23 Días que estuvo internado en caso de hospitalización
- 24 Motivo de egreso (abandono de la consulta, fuga del hospital,
alta, etc.).
- 25 Si hubo o no acuerdo en el diagnóstico desde que entró hasta
que salió.
- 26 Diagnóstico de egreso del padecimiento menos crónico .

- 27 Diagnóstico de egreso del padecimiento más crónico (si lo hay).
- 28 a 34 Mismos datos que 21 a 27, pero referidos al segundo contacto con el hospital en aquellos que hayan acudido más de una vez.
- 35 a 41 Ídem del 3er. contacto.

(Hay hasta 6o. contacto, pero sólo se trabajará hasta 3ero., ya que son muy pocos los que tienen más de 3.).

HOJA DE CODIFICACION.

Columna	Variable	Código
1 a 5	Número de expediente	Número
6	sexo	masc - 1 fem - 2
7 y 8	edad (en la fecha de último cont.)	años cumplidos
9	estado civil (fecha último cont.)	1-soltero 5-viudo 2-casado 6-otros 3-divorciado o separado 4-unión libre
10	lugar de residencia (cuando enfermó)	1-México D. F. y alrededores urbanizados (Tlanepantla, Naucalpan, etc.) 2-México D. F. y alrededores no urbanizados (colonias de "paracaidistas", no regularizadas, etc. Xochimilco, Cd. Netzahualcoyotl...) 3-Ciudades de provincia 4-Región rural, (y pueblos chicos) 5-otro país
11	estado migratorio (cuando enfermó)	1-originario y resid. de una misma ciudad 2-originario y resid. rural 3-orig.rural y resid. urbano 4-orig. de otro país y resid. urbano 5-orig. de una ciudad y resid. en otra distinta 6-orig.urbano y resid. rural 7-orig. de otro país y resid. rural
12	factores hereditarios psiquiátricos	1 - sí 2 - no 3 - se ignora
13 y 14	ubicación familiar (cuando enfermó) o si proviene de granja	1- sostiene económicamente a la fam. 2- responsable de labores domésticas 3- anciano que depende de hijos o familiares directos (esposo, padres)

Columna

Variable

Código

- 4- coopera con 1 con familia directa
- 5- coopera con 2 con fam. directa
- 6- no coopera, depende de fam. directa
- 7- sólo estudia, depende de ~~fam. direc.~~
- 8- anciano, depende de familiares lejanos o amigos
- 9- coopera con 1 con fam. - lejanos...
- 10- coopera con 2 con fam. - lejanos...
- 11- no coopera, depende de ~~fam. lej.~~
- 12- sólo estudia, depende de familiares lejanos o amigos
- 13- vive en granja, asilo, etc.
- 14- vive solo, se basta a sí mismo
- 15- vive solo, no se basta a sí mismo (requiere limosna, etc.)
- 16- coopera con 1 con familia directa
sólo estudia, depende de ~~fam. direc.~~
- 17- responsable de labores domésticas
coopera con 1 con familia directa

15 Relaciones familiares antes del inicio del padecimiento

- 1- adecuadas 2- inadecuadas

16 y 17 Antecedentes ocupacionales ("trabajo" se refiere también a labores del hogar o estudios, - según cuál haya sido la ocupación habitual del paciente)

- 1- Nunca ha trabajado (ni en el hogar como responsable)
- 2- Trabajo irregular aún antes de enfermar
- 3- Trabajaba adecuadamente antes de enfermar; luego su trabajo ha sido irregular
- 4- Trabajaba adecuadamente antes de enfermar; luego

Columna

Variable

Código

- no ha vuelto a trabajar
- 5- Fuera de el los episodios de enfermedad trabaja adecuadamente
 - 6- Toda su vida económica - mente activa trabajó adecuadamente; enfermó ya de edad avanzada (más de 60 años), ya jubilado o dependiendo de familiares jóvenes
 - 7- Su trabajo es inferior al - de la mayoría de la gente, pero de acuerdo con su capacidad coopera al sostenimiento económico de la familia
 - 8- Se ha dedicado sólo a estudiar, aún actualmente, en forma aceptable
 - 9- Su padecimiento no interfiere aún en forma impor tante con su ocupación, o bien se sobrepone y continúa trabajando

18 y 19

Ocupación previa al surgimiento del padecimiento

- 1- asalariado urbano (obrero)
- 2- asalariado rural (jornalero)
- 3- pequeño comercio propio o taller
- 4- empleado en comercio ajeno (mediano)
- 5- burócrata (empleado del - gobierno)
- 6- oficinista (empresa privada)
- 7- empleado del gobierno jublado (incluye militares)
- 8- campesino (no asalariado)
- 9- no trabajaba aún antes de enfermar
- 10- labores del hogar (ama de casa)
- 11- Servicio doméstico o maquila etc., con o sin 10
- 12- empleos esporádicos diversos que no requieren ninguna capacitación, pepena

Columna

Variable

Código

- dor, prostitución, bolero, limosnero, etc.
- 13- Servicios: chofer, velador, elevadorista, guía turistas, peluquero, etc.
- 14- Estudiante
- 15- Actor, artista, cantante, músico, fotógrafo, etc.
- 16- Albañil, pintor, plomero, barnizador, carpintero, zapatero, artesano, mecánico, modista, sastre, etc.
- 17- Jubilado de PEMEX, IMSS, línea de camiones, etc.
(No exburócrata 7)
- 18- minero
- 19- estudia y trabaja en 4, 5, 6 ó 21
- 20- profesionista con empleo a decuado a su preparación
- 21- empleado en gran almacén (Liverpool, etc.)
- 22- campesino y pequeño co - merciante
- 23- soldado, policía, etc. (ac tivo)
- 24- 7 y 13
- 25- maestro (normalista)
- 26- 14 y 3 ó 33
- 27- Sacerdote
- 28- empleado en servicios en el gobierno y 16
- 29- propietario de granja mediana
- 30- comercio mediano propio, taller mediano, pequeño - capital
- 31- obrero desempleado en ese momento
- 32- 33 y 16
- 33- pequeño comercio indigente
- 34- campesino y 16
- 40- empresa capitalista propia
- 44- empleado de empresa compe titiva
- 54- empleado en 3

Columna	Variable	Código
20 y 21	Ocupación posterior al surgimiento de la enfermedad (datos más recientes del expediente)	Mismo código anterior, además - 98- coopera en el hogar (bajo supervisión) 99- ninguna (no puede trabajar)
22 y 23	Ocupación de quien lo sostiene económicamente mientras está enfermo (datos de la fecha de último contacto) o cuando por la enfermedad deja el trabajo; o si es hijo o ama de casa	Mismo código de ocup. previa, y 99- aún enfermo depende de sí mismo económicamente (o la enfermedad no le impide trabajar) 98- depende de institución (granja, asilo, etc.) 97- depende de limosna o ayuda esporádica de familiares 96- La familia busca alguna forma de obtener empleo para subsistir mientras está enfermo (porque él es el sostén básico)
24 y 25	Fecha de inicio del padecimiento (si hay más de uno, del anotado en primer lugar en "diagnóstico de egreso", que será de preferencia alguno no congénito). o el menos crónico de los anotados)	dos últimas cifras del año en que se inicia según el expediente (datos de historia clínica, o los más congruentes que se encuentren) 99- se ignora
26 y 27	Atribución causal (familiar y/o médica)	1- desempleo o quiebra 2- problemas en el trabajo 3- problemas económicos (sin precisarse como 1) 4- problemas familiares ("puros") 5- probl. familiares por causa de 1, 2 ó 3 6- Daño orgánico (de causa precisable o no) 7- situaciones traumáticas no relacionadas aparentemente con el trabajo (muertes, etc.) 8- causa mágico-religiosa 9- no se explicita en el expediente

Columna

Variable

Código

		<p>diente la atribución causal, sólo se menciona el padecimiento (p. ej. "alcoholismo", o psicosis alcohólica por alcoholismo, etc.)</p> <p>10- consecuencia de tratamiento médico</p> <p>11- daño orgánico relacionado con el trabajo (directamente o no)</p> <p>12- enfermedad congénita o relacionada con la herencia</p> <p>13- no hay acuerdo en el expediente (se mencionan varias posibilidades al respecto)</p> <p>14- predisposición biológica y 1, 2 ó 3 como desencadenante (así explícito en el expediente)</p> <p>15- desencadenado por ingestión de droga</p> <p>16- desencadenado por padecimiento infeccioso</p> <p>17- predisposición biológica y 7 como desencadenante</p>
28	determinantes causales sociales	<p>1- Existen factores de trabajo, o de dificultades económicas o políticas que influyen aparentemente en el surgimiento del brote de la enfermedad, sea directa o indirectamente</p> <p>2- No existen factores externos de ese tipo que condicionen la aparición del brote</p> <p>3- No puede precisarse 1 ni 2 a partir de los datos consignados en el expediente</p>
29 y 30	acción ante la enfermedad antes de llegar al hospital FBA	<p>1- estaban a la expectativa</p> <p>2- atención médica particular (PRIVADA)</p> <p>3- atención institucional tipo IMSS, ISSSTE, PEMEX, etc.</p>

Columna	Variable	Código
		4- atención institucional privada
		5- atención institucional SSA
		6- otra atención instit. ó no especificada
		7- manejo familiar "compre <u>n</u> sivo"
		8- manejo familiar "represi <u>v</u> o"
		9- ninguna (indiferencia)
		10- psicoanálisis
		11- combinación de 1, 5 8 y/o 7
		12- combinación de 1, 5 y 3
		13- combinación de 2 y 6
		14- combinación de 2, 5 y cu <u>r</u> andero
		15- combinación de 2 y 5
		16- 2 y curandero
		17- curandero
		18- 2, 3, 4 y 5
		19- 2, 4 y 5
		20- 2 y 4
31 y 32	Contactos con el HFBA	Número de contactos
33 y 34	fecha del último contacto	Dos últimas cifras del año
35	control actual del paciente (mé <u>d</u> ico)	1- consulta externa 2-a 7 número del piso (si es interno) 8- fuera del hospital 9- ninguna o se ignora
36 a 51	datos del primer contacto con el HFBA:	
36	Servicio con el que entró en contacto	1- consulta externa 2 a 7 - piso 8- primer piso (cirugía, me <u>d</u> icina interna)
37 y 38	Fecha en que inició el contacto	dos últimas siglas del año
39, 40 y 41	días estancia en caso de internarse	número de días. Si no estuvo internado porque el contacto -

Columna

Variable

Código

fue con consulta externa - 999
si más de 999 días - 998

42	motivo de egreso (sea de hospitalización o de consulta externa)	1- alta, por remisión o mejoría 2- fuga del hospital o abandono de la consulta externa 3- petición familiar 4- traslado a otro hospital o institución (granja) 5- defunción 6- otros (p. ej. si abandona la consulta externa porque se le interna) 9- no ha egresado (está internado o en control en cons. ext.)
43	Acuerdo en el diagnóstico de ingreso, durante su estancia y de egreso	1- sí 2 - no
44, 45, 46 47	Diagnóstico de egreso (anotar en primer lugar el padecimiento iniciado más recientemente, y luego si hay otro, el siguiente en orden de aparición)	Anotar cifras de la clasificación de enfermedades de la oms 999- no viene por enfermedad mental 998- no se hace diagnóstico
48, 49, 50 51	Diagnóstico de egreso	Igual
52 a 67	Datos del segundo contacto	
68 a 79	Datos del tercer contacto	

En caso de cuarto, etc. usar el siguiente renglón anotando el número de expediente en las primeras 5 columnas, y usando 16 columnas para cada nuevo contacto a partir de la columna 36.

