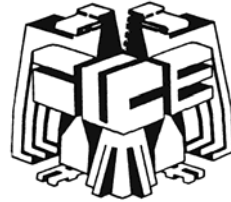


UNIVERSIDAD SALESIANA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



“LA MIRADA DEL CINE AL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

MARÍA DEL CARMEN AYALA MUÑOZ

DIRECTOR DE LA TESIS:

LIC. EMILIANO LEZAMA LEZAMA

MÉXICO DISTRITO FEDERAL

FEBRERO 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

*Ella es más bella que el sol,
y supera a todas las constelaciones.
Comparada con la luz es vencedora,
porque la luz tiene que dejar paso a la noche,
pero no hay maldad que se imponga a la sabiduría.
(Sabiduría 7, 29-30)*

Gracias a Dios porque sin Él nada soy y nada tengo.

No solo mi licenciatura, mis aspiraciones, deseos, sueños...

Todo es para Él y con Él. Bendito y alabado seas.

Gracias a mis papás por la familia que forman a diario,
por su cariño, trabajo, ejemplo y fe.

Gracias también a Lupita por ser una hermana mayor tan genial y tan inteligente, digna de mi admiración. Gracias por tus sensatas charlas. A Rafa gracias por tu alegría y por ponerme el ejemplo en muchas cosas a las que les tengo miedo. A Diego, también debo agradecerte por la imaginación y creatividad que ni tú mismo crees poder tener. Eres mágico. Y a Coco por tu compañía y amistad, por permitirme ver en ti la ternura de Dios.

A mis asesores de tesis, también gracias por su compromiso ante este proyecto y por las facilidades otorgadas:

Martha Laura Jiménez y Emiliano Lezama

La mirada del cine al hospital psiquiátrico.

Índice	4
Introducción	7
Capítulo 1. Revisión teórica de la crítica hecha a la Enfermedad mental tratada en el hospital psiquiátrico.	10
1.1 ¿Qué es la enfermedad mental?	11
1.2 Diferencia entre psicosis y neurosis	14
1.3 El Hospital Psiquiátrico	16
1.3.1 Semblanza de la institución mental	16
1.3.2 Principios fundamentales de una buena asistencia médica	21
1.3.2.1 Infraestructuras, arquitectura	21
1.3.2.2 Administración	24
1.3.2.3 Investigación	27
1.3.2.4 Ambiente	27
1.3.2.5 Recursos y rehabilitación	28
1.3.2.6 Médicos, enfermeros psicólogos y todo aquel que recibe un salario o un jornal	28
1.3.2.7 Diagnóstico y tratamiento psiquiátrico	32
1.3.2.8 Pacientes	33
1.4 Reclusión y veracidad de la enfermedad mental	36
Capítulo 2. El cine como medio de aproximación a la realidad	55

2.1 Información visual	57
2.2 Información verbal	60
2.2.1 La narración del cine	62
2.3 Dirección	63
2.4 Musicalización	64
2.5 Escenografía	64
2.6 Vestuario	65
2.7 Cámara	65
2.8 Espectador	66
Capítulo 3. Metodología.	69
3.1 Problema de investigación	69
3.2 Definición de hermenéutica	70
3.3 Análisis hermenéutico	71
3.4 Objeto de estudio	75
Capítulo 4. Análisis de los largometrajes.	78
4.1 Cronología breve del hospital psiquiátrico en el cine	78
4.1.1 Terapias comunes en largometrajes:	
lobotomía y electroshocks	82
4.2 María de mi corazón	87
4.2.1 Ficha técnica	87

4.2.2 Breve biografía de los creadores	88
4.2.3 Antecedentes de la filmación	89
4.2.4 Sinopsis	92
4.2.5 Observaciones del filme	93
4.3 Atrapados sin salida	97
4.3.1 Ficha técnica	97
4.3.2 Breve biografía de los creadores	98
4.3.3 Sinopsis	100
4.3.4 Observaciones del filme	101
4.4 Adolescencia interrumpida	104
4.4.1 Ficha técnica	104
4.4.2 Sinopsis	105
4.4.3 Observaciones del filme	106
Conclusiones.	112
Referencias bibliográficas.	117

INTRODUCCIÓN

El cine, tal como lo entendemos hoy, es una creación genuina del siglo XX. A lo largo de su historia ha influido considerablemente en la conducta del hombre contemporáneo, realizando una representación vívida del más variado espectro de la experiencia humana.