En todos los casos, si no hay datos anotar 0

CIE - 8, CAP. V. TRASTORNOS MENTALES

- 290 Demencia senil y presenil
- 291 Psicosis alcohólica
- 292 Psicosis asociadas con infección intracraneal
- 293 Psicosis asociadas con otras afecciones cerebrales
- 294 Psicosis asociadas con otras afecciones somáticas
- 295 Esquizofrenia
- 296 Psicosis afectivas
- 297 Estados paranoides
- 298 Otras psicosis
- 299 Psicosis no especificada
- 300 Neurosis
- 301 Trastornos de la personalidad
- 302 Desviación sexual
- 303 Alcoholismo
- 304 Adicción a las drogas
- 305 Trastornos somáticos de origen psíquico presumible
- 306 Síntomas especiales no clasificables en otra parte
- 307 Trastornos transitorios de inadaptación a situaciones especiales
- 308 Trastornos de la conducta en la infancia
- 309 Trastornos mentales, no especificados como psicóticos, asociados con afecciones somáticas
- 310-315 Oligofrenia
- 345 Epilepsia

ENTREVISTA AL PERSONAL.-

CUESTIONARIO.

I.- ASPECTOS RELATIVOS AL TRABAJO QUE DESEMPEÑA Y COMO LO SIENTE.

- 1) Qué actividades le corresponde realizar en su jornada de trabajo?
- 2)Cuál es su ubicación en la organización jerárquica del hospital? cuál su antigüedad en la institución?
- 3) Se siente agusto con su trabajo? por qué?
- 4) Considera que corre riesgos de daño en el desempeño de su trabajo? cuáles?
- 5) Qué grado de utilidad daría al trabajo que usted hace para la curación del paciente?
- 6) Por qué trabaja en este lugar?
- 7) Cuáles considera que son los problemas que tiene en común con el resto del personal del hospital?
- 8) Cómo piensa que pueda encontrárseles solución?

II.- ASPECTOS RELATIVOS AL "OBJETO DE TRABAJO" (EL PACIENTE):-

- 1) Qué significan para usted los pacientes?
- 2) Qué opina de ellos? de su comportamiento?

- 3) Qué opina del trato que se les da en el hospital?
- 4) A qué piensa que se debe la fuga de pacientes?
- 5)Cuál o cuáles piensa que son las causas de su enfermedad?
- 6) Cree que hay pacientes que no están realmente enfermos pero son internados?
- 7) Si usted o algún familiar enfermara de la mente y usted tuviera toda la libertad de escoger qué hacer por él ¿qué haría?

III.- ASPECTOS RELATIVOS AL "INSTRUMENTO DE TRABAJO" (LA PRACTICA Y EL SABER PSIQUIATRICOS).-

- 1)Cuál es su opinión sobre la calidad de la atención en el aspecto de medicina general a los pacientes en el hospital?
- 2)Cuál es su opinión sobre la calidad de la práctica psiquiátrica que se hace en el hospital?
- 3) Qué utilidad ve en el uso de medicamentos para tratar a los enfermos mentales?
- 4) Qué importancia le da al hospital dentro de nuestra sociedad? por qué?
- 5) Encuentra alguna diferencia entre la psiquiatría actual y la del tiempo de la Castañeda? cuál?

PUNTOS A EXPLORAR EN EL ESTUDIO DE CASOS.-

I.- AL PACIENTE Y SUS FAMILIARES

1) Datos generales del paciente: sexo

edad

revisión cuidadosa por interrogatorio

de factores hereditarios o lesión orgánica, fracción de clase y sus variaciones durante la vida.

2) Historia del padecimiento: condiciones previas, motivo del brote, forma de experimentar el paciente y la familia y la comunidad, acciones, etc. (versión del paciente, de la familia, del médico tratante y de la historia clínica). Qué opina de la enfermedad que padece.

3) Historia de la vida del paciente:

- Familia y habitat (fracc. clase, cond. existencia...)
- Desarrollo bio-psíquico, ambiente familiar, ambiente escolar, ambiente social.
- Inserción en el proceso de trabajo: historia laboral, cómo la experimenta, cómo se dan en el grupo familiar las repercusiones de esa inserción de los distintos miembros.

4) Contacto con el hospital:

- Cómo y porque llegó
- Qué opina de la atención, las soluciones que se le ofrecen
- Si ha variado su opinión sobre la enfermedad, y su conducta, a consecuencia del contacto con el hospital

Al llegar, consiguió un trabajo en una fábrica de ropa para sufragar los gastos que la estancia en la Ciudad y el tratamiento de la madre ocasionaban. En esos dos meses que pasó en México, conoció a Renato, un joven artesano que trabajaba como grabador en un pequeño taller, y empezó a salir con él. Luego tuvo que volver a su pueblo, al ser dada de alta la madre.

En 1962, Marta resistía mal el duro trabajo que desempeñaba como costurera para sostener a sus hermanos; se sentía nerviosa y angustiada, la madre estuvo viviendo con ellos en ese tiempo y la regañaba continuamente. Finalmente empezó a sufrir crisis de llanto y desvanecimientos. Ella lo atribuye a la mala alimentación que recibía, a la constante presión económica en que se encontraba para sostener a la familia y al excesivo esfuerzo que realizaba en su trabajo. Consultó con un médico que le recomendó venir a atenderse de los nervios a México.

Siguiendo el consejo recibido, se trasladó junto con su hermana al D. F. En ese año empezó a acudir a sus consultas en el Instituto Nacional de Neurología, sosteniéndose como costurera en una casa de modas; la hermana se hacía cargo de las labores domésticas y ella aportaba el dinero. Durante todo ese año, estuvo viendo a Renato. Su salud mejoró, pero el salario que percibía era poco, el trabajo excesivo (9 a 10 horas diarias), y cuando después de un año solicitó un aumento y se le negó, decidió abandonar el taller y trabajar por su cuenta. Así vivió algunos meses, en que confiesa que el trabajo era más intenso que en la casa de modas, y el ingreso no mucho mejor. Pero esta situación no duró demasiado, porque se casó con Renato, que para sostenerla dejó su taller de grabador y obtuvo empleo en Teléfonos de México, como obrero (colocador de cables). Su hermana vivió con ellos hasta que poco después se

casó también.

Su nueva vida fue un poco más cómoda que la anterior, se sentía conforme. El problema, dice, es que su esposo era "muy frío". Por eso, ya Dios le dió un nuevo esposo que es el Espíritu Santo. Ella y Renato tuvieron su primer hijo al año de matrimonio. A los 2 años, el segundo. Posteriormente tuvo varios abortos, y hace dos años nació su tercer hijo. Cuando hay problemas en la familia (casi siempre por falta de dinero o por "falta de marido"), Marta se pone muy nerviosa, le vuelven los mareos y las crisis de llanto; pero Renato no se da cuenta, porque cuando regresa del trabajo ella ya se encuentra controlada. En general, piensa que su marido es un buen hombre, y que le ha dado una vida más o menos buena.

La familia.

Renato trabajó en Teléfonos de Mexico durante 13 años, a partir de su matrimonio con Marta. En 1976, le informaron que iba a ser trasladado a provincia, a un sitio muy caluroso, con temperaturas de más de 40 grados centígrados. Su tercer hijo acababa de nacer en ese año. Cuando Marta supo lo del cambio se puso muy angustiada, pero ambos decidieron no someterse a ese traslado. Renato buscaría otro trabajo y, de ser necesario también Marta trabajaría. Por supuesto, las relaciones dentro de la familia eran algo tensas y predominaba un ánimo de depresión; Marta recuerda que su esposo fue en estos últimos años más frío que antes.

Finalmente, Renato se quedó sin trabajo al ~~negarse~~ negarse a aceptar el cambio, y empezó a buscar otro. Vivieron durante unos meses de lo que tenían ahorrado,

y Marta cuando podía cosía vestidos que le encargaban. Al fin, el esposo se colocó como dibujante en un pequeño taller de artes gráficas, en donde trabaja actualmente. Percibe un salario similar al que tenía en su empleo anterior, y tiene derecho a atención médica del Seguro Social, aunque no tenga otras prestaciones.

Seis meses después de la salida del marido de Teléfonos de México, Marta empezó a oír la voz en su cabeza. Le dijo que era Jesús, que iba a acabarse el mundo pronto y que ella iba a tener un hijo. Le dice muchas cosas, la voz; le indica qué hacer en cada momento. Cuando le platicó a Renato que iba a tener un hijo de Dios, él no le hizo caso. Lo dijo a sus hijos mayores, pero ellos le creen al papá y no a ella. Por último dejó de hablar de esto porque no le creían y se burlaban de ella, pero desde entonces ha estado muy preocupada por cumplir la misión que se le ha encomendado, y no sabe cómo convencerá a la gente. Cuando el Espíritu Santo la fecundó, piensa que todos los vecinos oyeron; pero nadie le comentó nunca nada.