Por eso, el cine se puede contar entre los factores que han contribuido a que el mundo actual sea como es.

La redacción de este documento se ampara en el hecho de que el cine es lo suficientemente vasto, como para motivar a una reflexión sobre la influencia que ha ejercido en la visión actual del hospital psiquiátrico.

Esta influencia no puede evaluarse en los espectadores, pero sí apreciarse mediante una investigación que ponga de manifiesto el mensaje de fondo de las creaciones de los cineastas. Lo antedicho se basa en el supuesto que los estudios que hasta hoy se han hecho de los clásicos del cine, no han llegado aún a explicar todo lo que esas creaciones contienen como mensaje ideológico, y eso, posiblemente sea porque los críticos de cine están imbuidos en que éste entra en categorías como arte, lenguaje u oficio. Por lo tanto, el nivel de reflexión no se facilita a los verdaderos órdenes de pensamiento que han servido de base a la labor de los cineastas.

Con esto no se pretende, sin embargo, minimizar el valor de la crítica del cine, puesto que su ámbito específico constituye un criterio de verdad válido cerca de este arte, que como tal no necesita situar al cine en otro nivel de reflexión que le es propio.

Al contrario, el método de análisis del cine, es diferente en este documento, poniendo énfasis en la observación y análisis del cine por medio de la hermenéutica.

Con todo, siempre queda la posibilidad de afirmar, que una hermenéutica bien orientada que logre determinar los patrones ideológicos de la creación cinematográfica estará siempre en posición de una clave importante para saber por qué una película fue realizada en la forma concreta en que fue presentada al público.

Cabe observar, por lo demás, que toda narración es susceptible a ser manejada para pasar mensajes indirectos, pero en todas las formas narrativas, el cine es, en ese sentido, la más apropiada y eficaz porque se sirve de representaciones visuales y sonoras que constituyen la más perfecta mimesis del acontecer real.

La intención del documento que ahora presento, no es interferir en el dominio de las teorías del cine, ni sentar principios acerca de la naturaleza de este arte, ni sobre las orientaciones de la crítica, sino simplemente abrir una vía de reflexión que posibilite una comprensión de algunas películas que se desarrollan dentro de un hospital psiquiátrico.

El primer capítulo ha sido nombrado como “Revisión teórica de la crítica hecha a la enfermedad mental en el hospital psiquiátrico” en donde se explica paso a paso, los acontecimientos de una situación hospitalaria de lo que es denominado como enfermedad mental, psicosis o simplemente, locura. Aquí se toma en cuenta desde la normatividad que debe regir en un hospital psiquiátrico hasta la realidad que algunos (doctores, enfermeros y pacientes) testifican haber padecido.

Al final de este apartado, con el respaldo principalmente de Szasz y Foucault (2006), se asocia la idea de encarcelar a una persona y hospitalizar a un enfermo mental. Según su propio pensamiento, los enfermos conforman una clase especial de *victimias* que deben, por su propio y por el bien de la comunidad, ser *ayudadas* por médicos capacitados.

El segundo capítulo esta dedicado a la descripción del cine. Se hace una reflexión sobre las concepciones de lo visual que parten de acontecimientos y hechos icónicos.

La mirada resulta formada por la imagen tanto como la significación de la imagen se debe, de trazo a trazo al horizonte visual desde el cual se le mira. Por eso la imagen aflora un régimen y un cosmos de miradas que convoca una multiplicidad de problemáticas. ¿Las imágenes se ven igual que las cosas?, ¿lo que vemos, nos ve?, ¿el límite de mi visión, lo pone la imagen, mi punto ciego o mi aceptación o rechazo?

Después, en el tercer capítulo, se hace una descripción minuciosa del método más apropiado, según esta investigación para el análisis de las obras fílmicas. Este es la hermenéutica, que es el arte de interpretar todo aquello que va más allá de la palabra y el enunciado.

El análisis hermenéutico facilita el uso de otros métodos para enriquecer la argumentación, es flexible porque permite hablar de lo explícito y lo deductivo, permite también establecer suspicacias y leer entre líneas.

Además, la hermenéutica interviene donde hay polisemia (más de un sentido). Consiste en hallar el sentido auténtico que está vinculado a la intención del autor, la cual está plasmada en el texto que produjo.

Casi para concluir la investigación, un recuento breve de las películas que han sacudido el imaginario colectivo del hospital psiquiátrico. Filmes que desde diferentes géneros revelan (según productores, directores y escritores cinematográficos), la vida cotidiana dentro de estos espacios de sanación psíquica.

Con más detalle y usando la hermenéutica como método de aproximación a la realidad, las películas *María de mi corazón*, *Atrapados sin salida* e *Inocencia interrumpida*, son analizadas con el objetivo de englobar toda la información anteriormente mencionada en este escrito.

Las conclusiones serán expuestas finalmente sin olvidar que solo son interpretaciones que buscan acercarse a la realidad. Lo único que usé como fuentes de información es documentación escrita y fílmica.

CAPÍTULO 1.
REVISIÓN TEÓRICA DE LA CRÍTICA HECHA
A LA ENFERMEDAD MENTAL TRATADA EN
EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO.

Con este capítulo revisaremos de una forma muy sencilla a la enfermedad mental, pues es bien cierto que es un tema amplio y complicado, sin embargo, hacer acercamientos a lo que pudiera ser su significado, no debe resultar tan complejo, esto se hace para analizar después su desarrollo dentro del hospital psiquiátrico.

Beneficios y perjuicios que involucran a la persona que padece alguna enfermedad mental y que además esta internada.

Foucault (2006), ayudado de un experimento en el que pagó a unas personas para que se hicieran pasar por enfermos mentales fue el creador de la anti psiquiatría, en donde pone en tela de juicio la veracidad con la que el psiquiatra, y en general, el hospital psiquiátrico actúan.

1.1 ¿Qué es la enfermedad mental?

La enfermedad mental ha sido tema de interés para el hombre desde épocas muy antiguas, pero no tuvo una definición hasta el año 1809. Gottesman (1991) relata que en 1852, el médico francés Benedict Morel utilizó por primera vez el término de “demencia precoz” para nombrar lo que en la actualidad conocemos como esquizofrenia. Este trastorno lo encontró regularmente en jóvenes. Fue hasta 1908 en Suecia donde Eugene Bleuler introdujo el término de esquizofrenia que significa “escisión de la mente”; entendiéndose esta como una alteración en el proceso intelectual y emocional.

Gottesman (1991) indica que en la actualidad la esquizofrenia sigue siendo considerada, y por tanto diagnosticada, como una distorsión del pensamiento y de la percepción, lo cual interfiere en el área tanto del lenguaje como de la conducta.

La enfermedad mental también puede definirse como una patología de la vida psíquica, que amenaza la condición humana del hombre, su relación con los demás y el derecho a su participación constructiva en el mundo.¹

Otra posible definición, según la Universidad Politécnica de Cataluña es que la enfermedad mental es una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como la emoción, motivación, cognición, conciencia, conducta, percepción, lenguaje, etc., que dificulta a la persona en su adaptación en el entorno cultural y social.

Existen varias definiciones de la esquizofrenia, pues históricamente el término “psicótico” ha sido definido de diferentes formas, pero ninguna ha sido universalmente aceptada. No obstante, la definición que más se refiere al término psicótico es sobre las ideas delirantes y a las alucinaciones manifestadas, debiendo presentarse estas últimas en ausencia en conciencia de su naturaleza patológica, según el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), el cual explica que la esquizofrenia es una

¹ <http://psicologia.laguia2000.com/general/la-enfermedad-mental>

alteración que persiste durante por lo menos seis meses e incluye por lo menos un mes de síntomas en la fase activa que son ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento gravemente desorganizado o catatónico y síntomas negativos (al menos dos).

Desde la perspectiva psicoanalítica, Cameron (1990) explica la reacción psicótica como una desintegración total de la personalidad, por tanto, les cuesta trabajo y les resulta casi imposible el manejo del mundo contiguo de forma realista.

Las características de la esquizofrenia de acuerdo con Cameron (1990)

1. Pérdida de interés por los sucesos del exterior.
2. Pérdida de la esperanza.
3. Pérdida de interés por los medios reales.
4. Pérdida de interés por las personas y objetos reales.

Rowan Wilson y su equipo, en 1963, afirmaron que las causas de la enfermedad mental, pueden ser lesiones cerebrales, producidas en el nacimiento; esto es que, por un accidente del cerebro pueden perderse una o más funciones motoras. Sin embargo, desde el punto de vista psicológico, las causas de la enfermedad mental son múltiples, y en algunos casos desconocidas.