El 17 de septiembre Marta salió a la calle con su hijo más pequeño en brazos, siguiendo las órdenes de la voz; iba a salvarse de los flictos. Cuando andaba por la calle, ellos la encontraron y la trajeron a encerrar al hospital, le arrebataron a su niño. Ella protestó y se defendió, pero los flictos son más poderosos. Desde entonces está internada.

Hace poco más de un mes que llegó al hospital. Renato la ha visitado dos veces, los domingos; entre semana no puede dejar el trabajo, y ahora que está solo con los niños... Una hermana de él está viviendo en su casa para atender al menor.

Cuando Renato se enteró del internamiento de Marta se sintió bastante molesto, no cree que ella deba estar aquí y además él y sus hijos la necesitan.

Recuerda que estuvieron viendo la televisión el sábado; ella decía que alguien quería hacerles daño. A veces Marta dice cosas raras; hace un tiempo se figuraba que iba a tener un hijo... En la tarde él se fue con los amigos, y cuando volvió a la casa ya en la noche los hijos le dijeron que su mamá había salido con el hermano más chico. No volvió en toda la noche; él se enojó, pero luego empezó a preocuparse y a preguntar a algunos vecinos si no la habían visto; nadie sabía nada de ella. Entonces empezó a pensar que tal vez se habría ido a su tierra enojada por algo. Ultimamente no habían ido muy bien las cosas, ella se comportaba en forma extraña y él llegaba cansado por la noche.

El lunes por la tarde llegó una señorita que le entregó a su hijo más pequeño y le informó que Marta estaba en el hospital y que el niño había pasado el fin de semana en una casa de cuna hasta que se pudo averiguar la dirección de sus familiares. En el primer momento pensó que habría sufrido algún accidente, pero le explicaron que estaba en un hospital para enfermos mentales.

Renato ya sabía que antes de casarse habían tratado a su esposa de los nervios. Pero no había vuelto a estar mal desde entonces. Es cierto que había algunas cosas poco comunes en su comportamiento, pero no como para pensar que estaba loca.

El martes faltó al trabajo para ir al hospital; se le indicó que tendría que esperar dos semanas para ver a su paciente, y que tendría que acudir a hablar con el médico cuando se le avisara. Así que volvió hasta 15 días después, el

domingo para la visita. Y aún no ha recibido notificación de acudir a hablar con algún médico, pues como él sólo puede ir en domingo, piensa que por eso no le dicen nada. Pero él quisiera hablar con el doctor para ver si ya se la puede llevar; porque la ve muy triste, dice que quiere irse, y él ya la necesita en la casa. Actualmente no está muy seguro de si ella está o no enferma de algo.

En cuanto a su trabajo, está conforme con el que tiene. Dice percibir aproximadamente \$1 300 semanales; claro que preferiría una paga mejor, pero el patrón dice que no es posible. Es un taller pequeño donde labora, dibuja letras o monogramas, y su jornada es de 8 a.m. a 7 p.m., con tiempo para salir a comer. Viaja de casa al taller en camión, y el viaje dura aproximadamente 1 hora. Los problemas de salud a causa del trabajo que podría mencionar son principalmente dolores de espalda y a veces de cabeza. Reconoce que está poco en su casa, y ahora que no está su mujer la vida se le ha complicado mucho. Los hijos están tristes sin la madre, el segundo da problemas con las tareas escolares, y en general la organización familiar se ha visto alterada desde que Marta está en el hospital.

El hospital.

En el expediente de la paciente se encuentra la historia clínica de ingreso, y después únicamente las prescripciones de medicamentos y algunas instrucciones para las enfermeras.

La nota de ingreso refiere que la paciente, femenino de aproximadamente 40 años, fue traída por una patrulla de la delegación Xochimilco por andar va-

gando por las calles con un menor desnudo en brazos. El médico legista diagnosticó confusión mental.

En el hospital se la encontró desorientada, con delirios y alucinaciones. Es internada y el niño enviado a la casa de cuna. La paciente refiere haber sido atendida en el I.N.N. hace 13 años, y da su dirección. Dos días después de su internamiento se sabe que es derechohabiente del IMSS como esposa de asegurado, y es trasladada a la sección correspondiente. (El retraso se debió a que llegó en fin de semana).

La opinión de los médicos que la han visto es que se trata de una paciente cuya patología probablemente es derivada de un daño orgánico neurológico, con cierto grado de oligofrenia, o bien se trata de una esquizofrenia paranoide. De todas formas, aunque parecer ser un padecimiento crónico, este aparenta ser un brote agudo. Por otra parte, no ha respondido muy bien al tratamiento farmacológico, y aún continúa con delirios y alucinaciones, lo que hace temer un mal pronóstico para la paciente.

Por su parte, Marta no se mezcla mucho con las demás internas. Ella es diferente, no está enferma. Oye a Dios y tiene una misión que cumplir. Está encerrada injustificadamente, piensa.

- Marta ¿quiénes son los flictos?
- Tú puedes ser un flicto.
- ¿Tú eres un flicto?
- No, yo soy una gentil
- ¿Cómo reconoces a los flictos?

- Ellos le quitaron a mi esposo su trabajo. Son los que salen en la televisión, el presidente y todos ellos. Los doctores son flictos. Tú eres un flicto. -
(Se queda un momento en silencio, escuchando). Me dicen que ya no hable - contigo.

- Marta ¿quiénes son los gentiles?

- Los padres (se refiere a sacerdotes) son gentiles. Yo, también mis hijos - van a ser gentiles... hay muchos gentiles... y muchos flictos.

- ¿Son malos los flictos? ¿te quieren hacer daño?

- No... (me mira nerviosamente). Son buenos... no me hacen nada... (se que da escuchando). Ya no puedo seguir hablando contigo. Voy a rezar.

Y se aleja con su paso de robot lentamente por el pasillo, hasta perderse en el interior de su habitación.

d) Un hombre y los límites de su resistencia.

La mujer se aproxima al mostrador para solicitar la consulta mientras el hombre permanece un poco alejado, mirando el suelo con la cabeza baja. Ella tiene marcas de golpes visibles en la cara. Luego se sientan a esperar, sin hablar. Al fin les llega el turno y pasan a consulta.

- ¿Quién es el paciente?

- El, doctor.

- ¿Vamos a ver, ¿qué le pasa?

- Es que toma mucho y luego nos pega, doctor...

Empieza a llorar, platica que anoche su esposo llegó a la casa tarde, borrau.

cho, y como ella lo recriminó empezó a golpearla, los niños despertaron y también los atacó; hasta que un vecino tocó la puerta los dejó en paz para ir a gritarle que se largara, y luego él mismo salió y volvió hasta hoy a media mañana. Ella le advirtió que si no iba inmediatamente a ver a un doctor, se iría llevándose a sus hijos. Entonces él accedió a ser traído al hospital.

El paciente ya había venido a consulta hace dos años, por la misma razón. Pero luego abandonó la consulta porque empezó a trabajar en una tienda como empleado, y no podía acudir a sus citas. Durante la entrevista casi no habla. Se ve deprimido, permanece con la cabeza baja y las manos entrelazadas; sólo al examen mental y a las preguntas directas del médico contesta con voz débil, pero adecuadamente; dice que estaba ebrio y no recuerda bien lo que hizo. Ayer se fue con unos amigos a comer porque era día de pago; estuvieron tomando, y él cuando empieza a beber ya no puede dejar de hacerlo. En la noche uno de ellos lo acompañó a su casa, casi no recuerda cómo llegó. No sabe qué hacer para curarse, le han dicho que es una enfermedad, y él quisiera aliviarse. Se siente muy mal por lo que hizo a su señora y a sus niños.

En cuanto a la opinión médica, hace dos años se pensó que era un padecimiento orgánico del tipo de la epilepsia del lóbulo temporal, por las crisis de agresividad que presentaba, pero también podría ser una neurosis de carácter. Ahora el médico indica que debe asistir a que se le tome un electroencefalograma, y prescribe epamín y valium; le recomienda al paciente que ya no golpee a su familia porque si no lo van a internar en el hospital, o hasta a la cárcel podría ir a dar.

La historia.

Jorge tiene 26 años. Se casó con Julia cuando él tenía 20 y ella 18; actualmente tienen 3 hijos, de 5, 3 y 1 año. Él empezó a embriagarse desde los 23, poco después de que nació su segundo hijo. Un año después probó también la marihuana, y en ese entonces vino a consultar por vez primera al hospital; tenía miedo porque sentía que no podía controlarse. Casi siempre que bebe golpea a la esposa, y a veces también ha pegado a los niños. No sabe por qué lo hace, cuando toma un poco ya no se puede detener hasta que se embriaga.

Jorge nació en la Ciudad de Mexico, y vivió siempre con sus abuelos maternos. La madre trabajaba como mensajera en una oficina del gobierno, y nunca supo él quién era su padre. Ella se ocupaba poco de él, todo el tiempo estaba lejos, trabajaba o salía con sus amistades. Cuando Jorge tenía 8 años, su mamá fue internada en la Castañeda porque decían que tenía psicosis; al salir del hospital dejó el trabajo de mensajera y se dedicó a ayudar a sus padres en un pequeño negocio de ropa que tenían.

Jorge estudió hasta segundo de secundaria, y luego empezó a trabajar. Siempre se sintió muy inseguro, temía que sus compañeros se burlaran de él, le costaba hacer amistades porque era muy desconfiado. Su primer trabajo fue como peón de albañil, a los 15 años; lo tomó porque quería salirse de la escuela, no le gustaba estudiar. Sin embargo, fue demasiado pesado para él, así que no duró mucho. Luego consiguió entrar a un almacén como dependiente. Ahí le fue bastante mejor, y duró varios años; incluso logró ascender hasta jefe de piso.

En 1973 se casó con Julia, que también era empleada en el almacén. Al principio se entendían bien. Pero cuando empezaron a llegar los hijos él se desesperaba mucho, no los quería oír llorar ni pelear, y cuando al llegar del trabajo quería hablar con Julia, ésta le comentaba los incidentes domésticos del día; Jorge se molestaba y decía que ella no se interesaba en sus asuntos. La esposa dice que cada vez se fue alejando más de la casa, y él acepta que no le gustaba estar ahí, así que cuando los amigos lo invitaban a tomar una copa al salir de la tienda, casi siempre los acompañaba. Luego llegaba a casa tomado, y sentía mucho coraje y a la vez pena con su familia. Si Julia le reclamaba algo, no podía contenerse y la golpeaba.