Se sabe que factores como alteraciones en el cerebro, predisposición genética, factores ambientales y/o culturales, lesiones cerebrales, consumo de sustancias, entre otras, pueden influir en su aparición y curso, pero no se conoce la exactitud ni el grado en el que impacta cada uno de estos factores, ni las combinaciones que se producen significativamente en cada caso.

Cameron (1990) relata, que en el núcleo de la psicosis se encuentra de la dinámica infantil, debido a que en la persona que presenta psicosis, dominan

los modos infantiles de experiencia en: el modo de pensar, sentir, defenderse y percibir.

Laplanche, en 1971, al realizar su diccionario psicoanalítico, no especificó a la enfermedad mental, pero si a la psicosis, que es el compendio de toda una serie de enfermedades mentales, mencionando a esta como las afecciones que pertenecen al alienista² y se traducen por una sintomatología esencialmente psíquica, lo que en modo alguno, implica que, para los autores que utilizan este término, LA PSICOSIS NO TENGA CAUSA EN EL SISTEMA NERVIOSO.

Las enfermedades mentales, como ya sabemos, tienen la capacidad de desarrollarse hasta la psicosis, concibiendo este término, como la *acumulación de ideas delirantes y a las alucinaciones manifestadas, debiendo presentarse estas últimas en inconciencia de su naturaleza patológica*. Es el deterioro que interferirá en gran medida con la capacidad para responder a las demandas cotidianas de la vida.

Los síntomas de cada una de estas enfermedades mentales varían, sin embargo, hay puntos de encuentro en los que se basa el DSM IV para confirmar a la enfermedad mental:

- a) Alucinaciones
- b) Ideas delirantes
- c) Lenguaje desorganizado
- d) Comportamiento desorganizado o catatónico

Desde el punto de vista sociológico, el organismo humano es una máquina compuesta de piezas que interactúan en conjunto. La enfermedad corresponde a una avería en dicha máquina. La causa de la enfermedad está en algo que anda mal (falla, trauma, lesión, desequilibrio o anormalidad) en una o más de las piezas.

² Alienista: especialista en enfermedades mentales.

La enfermedad representa una reacción vital, o modo de conducirse, de una persona en relación a factores del ambiente con que se encuentra a medida que se desarrolla en el tiempo. La causa de la enfermedad, es por lo tanto doble: ciertas características del individuo y ciertos factores del ambiente. Los campos de observación y razonamiento son los rasgos (signos y síntomas) del modo de conducirse de un individuo.³

Bruno Bettelheim (1973), afirma que concentrar el interés en la enfermedad y en su curación, con facilidad podría producir una teoría, en la que superar el morbo, más bien que su ausencia, se convertiría en norma de la personalidad saludable. Podemos llegar a creer que para todos los hombres, la meta de la realización de sí mismo, de la individualidad, se logra aliviándolo de sus padecimientos; y si no, compensando lo patológico con grandes realizaciones intelectuales o artísticas.

1.2 Diferencia entre neurosis y psicosis.

Freud designa como psicosis la confusión alucinatoria, la paranoia y la psicosis histérica (que se diferencia de la neurosis histérica); asimismo, en los dos textos que dedica a la psiconeurosis de defensa (*teoría psicológica de la histeria adquirida, de numerosas fobias y obsesiones y de ciertas psicosis alucinatorias*, 1894 y *La herencia y la etiología de las neurosis*, 1896), parece considerar como establecida la distinción entre neurosis y psicosis y habla, por ejemplo, de psicosis de defensa. (Laplanche, 1971, 322)

A continuación se muestra un cuadro comparativo de la neurosis y la psicosis.

³ HALLIDAY, J. L. "Medicina psicosocial" Editorial Universitaria de Buenos Aires 1961 pág. 26

Neurosis	Psicosis
<p>1. <i>Implica un conflicto mental que daña la conducta del individuo, sin embargo existe casi por completo un control de pensamientos, emociones e impulsos. Refleja tensiones internas y respuestas inadecuadas a la tensión.</i></p> <p>2. <i>A pesar de que puede crear fantasías e ideas claramente propias, no pertenecientes a la realidad, diferencia estas de la vida real.</i></p> <p>3. <i>El sujeto esta consciente de que es una persona sana y socialmente aceptable.</i></p> <p>4. <i>Su realidad es la misma que la de las demás personas con excepción de los momentos en que se manifiesta el mecanismo psicológico concreto que no se considera "normal"</i></p> <p>5. <i>Uno los aspectos principales del neurótico, es la duda. Siempre se preguntará quién es y por qué. Debe pasar por muchas observaciones para estar seguro de la diferencia</i></p>	<p>1. <i>Marcada pérdida del control voluntario de pensamientos, emociones e impulsos. Una psicosis puede compararse con el encendido automático de un conmutador maestro que regula las percepciones, los sentimientos y las acciones del individuo.</i></p> <p>2. <i>Capacidad menoscabada para diferenciar entre la realidad y experiencias subjetivas. Las fantasías son aceptadas como hechos. La realidad puede ser alterada por la sustitución de experiencias subjetivas (delirios y alucinaciones).</i></p> <p>3. <i>El paciente acepta su estado. Puede que no comprenda o niegue que hay algo mal dentro de él o en su conducta. Vive su psicosis.</i></p> <p>4. <i>Marcada desorganización de la personalidad. La capacidad para funcionamiento social afectivo y apropiado está particularmente afectada. Por lo común se requiere hospitalización o cuidado supervisado en el hogar.</i></p> <p>5. <i>Presentan perturbaciones en el contenido de sus pensamientos: pueden creer que se les persiguen,</i></p>

<p><i>entre realidad y fantasía.</i></p> <p>6. <i>El neurótico interpreta la realidad "según los modos y los criterios típicos del ambiente en que vive y ha sido educado"</i></p>	<p><i>creer que otras personas oyen sus pensamientos, estar convencidos de que les han extraído de la cabeza sus pensamientos, o manifestar otros extraños procesos mentales.</i></p> <p>6. <i>Muestra una pérdida de la capacidad asociativa: pasando de un tema a otro que no tiene relación con él, sin advertir la naturaleza disociada de sus pensamientos. Su discurso es frecuentemente vago, y cuando no encuentran la palabra adecuada a veces la inventan.</i></p> <p>7. <i>El psicótico tiene dificultad en entender quién es él mismo como sujeto, como persona, con su cuerpo, y como individuo social".</i></p>
--	---

1.3 El hospital psiquiátrico.

No tiene sentido llenar un asilo con un montón de chiflados⁴

1.3.1 Antecedentes a la institución mental actual.

Una leyenda flamenca decía que había un hombre muy estúpido, que creía que su falta de inteligencia la producía la obstrucción de su cerebro por una piedra que causaba la locura. Por ello, la extracción de la piedra devolvía la cordura.



⁴ The New Yorker. 15 de mayo de 1965

En Europa, a finales de la Edad Media y durante el Renacimiento, era frecuente abandonar a su suerte a quienes eran considerados locos, confinándolos en una pequeña embarcación que navegaba por el río sin rumbo fijo. *La nave de los locos*, como la llamaban, era la encargada de alejar a estos enfermos de las ciudades y librar a la sociedad de su pesada carga.

En uno de los capítulos del ensayo *Historia de la locura* (1964), Michael Foucault sostiene que el *Narrenschiff*⁵ podría tener una existencia verídica, como un bajel que cruzaba los ríos de Renania y los canales flamencos con su cargamento de insensatos, despojando a las ciudades de la enorme carga que éstos suponían. Así, el filósofo francés considera que: “Hacia el otro mundo es adonde parte el loco en su loca barquilla; es del otro mundo de donde viene cuando desembarca. La navegación del loco es, a la vez, distribución rigurosa y tránsito absoluto”.

Parece que fueron los árabes los primeros en crear hospitales para enfermos mentales, ya desde el siglo V. Sin embargo, no fue hasta comienzos del siglo XV (1409) cuando se abrió el primer hospital mental en Europa. Se trataba del *Hospital de Ignoscents, Folls e Orats*, creado por Joan Gilabert Jofré, en la ciudad española de Valencia. Era un centro confortable y adecuado para tratar a los enfermos mentales, en el que se abogaba por eliminar las ataduras y las cadenas, proporcionar actividades y trabajo a los enfermos entre otras cosas.