La consecuencia fue que lo despidieron del trabajo. Entonces empezó a vender aspiradoras de casa en casa, y vino por primera vez al hospital. Dicen que por un tiempo la medicina sí lo ayudó a mejorar un poco. Obtuvo un nuevo empleo en otra tienda más pequeña, pero se mostraba rebelde con sus superiores y les decía que él había sido ya jefe de piso en otro almacén. Al año siguiente nació su tercer hijo, su sueldo no bastaba ya para mantener a la familia como en años anteriores, Julia continuamente le reclamaba y se quejaba de él, y empezó a beber excesivamente otra vez. Poco después fue despedido por faltar al trabajo y por sus malos antecedentes de comportamiento, y regresó a la venta de artículos electrodomésticos a domicilio.

Actualmente se dedica a eso, y afirma que está mejor que en la tienda, porque él define la hora en que va a visitar casas, y con tal de que venda un número determinado al mes, no tiene problemas con el jefe de grupo. Pero cuando vende poco, dice Julia, apenas saca con las comisiones para sostenerlos. Ella se siente desesperada, no sabe qué hacer; no puede trabajar porque los ni

ños son todavía muy pequeños, pero ya está harta de causar lástima y tener que pedir a sus padres y hermanas a veces hasta la comida. Jorge también se siente mal y no sabe si aquí recibirá la ayuda que busca.

e) La locura en un profesional de la salud.

De pasante de Medicina a paciente del hospital.

Un joven pasea por el patio que está frente al hospital, "fuera" de éste. Se acerca a ofrecerme traducciones del inglés. Su aspecto es un poco extraño, como acartonado. Se apresura a aclararme que es pasante de Medicina pero que está en tratamiento por una esquizofrenia paranoide que se le desencadenó cuando no pudo obtener plaza para hacer su internado de pregrado. Su nombre es Juan, y en realidad aparte de la rigidez de la cara y el temblor de sus manos, se ve como cualquier otra persona.

En ese momento sale a llamarlo la madre. Antes de irse a la consulta me comenta brevemente que tiene problemas con ella. Entramos al consultorio, y una transformación imperceptible se opera en Juan. Ha dejado de ser una persona y se ha convertido en "el paciente". Empieza a referir al médico su historia, y éste corrobora con la madre toda la información que considera de algún interés. Es notable que lo que al paciente le parece importante (sus intenciones de curarse, sus sensaciones durante el brote psicótico, lo que piensa que causó su padecimiento, sus planes futuros) no es lo mismo que al médico se lo parece (cómo se ha portado en casa, si delira y alucina, si toma sus medicamentos). El médico acaba por decir al paciente que deje hablar a su madre. Entonces la actitud cambia un poco: ya son dos cuerdos los que dialogan.

Mientras el médico escribe su nota en el expediente, Juan empieza a platicar con el interno (cuyo lugar en la jerarquía profesional lo hace algo más accesible) sobre películas de cine, sobre las condiciones de trabajo durante el internado, y sobre todo lo que puede; ante el silencio condescendiente de los presentes (él es el paciente, nadie lo escucha) su monólogo se va tornando verborrérico, ansioso, hasta que finalmente la madre lo hace callar para que no interrumpa al Doctor. Así es conducido a jugar el papel de alguien sin juicio que no sabe cuando hablar y cuando callar.

La entrevista, observada por alguien ajeno a la profesión, se antoja algo grotesca en algunos momentos:

- Doctor, qué bonito es el escudo de su bata.
- Señora, ¿cómo se ha portado su hijo?
- Pues realmente bien, doctor. Lo veo bastante tranquilo.
- ¿Mucho trabajo doctor?
- Más o menos, ¿En qué se parece un pájaro a una mariposa?... ¿una guitarra a un violín?... ¿qué significa "el que a buen árbol se arrima buena sombra le cobija"?

Juan ensaya dos o tres explicaciones, y ante la mirada examinadora del médico se cohibe y termina por decir, en tono de disculpa, que tiene quemado el cerebro.

- ¿Está usted enfermo de algo, entonces? (La pregunta, que para considerarse correctamente respondida obliga a contestar afirmativamente, cosa que Juan sabe muy bien, suena por lo tanto y aún sin quererlo algo sarcástica).
- Pues claro, de la cabeza. (En el tono de la respuesta se acusa cierto resentimiento).

- Y qué le pareció su viaje a Guadalajara.

Juan se fue allá con un hermano a buscar trabajo y como tuvo uno de sus episodios en que se comporta en forma inconveniente, fue internado en una granja para enfermos mentales, de la que fue enviado hace unos días al hogar de su madre y hermanas en México. El médico, por supuesto, va a hacer una exploración mental, no es que le interese lo que Juan pueda decir de su viaje; eso todos los presentes lo saben, en este caso incluso el paciente.

Juan empieza a hablar, el médico simultáneamente a escribir. El entusiasmo de aquél va decayendo poco a poco, hasta que finalmente se calla. Sólo se escucha el enervante sonido de la máquina de escribir.

Allá afuera, en el patio, Juan me dijo que venían por una receta para conseguir más medicamento. En realidad, salen con ella, pero a condición de que siga viniendo periódicamente a control. No obstante, la mayor proporción de los pacientes no vuelven si no es indispensable.

En este caso, desafortunadamente, dos días después están esperando consulta una vez más Juan con su madre y una hermana. Se ve angustiado, tambaleoso, pero mantiene el control. En su personalidad de conocedor del tema (estudió la carrera de Medicina, y los 10 años que lleva enfermo a pesar de la prohibición que se le ha hecho de leer textos de psiquiatría, se ha dedicado a documentarse sobre su enfermedad), me pregunta cómo lo veo, dice que la reducción de la dosis prescrita en la anterior consulta no le sentó bien, y que aunque no le agrada quizá deba internarse para no dar molestias en su casa porque se siente muy inquieto y desesperado. Parece ser que la madre, la hermana y él lo han discutido y han decidido su internamiento. Mientras esperan el turno,

la madre y la hermana me relatan algunas de sus impresiones. En tanto platicá bamos, le tocó el turno a Juan y entró al consultorio. El médico salió indigna - do a buscar al familiar que venía con él, ni esperanzas de que fuera a aceptar la versión del "paciente".

La consulta se desenvuelve como de costumbre. Ni la familia ni Juan men - cionan lo del internamiento, pero sutilmente conducen a que el médico lo propon ga, y "el paciente" ingresa por tercera vez al hospital. En sus dos internamien - tos previos ha tenido los diagnósticos de "esquizofrenia paranoide" y "síndrome orgánico cerebral".

Uno de los médicos que lo vieron en esta ocasión, un residente de segundo año (en el patio la primera vez, Juan me dijo que se sentía como un conejillo de indias para que los residentes practicasen con él), opina que se trata de un en - fermo mental crónico con diagnóstico de esquizofrenia paranoide. Aclara que ha dicho "con diagnóstico de...", pero no que sea de hecho tal padecimiento, por - que está consciente de que el adjudicar un diagnóstico al paciente tiene repercus - siones en su futura evolución. Piensa que es probable que hay un daño orgánico, debido a lo rápido que responde al medicamento y a ciertos episodios de agresiv - dad que reporta el expediente; en el terreno de lo orgánico se muestra mucho más seguro, dice, por su formación como médico. En conclusión, es un daño orgánico o funcional (por otra parte, en psiquiatría no hay más que esas dos - alternativas). La importancia de precisar el diagnóstico, me aclara, es para - poder conocer el pronóstico y el tratamiento. Sin embargo, tanto quienes han diagnosticado esquizofrenia como quienes han diagnosticado daño orgánico han - prescrito el mismo medicamento antipsicótico; "claro, se trata de una psicosis",

me informa. El diagnóstico se establece según la sintomatología: conducta, afectividad, etc. En cuanto al desacuerdo entre los distintos psiquiatras que han visto al paciente, "como el diagnóstico se hace desde el punto de vista sintomológico, cada quien lo puede interpretar de distinta manera... el psiquiatra trabaja con algo abstracto". Sobre la causalidad de la patología mental, en general, "hay muchas orientaciones y todas son válidas porque nadie puede demostrar que no lo son. La causa es multifactorial".

Por lo que se refiere al tratamiento, la opinión de este médico es que el paciente sólo debe participar en el seguimiento de las instrucciones del psiquiatra, especialmente por lo que se refiere a los psicofármacos, aún si, como en el caso de Juan, tiene algunos conocimientos de los que más bien tiende a dudar, recalcando que se trata de personas en cuyo juicio no se puede confiar.

Respecto a la actitud del médico, éste debe cuidarse de las manipulaciones del paciente, y no debe vincularse afectivamente con él, porque si lo hace no podrá ser objetivo.

El pronóstico, piensa que es en general malo para los pacientes del hospital, porque los familiares no cooperan y echan a perder lo que el psiquiatra pueda lograr; en cuanto a Juan, piensa que es un paciente manipulador que quiere que todo gire en torno a él, y que como no pudo ser médico admira todo lo que se refiere a esta profesión, por eso es que se fijó en el escudo de su bata. Actualmente se encuentra controlado de su padecimiento, pero ya está deteriorado.

En el punto del deterioro, la madre me comunicó una impresión distinta: considera que Juan es el más inteligente de sus hijos, y cuando está contr

lado de su padecimiento aprende con la misma facilidad que antes de enfermar. Se podría argumentar que es la madre y por tanto su juicio es subjetivo; sin embargo el del médico también lo es, y con menos base ya que no puede hacer comparaciones, cosa que la madre sí; aparte, hay que reconocer que los médicos no fácilmente escapan del prejuicio que su formación profesional les ha inculcado, y que en la práctica parece expresarse en una hostilidad más o menos velada hacia cualquier portador de un trastorno mental.

La vida previa.

En la historia clínica de Juan se menciona que sufrió cierta hipoxia al nacer. La madre piensa que esa es la causa del trastorno actual.

Los padres de Juan vivían en una ciudad pequeña de provincia, el padre trabajaba como chofer de su propio camión transportando mercancía a México. La madre esperaba su tercer hijo, y el parto se inició mientras el padre estaba fuera. Una vecina llamó a la partera del lugar, que no fue capaz de atender adecuadamente un parto distócico, extrajo al producto con fórceps, y la reanimación no se realizó tampoco en las condiciones óptimas. Dice la madre: "pensé que moriría el niño". Pero vivió, creció y se desarrolló como sus dos hermanas mayores y el hermano que nació después de él; incluso fue el único que por sí mismo decidió seguir estudios profesionales y a juicio de la madre, es "el que tenía mejor cabeza para los estudios".

Juan estudió hasta cuarto año de Medicina. A los 19 años, cuando cursaba el segundo año en 1965, consultó por primera vez con un psiquiatra. Tenía pro

blemas con su familia, y temía que lo volvieran homosexual. Estuvo en tratamiento hasta 1968; tenía 22 años e iba a realizar su internado de postgrado. Dice que no pudo obtener plaza por problemas burocráticos; luego empezó a sentirse muy mal, como si fuera mujer, tenía miedo de ser homosexual, y pidió ser llevado al Instituto Nat. de Neurología. Ahí fue tratado y mejoró. Pero sólo volvió a trabajar desde entonces esporádicamente como pasante de medicina en algunos dispensarios. En 1970 lo internan en el hospital Lavista, saliendo nuevamente mejorado. Llegó al HFBA en 1973, ingresa y sale después de 4 meses. Vuelve en 78, egresando a los 3 meses. Fue entonces cuando se marchó con su hermano a Guadalajara a buscar empleo, y su comportamiento motivó que se le internara en un hospital psiquiátrico de esa zona. Al egresar de ahí volvió al hogar de su madre y hermanas, en donde estuvo los últimos días antes de ingresar por tercera vez al HFBA.

Su hermana Matilde tiene 38 años y trabaja (paradójicamente) en las oficinas de una compañía transnacional de productos farmacéuticos como secretaria. Es la responsable del hogar desde que murió su padre, hace 2 años, a causa de un cáncer de duodeno después de haber padecido úlcera durante varios años, según Matilde ocasionada por la tensión propia de su trabajo y la preocupación debida al estado de Juan. Comenta con un gesto de amargura profunda que le ha sido muy difícil asimilar lo ocurrido a su hermano, piensa que toda su vida se ha visto afectada por este hecho; incluso esta última vez tuvo que salir precipitadamente de su trabajo al recibir la llamada de la madre sobre el agravamiento del hermano, "a ver si un día no me corre", dice. Piensa que nadie que no lo ha vivido puede comprender lo que significa la situación por la que pasan, y que lo ha logrado superar gracias al apoyo que encuentra con sus creencias re

ligiosas, en la filosofía que les inculcó su padre y en algunas pocas amistades en quienes ha logrado confiar. En cuanto a la atención psiquiátrica, menciona varias causas por las que la considera deficiente, diciendo que ha constatado - que el paciente es para el médico sólo un número más.

La madre comenta: "no le desearía pasar lo que hemos pasado a nadie". Se le nota nerviosa, pero da la impresión de no mostrar sus verdaderos sentimientos. Aparenta una indiferencia y a la vez una preocupación poco espontáneas.

La otra hermana de Juan trabaja como secretaria en una oficina de la compañía IBM, y coopera con Matilde al sostén de la familia. El hermano menor vive con su esposa y 3 hijos en Guadalajara atendiendo el negocio de productos de plástico que su padre logró establecer años antes de morir (Juan me confió que está divorciándose, cosa que la madre ignora o prefiere no divulgar).

El "paciente" tiene la palabra.

Juan tiene actualmente 35 años, obtiene algunos ingresos haciendo traducciones y cuando está mejor, dando consulta en dispensarios; por lo demás, dejaremos que él mismo nos dé sus propias impresiones.

Es difícil reconocer en el paciente con el pelo cortado al estilo de la institución, con un sweater raído de colores chillantes, que hace fila para que le sirvan en el jarro que lleva en la mano el atole de la merienda, al Juan que vi hace dos días en la confortable sala de su casa, en uno de los nuevos fraccionamientos de los suburbios de la Ciudad.

Juan está convencido de que su problema es una enfermedad, igual que si cualquier otra parte de su cuerpo estuviera mal. Piensa que sus brotes se deben a que desobedece al médico sobre la toma de medicamentos, y promete no volverlo a hacer para no recibir tal "castigo". Ha leído libros de psiquiatría, y sobre todo de farmacología psiquiátrica, pues todos le dicen que en los medicamentos está su única esperanza. Sabe que el tratamiento que le dieron en Guadalajara hizo remitir los síntomas mejor que el que le dan ahora, pero el médico no permite que se lo diga. Sabe que esto es un hospital donde curan enfermos, pero confidencialmente me informa que es horrible, el lugar más espantoso que pueda existir, sobre todo cuando uno ya ha estado aquí varias veces. Sabe que debe permanecer internado para el mejor control de su padecimiento, ingresó voluntariamente; pero pregunta mi opinión como médico sobre si no sería posible que continuara el tratamiento en su casa. Se muestra razonable, --- controlado, pero en absoluto convencido. Tal parece que quisiera ser "cómplice" de la práctica psiquiátrica que se le aplica, pero se encuentra en la posición de "víctima".

Cuando alucina, sabe que lo que ve y oye no es real sino producto de su enfermedad. Pero eso no disminuye en nada el sufrimiento que experimenta. De hecho, dice sufrir más con las alucinaciones que con cualquier experiencia real que haya vivido. Ni siquiera la muerte de su padre, que fue para él terrible -mente dolorosa, porque perdió un apoyo que le hacía mucha falta, le ocasionó un sufrimiento comparable con el que experimenta durante sus brotes psicóticos. Racionalmente, no pone en duda el conocimiento médico que se le ha dado; pero sus representaciones constituyen sería contradicciones en las que prefiere no pen -sar, porque de momento está demasiado ocupado viviéndolas y tratando de no -

sucumbir a ellas.

Uno de sus principales temores, sobre todo al principio de la enfermedad, era que lo convirtieran en mujer o lo hicieran homosexual. Ahora piensa que era muy tonto, pero durante mucho tiempo lo angustió. Si bien en esta entrevista no lo menciona, esto recuerda algo que en otras pláticas con él y su familia se ha notado pronunciadamente, que es el predominio de los componentes femeninos sobre los masculinos dentro del grupo familiar, no en número pero en peso en cuanto a opiniones, decisiones, etc. Parece ser que la madre ha manejado siempre todo lo que se refiere a la casa, incluyendo a los hijos. Actualmente, viven en el hogar de Juan sus dos hermanas que lo sostienen económicamente, y la madre. De los 3 hombres que originalmente pertenecían al grupo, el padre ha muerto, el hermano menor se casó y actualmente se está divorciando, y el otro es Juan, con su muy particular padecimiento.

Su esperanza es lograr concluir su carrera (tiene pendiente hace 10 años realizar el internado y el servicio social) o cuando menos obtener un empleo como guía de turistas, y vencer definitivamente a la enfermedad. Pero por ahora, lo único que desearía es acostarse a dormir. No tiene más qué decirme, en este momento, excepto que si sé de alguien que necesite traducciones del inglés lo recomiende, porque le hace falta dinero, y que diga a su mamá que no se preocupe, que pronto estará bien.

f) Algunas características de la institución y la práctica que en ella se realiza.

El HPFBA depende de la Dirección General de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Cuenta con 600 camas para hospitalización y es la mayor instalación de su tipo que existe en el país. Se trata de un edificio de 8 pisos, que aparte de las áreas propias de un hospital, cuenta con un jardín y una zona dedicada a terapia ocupacional.

La organización jerárquica del personal médico coloca en la parte superior de la pirámide al director, luego está el subdirector, y después los jefes de piso (dedicado uno para especialidades médicas y 6 para internamiento). De cada jefe de piso dependen dos jefes de sección, uno en la de hombres y otro en la de mujeres. Luego están los médicos adscritos, que asesoran a los residentes de segundo año de la especialidad (siguiente escalón jerárquico) en la atención de los pacientes. A los residentes de primer año se les ha asignado recientemente la función de elaborar las historias biográficas de los pacientes, y es hasta segundo año cuando se les dejan a su cargo para el tratamiento psiquiátrico; el tercer año de la especialidad se realiza comúnmente fuera del hospital (en otras instituciones dependientes de la Dirección de Salud Mental). El nivel inferior de la pirámide lo ocupan los internos de pregrado, que se entrenan para su práctica posterior en medicina general. Las guardias realizadas por residentes e internos tienen un ritmo de una cada 5 días, y durante ellas se dedican a atender consultas de emergencia y todo lo que surja en el hospital en la tarde y la noche.

Además del personal médico, el paramédico consiste en enfermeras y enfermeros, camilleros y guardianes, psicólogas (una para cada piso), personal de

laboratorio y gabinete, trabajadoras sociales y personal administrativo y de intendencia (encargados del aseo, la cocina, el mantenimiento de las instalaciones, etc.), además de algún personal extraoficial voluntario y estudiantes de enfermería, medicina, etc.

El más cercano contacto con los pacientes lo tienen las enfermeras, que trabajan en tres turnos (matutino, vespertino y nocturno), de modo que cada cual durante su jornada, en conjunto pasan con ellos prácticamente todo el día. Ellas hacen las camas, ayudan a asear y alimentar a los pacientes, administran los medicamentos, siguen las indicaciones de los médicos y les reportan las observaciones sobre los enfermos.

Las secciones permanecen cerradas con llave todo el día. Dos veces por semana se permiten las visitas, pero los pacientes son los que salen de su sección por turnos para reunirse con sus familiares o amigos. Durante la mañana, los enfermos autorizados por sus médicos pueden bajar a las áreas de recreo y terapia ocupacional. Pero el derecho para recibir visitas o salir a terapia se adquiere hasta después de 2 semanas de haber ingresado. En los pisos se les sirve la comida a los internados 3 veces al día. Con frecuencia los que se encuentran en condiciones de poder hacerlo, ayudan a las enfermeras en labores del tipo de asear los platos, hacer las camas, etc.