España puede considerarse, en este sentido, pionera en el tratamiento institucionalizado. Al hospital de Valencia le siguieron en las décadas siguientes otros en Zaragoza, Sevilla, Valladolid, Toledo y Granada.

⁵ Obra satírica y moralista publicada en Basilea, en 1494, por el teólogo y jurista Sebastian Brant. Su traducción al castellano es “La nave de los locos”. Esta odisea inspirada en el viaje de los Argonautas, es un largo poema compuesto por 2079 octosílabos pareados, en donde se describe el periplo de 111 personajes de diferente extracción social (cada uno de los cuales encarna un vicio humano) hacia el país de Locagonia (locura).

Hacia el siglo XVII comienzan a crearse en Europa enormes centros de internamiento cuyo principal fin es recluir a los locos y aislarlos de la sociedad. En las frías y oscuras paredes de piedra de estos primeros manicomios conviven enfermos mentales, discapacitados físicos, mendigos, borrachos, delincuentes, prostitutas, homosexuales... Se trataba de instituciones que no poseían fines médicos ni terapéuticos, sino que estaban destinadas a salvaguardar el orden y la justicia ciudadana.

El primer centro de este tipo es el Hospital General de París, abierto en 1656, pero pronto la práctica se extiende por todos los países europeos. En Londres, los enfermos mentales eran recluidos en el Hospital de Bethlehem (Bedlam), donde los que sobrevivían a las deplorables condiciones, la abominable comida, el aislamiento, la oscuridad y la brutalidad de los guardianes, debían soportar los inhumanos tratamientos: eméticos, purgantes, sangrías y torturas.

El Bedlam se convirtió además en lugar de espectáculo dominical para los londinenses, que pagaban su entrada para observar a los internos tras las rejas de hierro. Situaciones parecidas se vivían en la Salpêtrière y Bicêtre (París), el Saint Luke's Hospital (Londres), el Pennsylvania Hospital (Filadelfia), el Hospital para Dementes (Moscú) y el Narrenthurm (Viena).

A finales del siglo XIX y comienzos del XX la situación que ofrecieron los manicomios continuó siendo desoladora. En el año 1885 un Real Decreto refleja la concepción social que en esta época se tenía del enfermo mental, que era visto como un ser extraño y temible, poseído por fuerzas diabólicas y demoniacas.

El fin de la institución mental en este periodo siguió manifestando la idea de aislar al enfermo mental a través de la reclusión para proteger a la sociedad sana de sus peligros. No existieron fines terapéuticos en estas instituciones y una vez dentro, resultó casi inconcebible abandonarlas.

Fue después de la Segunda Guerra Mundial, cuando se desarrolló una reforma psiquiátrica tanto en Europa como en Estados Unidos, destinada a cambiar la concepción social del enfermo mental y a eliminar el internamiento en régimen cerrado. Dicha reforma transformó drásticamente el concepto de institución mental que se tenía hasta la fecha, además, la asistencia mental, asociada a la beneficencia, pasó a ser responsabilidad del estado.

Los propios gobiernos impulsaron políticas de reconversión de la institución mental y se desarrollaron importantes programas de reintegración social de los enfermos internados; se promueve la humanización de los hospitales psiquiátricos así como la creación de numerosos centros comunitarios de salud mental.

La actividad de esos centros se fue haciendo cada vez menos médica, introduciendo, por la vía de la prevención y de equipos multidisciplinarios, un nuevo modelo de intervención sobre los problemas psicosociales de la comunidad.

Dentro de este espíritu reformista, que no ha cesado desde entonces, en el año 2001, la OMS hizo pública la recomendación de sustituir completamente la institución mental tradicional por centros de atención comunitaria, respaldados por la presencia de áreas psiquiátricas en los hospitales generales.

En España, los años de franquismo relegaron la atención psiquiátrica a un nivel obsoleto y completamente alejado de la realidad europea, y no será hasta los años 80 cuando se inició en el país una nueva reforma psiquiátrica que pretende sustituir el sistema de institucionalización manicomial por un modelo integral basado en una red estructurada de servicios comunitarios.

En la actualidad existe un desarrollo relativamente desigual entre las distintas autonomías de España y sólo en el caso de Andalucía se ha producido la casi total eliminación de los hospitales psiquiátricos.