Una importante proporción del personal de intendencia y enfermería (que suelen ser intercambiables) llegó al hospital procedente de la Castañeda. Existen familias enteras de empleados que trabajan en el hospital desde su inicio. Su comprensión de la problemática del paciente psiquiátrico es en gran parte intuitiva y empírica, pero de hecho bastante profunda e interesante de considerar.

tra no debe permitirse seguir el delirio de los pacientes, es porque correría el riesgo de confundirse pudiendo llegar a trastornarse él mismo, después de sumergirse varias veces en las mentes de sus pacientes.

Por otra parte, hay un común denominador ideológico que se aprecia a lo largo del tiempo y de los distintos médicos independientemente de su posición jerárquica, que consiste en la aceptación del padecimiento psiquiátrico como algo dado ante lo cual el especialista debe encontrar una justificación o explicación más o menos superficial, de preferencia biológica, y atacar con el arsenal farmacológico de que dispone. En los casos estudiados se constató algo que ya había sido notado en los expedientes revisados; comunmente hay dos tipos de diagnósticos a descartar: uno orgánico y otro funcional, pero independientemente de eso, se administra indistintamente un mismo tipo de medicamento. En cuanto a la atribución causal, aún ante las condicionantes sociales más claras, al médico no se le ocurre hacer asociaciones entre ellos y la enfermedad; a lo sumo, describe la situación, pero para él la causa del padecimiento está en la propia víctima, con su equipo biológico deficiente ("víctima culpable"). El fenómeno enfermedad mental se concibe como algo eminentemente individual, y su acción ante ella es asumida como paliativo ante ese suceso ya dado en contra de cuya aparición no hay prácticamente nada que hacer (algunos proponen como utópica solución elevar el nivel educacional de la población).

Las enfermeras suelen tener un punto de vista un poco distinto que el de los médicos, algo más crítico, sobre la práctica psiquiátrica, especialmente cuando tienen una larga historia en este tipo de trabajo. Conocen anécdotas relativas a sanos internados, pacientes dados de alta prematuramente, poco apego de los médicos a sus enfermos, pacientes embarazadas dentro del hospital, trato desati-

dado en cuanto a aseo, atención, etc. Aunque muchas de ellas sienten por sus pacientes un tipo especial de afecto o compasión, la respuesta espontánea de casi todas a la pregunta de qué harían si uno de sus familiares enfermara de la mente, fue: "lo atendería en la casa, pero aquí no lo metía".

Otra impresión derivada de la lectura de los expedientes fue la de la percepción de la población ante la atención ofrecida como inadecuada, que también se corroboró a través de los casos estudiados.

1. SOBRE TEORÍA, METODOLOGÍA Y TÉCNICAS.

Probablemente uno de los puntos metodológicos más conflictivos en la presente investigación sea el de la conexión de la teoría sustentada con la operacionalización de las categorías elegidas a través de los indicadores existentes.

Por una parte, el propio desarrollo teórico en algunos puntos aún no está del todo resuelto. La significación del Estado en las sociedades actuales; la compleja organización del trabajo que dificulta el reconocimiento de la estructura de clases; las intrincadas relaciones entre distintas instancias que componen el todo social, tan importantes en la determinación del proceso que estudiamos, son algunas de estas cuestiones que aún se encuentran en discusión.

Tras este problema se encuentra la hegemonía de un tipo de saber que organiza desde los conceptos sobre los objetos y procesos que nos rodean hasta las clasificaciones, recolección de datos, instrumentos, técnicas, etc. La superación de este obstáculo no depende en el fondo, pues, de decisiones erróneas o adecuadas de investigadores individuales, sino del avance en su conjunto de las corrientes teóricas alternativas a este tipo dominante de organización del conocimiento. Es indispensable la construcción de categorías apropiadas a la teoría utilizada, la creación de técnicas para el manejo e interpretación de las manifestaciones sensibles consideradas como meras apariencias y no como los fenómenos en sí, la búsqueda de formas para aprovechar la información existente para los fines de las investigaciones hechas con una teoría que busca no la mejor descripción sino el avance en la comprensión de cómo se produce el proceso analizado, el estudio de los eslabones que conducen de lo social a lo individual biopsíquico. Y para todo esto es necesaria la práctica de la investigación, que pone de manifiesto

fiesto los puntos débiles sobre los que hay que trabajar, los elementos que la práctica exige a la teoría con más urgencia, y a pesar de lo deficiente de los resultados que se van obteniendo, un acercamiento aunque al principio sea muy grueso hacia la comprensión de los problemas que enfrenta la sociedad en que se vive.

La discusión sobre la pertenencia de clase en las sociedades actuales es particularmente complicada. La definición del proletariado exclusivamente en la producción de plusvalía queda corta para la diversidad de sitios en que en la sociedad actual es empleada la mercancía fuerza de trabajo. Y si a nivel intraestructural es difícil definir la pertenencia de clase, al entrar en consideraciones superestructurales la situación se complica aún más: la forma sutil en que la ideología dominante permea los pensamientos de la población, mantiene frecuentemente a niveles muy pobres la conciencia de clase del proletariado.

Sin embargo, varios autores (1, 2, 3) se han preocupado por destacar el hecho de que la nocividad condicionada por un modo de producción como el que actualmente se vive no se ejerce únicamente sobre los obreros ocupados en la producción de plusvalía, sino sobre otros grupos de la población que comparten con ellos la característica de encontrarse bajo el dominio del capital. La necesidad de poner en claro que es una situación general la que determina muchos de los problemas que grandes grupos de la población sufren en común, a pesar de que haya la tendencia a enfrentarlos aisladamente, y por lo tanto la conveniencia de unirse en la búsqueda de la solución de fondo, es una de las consideraciones fundamentales que condujeron al tratamiento que se dió a la ocupación en la aproximación a la clase social en este trabajo. Por supuesto, en ningún momento se pretende haber resuelto definitivamente el punto, sino más bien como ocurre

a lo largo de esta investigación, avanzar un poco sobre las cuestiones cuyo desarrollo se considera decisivo para la generación del conocimiento que se busca, y señalar con esto las principales dificultades que van surgiendo, mismas que habrá que ir resolviendo en este proceso que va incesantemente de la teoría a la práctica y a la inversa, enriqueciéndose una a otra en cada ciclo.

Por lo que respecta al objeto de estudio central que en esta investigación se plantea, es decir la salud-enfermedad mental, las conclusiones que de ella se desprenden más que respuestas son interrogantes cuyas soluciones habrán de ir surgiendo también a través de este ciclo "trabajo teórico-investigación concreta", cuyos resultados irán indicando el siguiente paso que se debe dar. Por ahora se ha intentado rescatar a la locura como un hecho objetivo, material, como un fenómeno que tiene una existencia independiente de lo que la sociedad en que se da piensa de él, distinguiéndolo de otro tipo de manifestaciones con las que se le ha pretendido identificar. Además, hemos puesto de manifiesto el carácter social del proceso, que incide tanto en la determinación material del mismo como en su interpretación ideológica, que es en donde se mezclan elementos reales con otros inexistentes objetivamente. La negación absoluta de la enfermedad mental no ayuda a conocer ni menos a transformar el problema. Lo que ha de hacerse es abordarlo ya no desde una posición empirista que confunde todo aquello cuya apariencia superficial es semejante, sino con instrumentos científicos adecuados para su conocimiento profundo a través del análisis de las múltiples determinaciones que el objeto contiene.

Aún así, no planteamos la negación total del conocimiento generado por la organización del saber actualmente hegemónica; de hecho, algunos aspectos materiales del proceso estudiado han sido encontrados a través de ella (el asirio

anatómico y genético de algunos padecimientos, por ejemplo), y otros han sido apuntados (como es el caso de algunos mecanismos bioquímicos en algunas psicosis); sin embargo faltan aún muchos otros por conocer. Hay gran cantidad de evidencias que indican que frecuentemente el sustrato material de la salud-enfermedad mental se encuentra en elementos más intangibles pero no por eso menos materiales (en cuanto que existen objetivamente) que los actualmente reconocidos. Habría que desarrollar las categorías adecuadas para el abordaje de una dimensión tan especial como es el psiquismo humano, la personalidad, lo que imprecisamente se ha dado en llamar mente, esa dimensión del hombre que en distintas sociedades ha sido denominada psiquis, espíritu, alma o estructura de la personalidad, y cuyo abordaje científico probablemente se inició con los trabajos de Freud, cuyas limitaciones son aún muy grandes, así como las perspectivas que abre.

La locura, como hemos llamado a este objeto real tan poco conocido en su naturaleza esencial, ciertamente tiene como hemos visto un doble carácter material e ideológico, aunque este último en algunos casos llegue a sobrepasar al primero, de manera que al desaparecer la base material, el fenómeno no existe tampoco. Quizá la enorme complejidad de este objeto pueda entenderse reconociendo que entre el ser social escindido en clases según la sociedad histórica - de que se trate (sujeto social reconocido por Breilh) (4) y los seres individuales que lo integran, existen instancias aún poco estudiadas como podría ser la psíquica, que por una parte es un elemento constitutivo de cada ser humano individual en forma similar a como lo es su cuerpo, pero por otra constituye también un elemento propio de este ser social.

Sobre esta dimensión humana, entonces, pueden ejercerse determinaciones tan concretas como la clara materialidad de un daño orgánico de la misma naturaleza que la enfermedad somática. Pero también otras en que lo material y lo ideológico son más difíciles de deslindar, como la influencia del medio familiar (disposición de productos para el consumo, organización del grupo, transmisión de ideología, etc.), o la inserción social (relaciones con los otros integrantes de la sociedad, grado de dominio sobre la naturaleza, forma de apropiarse de ésta, potencialidades desarrolladas y atrofiadas, concepción del mundo, etc.) cuyo significado en la producción del trastorno no es tan fácilmente visible como en el primer caso aún cuando se lleguen a conocer algunas manifestaciones biológicas (cambios en la bioquímica cerebral, por ejemplo), ya que como dice Guinsberg "... la relación que se establece entre factores psíquicos y somáticos es tan grande, que la sola presencia de alteraciones orgánicas no es seguro índice de que ésta sea la causa del mal" (5). O aún determinaciones puramente ideológicas que convierten en patología fenómenos que no existen como enfermedad objetivamente sino que se constituyen en tal únicamente bajo la interpretación social que en una sociedad particular se les asigna.