Ciertamente, durante siglos, los enfermos mentales fueron reclusos en espacios como cárceles o leproserías; de esta manera la institución psiquiátrica se acercaba peligrosamente a la institución penitenciaria. Con esto, el manicomio ha sido un lugar grotesco y muy lejano de la medicina.

Sin embargo, desde que a mediados del siglo XX comenzara la reforma psiquiátrica, las instituciones mentales han sufrido enormes transformaciones.

A continuación, mencionaré los principios fundamentales de una buena asistencia médica, desde manuales de hospitales psiquiátricos de España, Francia y México principalmente.

Las funciones del hospital psiquiátrico, incluyen, entre otras las siguientes:

- a) Protección a la comunidad mediante el encierro, en un medio controlado, de los individuos comprendidos en la amplia e indiscriminada designación de peligrosos por “enfermedad” (función de *reclusión*).
- b) Protección a las personas “enfermas” contra sus propios impulsos autodestructivos (función de *mantenimiento de la vida*).
- c) Conservación y cuidado de la persona “enferma” en el periodo durante el cual se le juzga irresponsable, es decir, incapaz de manejarse por sí misma como ciudadano independiente (función de *ciudadano*).
- d) Diversas formas de intervención en la psiquis, en el cuerpo o en la situación vital del paciente, para que reduzca su vulnerabilidad y desarrolle sus recursos internos de modo que pueda proseguir su vida en sociedad (función *terapéutico – rehabilitante*)⁶.

⁶ LEVINSON Y GALLAGHER. Sociología del enfermo mental. Amorrortu editores. Argentina 1964 pág. 30

Se puede señalar por lo tanto, según el Reglamento para Hospitales, Maternidades y Centros Materno infantiles, en el Distrito, Territorios y Zonas Federales (1950), que el hospital es “... *todo establecimiento oficial, descentralizado o particular, que tenga como finalidad primordial la atención de enfermos que se internen para su diagnóstico o tratamiento. Podrá tratar también enfermos ambulantes, capacitar personal y realizar labores de investigación.*”

Para que las funciones de la Institución psiquiátrica se lleven a cabo, deberá ser necesario contar con un organigrama muy preciso.

Dados los objetivos de esta investigación, no se mencionarán como tal todos los fundamentos útiles para el excelente funcionamiento del Hospital Psiquiátrico, pero sí, los que consideramos más importantes, siendo estos:

1.3.2 Principios fundamentales de una buena asistencia médica

1.3.2.1 Infraestructura, arquitectura

Existen dos tipos de hospitales, que son los generales y especializados, en los últimos entran los hospitales neuro-psiquiátricos, cuyas disposiciones de país a país varían.

En el caso específico de México, el Reglamento para Hospitales Maternidades y Centros Materno infantiles, en el Distrito, Territorios y Zonas Federales (1945)⁷ abarca los siguientes artículos, de principal interés para este trabajo de investigación:

Artículo 47. Además de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento (que se trata en la Fracción II en el artículo 18), tendrán los siguientes servicios:

- i. Servicios de electro-diagnóstico y de fisioterapia, con el equipo adecuado.

⁷ Publicado en el Diario Oficial del 24 de mayo en 1945.

- ii. Servicios de electrochoque, de insulino terapia o de cualquier otro procedimiento especial, en caso de usarse.
- iii. Servicios de terapia ocupacional.
- iv. Servicios de especialidades médicas en relación con las necesidades de los pacientes, a menos que tales servicios sean controlados con otras instituciones públicas o con profesionistas especializados.

Así mismo, según el Artículo 48 de el reglamento ya citado, cada hospital debe contar con espacios abiertos (jardines, terrazas, patios o pabellones) debidamente acondicionados y protegidos para el recreo, descanso y terapia ocupacional al aire libre, teniendo como mínimo cinco metros cuadrados de superficie por cada asilado.

En el primer piso del edificio, o el lugar más próximo a los médicos, deberá ser ocupado por los pacientes más graves, los que no pueden ser controlados en los pisos de internamiento o se encuentran delicados de salud.

También aquí se ubicarán los quirófanos, la farmacia, los rayos X, el banco de sangre, el laboratorio y algunas oficinas de enseñanza, electroencefalograma, otorrino, odontología, neurología, cardiología, medicina interna y oftalmología; Sala de necropsias para estudios post mortem. Sin olvidar que deben permanecer, también en esta instancia, los pacientes de consulta externa.⁸

Los locales para enfermos estarán debidamente protegidos para accidentes o fugas, según el artículo 49 del Reglamento para Hospitales. A este efecto:

1. Las ventanas estarán protegidas interiormente con alambrado de cuadrícula de cinco centímetros, hecha con alambre del número 14, y estarán fuera del alcance de los pacientes.