Ahora bien, todo lo anterior se encontraría determinado, como ya se ha explicado, desde la dimensión social general hacia las particulares.

Es verdad que resulta poco atractivo trabajar tan gruesa e imprecisamente. Dificulta mucho la búsqueda la necesidad de reconstruir conceptualizaciones, reconocer ocultamientos ideológicos, delimitar manifestaciones reales y efectos de la práctica con que en la sociedad se responde al fenómeno (subjetividad del profesional que lo maneja y de la población que lo manifiesta, políticas institucionales, ideología dominante, etc.), incluir en el análisis todas las determina-

ciones que actúan sobre los procesos. No obstante, la realidad no se muestra espontáneamente al investigador; sólo se la puede conocer si él la interroga (6), y sólo conociéndola es posible transformarla.

Ante tales complicaciones metodológicas y conceptuales, las deficiencias técnicas dejan de tener la importancia central que las investigaciones neopositivistas le conceden. No es que haya que olvidar la gravedad de las mismas (que ya se señalaba al describir inicialmente la investigación), pero no es sólo allí donde hace falta apuntar la atención, sino también a los niveles teóricos que hemos señalado. De poco serviría perfeccionar las técnicas de recolección de datos, si no se cuenta con instrumentos para analizar e interpretar esta información en forma tal que proporcione un conocimiento cercano a los procesos de los que es manifestación. La práctica desvinculada de la teoría, lo mismo que la situación inversa, son estériles por lo que se refiere a la generación de conocimientos sobre la realidad.

2. ALGUNAS REFLEXIONES FINALES.

A través de la información presentada en el capítulo III, ha podido apreciarse el mayor alcance explicativo del abordaje propuesto cuando se intentan estudiar dimensiones más generales de la realidad que la que ocupa el individuo visto aisladamente. Como puede observarse, proponer un planteamiento que analice las determinaciones más generales sobre las particulares, no niega la dimensión particular ni la singular, sino que simplemente les reasigna su propio nivel.

Pudimos constatar, por ejemplo, una frecuencia y un tipo específico de patología para los pacientes de este hospital, y una variación peculiar de aquella a lo largo del período estudiado. Analizando el todo social del que estos pacientes provenían, encontramos en éste elementos que permiten ir apuntando hacia dónde continuar la búsqueda de la explicación del tipo de padecimientos psiquiátricos que se diagnostican a este sector de la población (psicosis, neurosis, adicciones), y elaborar una explicación coherente de las fluctuaciones anuales de éstos en el período analizado.

La inserción social de estos pacientes indica que se trata en su mayoría de integrantes de diversas fracciones de las clases trabajadoras, y partiendo del análisis de la lógica que rige en la organización de la sociedad particular de que se trata, se infiere que pertenecen a un grupo sometido a fuertes presiones tanto de desgaste físico como psíquico, con poco acceso a la riqueza social y bajo un estrecho control político e ideológico de sus potencialidades humanas en cualquier dimensión que se las quiera considerar.

Se pudo encontrar, además, cierta relación entre las fluctuaciones en el tiempo de la frecuencia con que se hacen estos diagnósticos y el ciclo económico, como indicador de todo un clima social que partiendo justamente de la base económica se irradiaba a las instancias superestructurales, condicionando para la población, según su ubicación en esta estructura, determinada situación de vida y de trabajo, cuyo grado de nocividad es menos tolerado por aquellos que además de estar más presionados, son más vulnerables por las deficiencias bio-psíquicas que su propia inserción social ha originado.

Por lo que respecta a la descripción biológica de las víctimas, ampliar la perspectiva desde la que estos hallazgos son interpretados, abre nuevos horizontes para el estudio de la epidemiología de estos padecimientos. Así por ejemplo, reconocer que ante la mayor frecuencia de la patología en hombres jóvenes hay que considerar que se trata de la población más expuesta a un trabajo con las características que en capítulos previos se ha descrito. Uno de los diagnósticos hechos con mayor frecuencia en este hospital es el de esquizofrenia paranoide, que invita a pensar en la semejanza con la alineación que padece el obrero en nuestra sociedad, fragmentado, despojado de todo y obligado a venderse como una parte de su propio cuerpo, sin ningún control sobre cómo lo debe mover ni sobre lo que él produce, situación que en diversos grados amenaza también a otros sectores de la población. Incluso habría que reconocer lo que de real contiene la opinión de una de las pacientes cuyo caso se presentó, que delirante y vagamente identifica a sus perseguidores con algunos representantes de la clase dominante. A partir de las evidencias presentadas, es difícil distinguir lo que podría ser la historia natural de una enfermedad (que indica a qué edad suele surgir, qué características biológicas predisponen a ella, cómo suele

desarrollarse, etc.) de lo que más bien parece ser el efecto de una particularmente nociva organización social que se ejerce en forma especialmente intensa sobre algunos grupos de la población.

No es necesario aquí detenernos mucho más sobre lo que los hallazgos de la investigación han mostrado, dado que ya se han hecho interpretaciones al mismo tiempo que se fueron presentando. Los diagnósticos cuya apariencia a primera vista, clasificados en grupos escrupulosamente numerados, es de gran precisión, al ser analizados de cerca pierden su solidez y nos dejan ante el apenas conocido fenómeno de la locura. No se investiga, no se busca la causa, sólo se segrega a su portador y se le medica; si "reinite" la sintomatología, vuelve a salir, de otro modo no.

El médico se refugia en la idea de que domina a la enfermedad mental: diagnóstica, pronostica, trata. Pero el hecho es que la conoce poco. Al paciente se le despoja del acceso a todo lo relacionado con "su" locura, se ve obligado a delegar su salud o su enfermedad en un profesional (que, supuesto enemigo de la enfermedad, es hostil con su portador) cuyo poder de conjuro contra el mal es bastante relativo, desde que ni siquiera él mismo puede saber si dará o no resultado.

Posponer indefinidamente el abordaje de un proceso por complicado que éste sea, es renunciar a su conocimiento y a su transformación. En el estudio de la salud-enfermedad mental deben intervenir no sólo los profesionales a cuya parcela del saber se ha destinado, sino sobre todo aquellos que lo conocen por que lo saben, y también aquellos que están expuestos a él por trabajar y sometidos a una organización social alienante.

la familia, el dinero que le daba era siempre insuficiente, y cuando finalmente fue despedido de la fábrica por sus repetidas ausencias, la situación fue terrible para la familia; ella trabajaba vendiendo artículos o cosiendo ropa, y los niños mayores hacían mandados a vecinos o familiares por unos centavos. Luego el esposo empezó a vender mercancía por la calle, pues no podía dejar de beber y así no conseguía empleo en ninguna parte.

El padre ha sido alcohólico desde entonces, aunque se dice que recientemente ha dejado de beber un poco; el tiempo que pasa en casa permanece sentado fumando sin hacer nada, y la familia se desespera de verlo ahí, inactivo, sin salir a trabajar. José también bebió en exceso durante un tiempo, y se hizo adicto al thinner, por lo que estuvo internado en el hospital hace 3 ó 4 años; actualmente se ha corregido, y trabaja para ayudar a la familia. En realidad son él y Lupe quienes sostienen el hogar desde hace tiempo.

Lupe empezó a trabajar haciendo mandados a los 11 años. Terminó la primaria a los 17 y a los 18 un hermano de su padre le ayudó a obtener empleo en la fábrica de candiles en que trabajó hasta su ingreso al hospital. La jornada laboral era de 9 a.m. a 6 p.m., con una hora para comer, y su más alto salario, recientemente, fue de \$900.00 que le pagaban cada sábado.

En la fábrica, poco después de su llegada, conoció a Cirilo; se enamoró de él, tuvieron relaciones y se embarazó; luego supo que él era casado. El hijo nació después de un parto difícil, y los padres aceptaron que viviera con ellos (de hecho, Lupe aportaba en esa época la mayor parte del ingreso familiar); no obstante, continuamente le echaban en cara su conducta y le decían que era una mujer de la calle. A los 6 meses de edad, el pequeño murió de un padecimiento

infeccioso del aparato digestivo, causándole una pena que aún recuerda con lágrimas en los ojos.

A los 22 años conoció a Gerardo, obrero de una fábrica cercana de paraisos. Salía con él frecuentemente, y hace año y medio tuvieron una hija. La madre de Lupe se hace cargo de la pequeña durante el día mientras ella trabaja. Un año después, Lupe se fue de la casa de los padres a vivir con Gerardo; ambos trabajan pero poco a poco él iba dejando toda la carga sobre ella, faltaba al trabajo, y finalmente lo abandonó porque no le agradaba. Se hace adicto a la marihuana, golpea a su mujer, la insulta, y la trata "como si fuera una mujer de la calle", finalmente un día Lupe va con su madre y le dice que no soporta más, que siente que se vuelve loca y que la lleve al hospital donde curaron antes a su hermano. Así llega a la institución en donde es internada.

Irrupción de la locura.

La madre recuerda que Lupe se puso mal la primera vez en 1976, año en que conoció a Cirilo. Lloraba mucho y decía que veía cosas que no existían. La trajeron a consulta al hospital, que conocían por haber traído al hermano, y con la medicina prescrita mejoró. Poco después se fue con el novio, y a los pocos meses regresó embarazada, Cirilo la golpeaba, los médicos decían que era epiléptico. Poco después nació el niño, que murió de 6 meses. Lupe estuvo un tiempo muy deprimida, el padre la regañaba con frecuencia, pero poco a poco se fue recuperando.

En 1977 conoció a otro muchacho, a los padres no les parecía bien, pero ella insistía en salir con él, y se embarazó otra vez. Nació su hija pero si-

guió viviendo con los padres, hasta 1978 en que se fue a la casa de Gerardo de jando a la niña con los abuelos. Entonces dejó de dar dinero a la casa, cosa que molestó mucho a la madre, porque apenas tenía para sostener a la nieta. En realidad, desde que entró a la fábrica de candiles, Lupe acostumbraba dar a la madre la mayor parte de su salario. Pero cuando se fue con ese hombre que no trabajaba y hacía una "mala vida", ella lo mantenía.

Lupe vivió con Gerardo durante dos meses, y un jueves volvió a casa de sus padres sumamente asustada y deprimida, porque aquél le dijo que la iba a poner a trabajar de prostituta. Al volver a la casa paterna casi no hablaba, sólo lo dormía y lloraba. Hasta entonces nunca había abandonado su trabajo, que cumplía responsablemente. Pero ni el jueves ni el viernes quiso ir a la fábrica. El sábado se levantó muy temprano y dijo que se iba a casar con Gerardo para que ya no pensarán que ella era una mujer de la calle. Salió de casa y se fue a la fábrica. Una amiga le contó a la madre que a las pocas horas de llegar, se salió y se tiró en la banqueta, diciendo que tenía dentro al diablo. Luego se fue caminando. A su casa llegó entrada la noche, y dijo que había pasado el día en una iglesia. Oía voces que la insultaban, decía que ella era muy mala, lloraba, y pedía ser llevada al hospital; el padre la llevó a consulta de emergencia el domingo. Al médico le llamaba "padre" (sacerdote), y fue ingresada ese mismo día.

En el hospital se le diagnosticó "Brote agudo de psicosis probablemente orgánica, y oligofrenia superficial", y se le prescribieron los antipsicóticos acostumbrados.

Una interna de la sección mujeres

Dos meses después de su internamiento, encontré a Lupe sentada en una cama del piso para enfermos derechohabientes del seguro social, platicando con otras compañeras. Decir que un paciente tiene signos de impregnación neurclépica es una fórmula muy discreta para describir su aspecto. Cara sin expresión, boca endurecida y babeante, labios hinchados, párpados caídos, brazos rígidos, manos temblorosas, pasos de marioneta. Al hablar con ella la impresión es aún peor: apenas logra articular las palabras, la lengua responde mal, el discurso es lento, y a veces prefiere no continuar. Pero el llanto aflora con facilidad, ante los recuerdos.

Cuando le pregunté por qué estaba en el hospital, respondió que porque estaba enferma de los nervios debido a que de pequeña no la alimentaban bien pues su papá sólo daba \$10 para el gasto, porque ha sufrido mucho en su vida y ya no quería vivir más, y también como castigo de Dios porque desde que se fue con un hombre dejó de darle dinero a su mamá.

Lupe llora al recordar su vida con Gerardo, no quisiera volver nunca más con él. Desea ser dada de alta para ver a su niña, pero dice sentirse a gusto en el hospital. No le gusta vivir con su papá, porque no trabaja y antes tomaba mucho, además cuando era pequeña él hacía sufrir mucho a su mamá y a ellos porque no les daba para comer y los golpeaba. Cuando salga, va a dedicarse a trabajar para sostener a su mamá y a su niña, porque ahora José es quien debe estar manteniéndolas. Su papá no le preocupa, él nunca les dió nada.

Por la mañana baja a las áreas de recreo y terapia ocupacional en el hospi

tal, ayuda al aseo del piso, conversa con sus compañeras y con estudiantes que visitan la sección. Por la tarde algunos días recibe la visita del padre; la madre no viene porque se queda cuidando a la niña, y como a ésta no la dejan entrar, no puede verla. Piensa que está enferma de los nervios, pero dice que ha mejorado "gracias a los doctores y a Dios que ha oído mis oraciones". Su conducta parece ser adecuada según lo que los médicos suelen esperar de estos pacientes. Quizá pronto podrá volver allá afuera, a trabajar para mantener a los padres y a la hija, porque lo más seguro es que José se casará y se irá. O quizá Gerardo logre cambiar su decisión y la hará volver con él. Este es su primer internamiento, y en alguna forma determinará un cambio de dirección en su vida futura.

Piensa que es difícil que en la fábrica en que trabaja hace 8 años la esperen por 2 ó 3 meses que pasará internada; quizá la despidan, y ella necesita ganar dinero para su hija. Pero es optimista (al fin tiene sólo 25 años, fuerza de trabajo joven) con respecto a la posibilidad de obtener otro empleo. Sin embargo, no está ansiosa por salir. A diferencia de su vecina de cama, que declara que si tuviera ropa adecuada se fugaría, Lupe dice que no se irá hasta que esté bien y los doctores la den de alta.

En el piso es dócil y coopera con las empleadas. Con sus compañeras es amistosa y solidaria, siempre que puede las ayuda y protege. Por la noche cuida a su vecina de cuarto que tiene miedo de las demás "locas". A las más incapacitadas las ayuda a comer, a lavarse y cambiarse. Y hace dos días ella misma fue atada de manos como castigo por desatar a una compañera a quien habían amarrado por alguna razón que ninguna de ellas comprendía.

Ayer las enfermeras la notaron tan impregnada por los psicofármacos, que avisaron al médico tratante y por el momento se le suspendió todo medicamento. Hoy por la mañana estaba convencida de que había muerto, que sus padres también estaban muertos, y me preguntó si yo iría con ellos al otro mundo. Estaba en actitud de espera, sumamente angustiada, y aseguraba que pronto llegarían a llevársela. Tal parece que su salida se retrasará, y si su problema no logra controlarse con la farmacoterapia, su "pronóstico" será poco alentador.

c) Cuando quien enferma es la esposa del obrero.

La paciente.

Es una mujer delgada, de edad difícil de precisar, con la mirada puesta lejos del mundo que la rodea. Viste la ropa del hospital, un pantalón y una bata de tela áspera, mal cortados y de una talla demasiado grande para la persona que las lleva.

La abordo en el jardín del hospital. Me mira algo desconfiada, y me dice que va a escuchar qué le dicen sobre si debe o no hablar conmigo. Se queda unos momentos en silencio con la frente apoyada en la mano, y después me informa: la voz le dice que no debe responderme. De todas formas, intento el diálogo:

- ¿De quién es la voz, Marta?

- De Jesús.

- ¿Quién es Jesús?

- ¡Jesús, el nazareno! (me responde asombrada por mi ignorancia).

- ¡Ah, sí! el hijo de Dios ¿verdad? ¿es suya la voz que oyes?

- Sí. El me ha escogido y me habla. El me dijo que me fuera de mi casa y me llevara a mi hijo para salvarme de los flictos. Yo voy a tener un hijo de Dios.

- ¿Como la virgen María?

- Sí. No, el Espíritu Santo me hizo este hijo, pero yo lo ví, ví sus ojos y su sexo, lo sentí... y aquí tengo ese hijo, y si no nace... (se angustia, casi empieza a llorar. Le han dicho que no es real lo que vió, pero ella sabe que lo vió. Se debate en medio de la duda: si no nace el hijo, ellos tienen razón. Si nace, ella es quien la tiene).

- ¿Quiénes son los flictos?

Parece desconfiar nuevamente, me mira recelosa y me dice que la voz le indica no hablar ya conmigo.

Le explico otra vez que quiero conocer las cosas que ella sabe, que pienso que lo que le pasa es algo especial que no a todos les ocurre, y que mi trabajo consiste en escuchar lo que quiera decirme. Me mira un poco incrédulamente, pero accede a continuar.

- Es que no me creen. Mira, de veras yo oigo esa voz. El mundo se va a acabar, y nadie me cree. ¿No puedes hacer algo para que me crean? (Su preocupación sin duda es sincera).

- Los médicos no creen que es real lo que tú dices, piensas que estás enferma. Yo no puedo hacer que cambien esa manera de pensar por ahora, sólo puedo escucharte y repetir tu mensaje a todos los que quieran tratar de entenderlo.

- Pero yo no estoy enferma. Estoy bien, hablo así por la medicina (se refiere a la dureza de la boca y la torpeza de la lengua), pero estoy bien.

Ya quiero irme a mi casa, allá puedo adorar a Dios y ponerle flores.

Aquí no me dejan rezar, tengo que esconderme para hacerlo. Necesito salir, tengo tanto qué hacer...

- Marta, pláticame de tu casa. ¿Dónde vives? ¿tienes niños?

- Vivo en una casita en Tulyehualco. Allá están mis hijos, son tres. Mi esposo se fue a trabajar con los flictos, y Jesús me sacó de ahí para salvarme.

Empezamos a sumergirnos en su vida pasada, en su historia. Y la voz de de ja de interrumpirnos durante casi todo el relato. Ya más tranquila, me platica de su tierra, sus hermanos y sus padres. Eran una familia campesina, el padre poseía una parcelita. La madre, recuerda, era muy nerviosa y regañona. Los golpeaba a ella y a sus hermanos, ahora ya de grande la comprende: es - que el padre tenía otra mujer, y eso la hacía sufrir mucho, por lo que se desquitaba con los hijos. Parece que la vida de la familia era ya demasiado difícil como para compartir el exiguuo producto que el padre obtenía con otra familia.

Cuando tenía 15 años, se fueron ella, una hermana y dos hermanos a un - pueblo más grande, ahí mismo en Michoacán, para que los hombres fueran a la escuela. Las mujeres echaban tortillas, lavaban o planchaban a las familias aco modadas del pueblo, y con eso se sostenían. La madre los visitaba esporádicamente y volvía a su casa en el campo. Luego Marta se fue enseñando a cortar y a coser, y empezó a mejorar un poco sus ingresos como modista. De todas formas, recuerda, el trabajo era pesado y la paga escasa. Así pasaron 8 años de su vida.

Hacia 1961, la madre enfermó de los pulmones. El médico del lugar les indicó que sólo en México podrían atenderla, por lo que Marta la trajo al D. F.

- Qué opina del trato que se le da, si cree que lo van a curar.
- Si cree que podría escaparse, por qué, cómo, si lo haría.
- Qué opina de la vida en el hospital.

5) Repercusiones de la enfermedad en la vida posterior del paciente.

- Qué posibilidades de solución y qué alternativas ve a su problema.
- Qué hará al aliviarse. Si piensa reintegrarse a su vida anterior, modificaciones que planea, etc.
- Qué opina de su salida, tiene temor, etc.

6) Qué opina de los demás pacientes y cuál es su relación con ellos.

II.- AL PERSONAL ENCARGADO DEL CASO (MEDICO Y ENFERMERA)

- Diagnóstico.
- Impresión general sobre la historia biográfica y el padecimiento (causa etc.).
- Evolución dentro del hospital (comportamiento, respuesta al fármaco, etc.).
- Pronóstico para la vida y para la "función".