⁸ VALEK, G. Los laberintos de la locura. Anatomía de un manicomio oficial. Editorial Posada 1986 pág. 116

2. La instalación eléctrica será oculta y no habrá alambres o lámparas colgantes, sino que los focos estarán empotrados en los muros o techos, y fuera del alcance de los enfermos; los contactos y los apagadores estarán en tableros fuera de las habitaciones, para que sólo puedan ser manejados por los empleados.
3. Las salas colectivas y las habitaciones individuales tendrán una sola entrada con puerta y mirilla debidamente aseguradas por fuera.
4. Los cuartos para enfermos agitados serán a prueba de ruido, sin muebles, y sus paredes y pisos se revestirán con material impermeable blando. Tendrán puertas dobles que se abrirán hacia afuera formando vestíbulo, con mirilla y chapas exteriores.
5. Los locales para epilépticos tendrán camas con barrotes u otros dispositivos, para impedir que se caigan los enfermos.
6. Los baños para enfermos serán de regadera. Las regaderas estarán empotradas en el techo o paredes y no habrá tubería, llaves de agua ni apagadores en el interior del local, sino que estarán por fuera, de manera que solo puedan estar manejados por el personal. Los baños de tina, vapor y otra clase, sólo se usarán para hidroterapia y exclusivamente por prescripción médica.
7. Todas las circulaciones tendrán disposiciones para la seguridad de los pacientes y las escaleras estarán cerradas con puertas de chapa.

Las actividades cotidianas de lavarse, vestirse, hacer la cama de los pacientes deben ajustarse a la distribución arquitectónica de las secciones, ya que se convierte en un factor determinante para que los pacientes con trastornos crónicos puedan llevarlas a cabo con facilidad (Fraser, 1990).

No deberá haber alguna diferencia entre los recursos de los hombres y las mujeres internados. Como por ejemplo, el mismo número de camas y la misma disposición.

1.3.2.2 Administración.

Cada hospital debe contar con un Manual de Organización de Procedimientos, en donde se indiquen los reglamentos internos.

Según el Departamento de Salud y Seguridad Social, todo gran hospital psiquiátrico debe tener un psiquiatra que tenga personalidad formalmente reconocida en la rehabilitación. Si bien otras personas pueden tener contacto con cada paciente fuera de la sección, conviene disponer de un miembro de cada una de las demás profesiones terapéuticas asignado a las secciones, de manera particular cuando se piensa en algún programa activo de rehabilitación.

El servicio de hospitalización operará bajo un esquema que incluye dos modalidades: continua y parcial, las cuales incluyen actividades preventivas, curativas y rehabilitatorias; debiendo informar a los usuarios y a sus familiares, acerca de la salud mental, las características de la enfermedad mental y de su participación en el programa de tratamiento y rehabilitación; de acuerdo a lo estipulado en las disposiciones aplicables.⁹

Para una planificación adecuada de la Asistencia Médica hay que cumplir los supuestos siguientes:

1. Unidad de Asistencia:

- a) No es posible separar a la Medicina preventiva de la curativa o rehabilitadora. El sistema debe procurar en todo momento la Promoción de la Salud de la Comunidad.
- b) Apertura al Sistema Asistencial: asistencia, eficacia y economía del sistema.

⁹ Manual de procedimientos para hospitales del Estado de México

- c) Funcionamiento armónico del conjunto: los diferentes servicios de que se compone el conjunto asistencial deben ser partes de un todo que funcione de forma acoplada y armónica.

2. Gradación de la asistencia:

- a) Tipos de centros: actividad médica general, cuidados domiciliarios, consultas externas, hospitales generales y especiales, centros de convalecientes. Establecimientos de enfermos crónicos, centros de post-cura y rehabilitación.
- b) Regionalización y jerarquización de la asistencia: este punto está íntimamente relacionado con la especialización, fluidez y economicidad del sistema.

3. Fluidez del sistema:

- a) Interconexión armónica de los centros.
- b) Seguridad en la cobertura económica de los gastos ocasionados.
- c) Un sistema de asistencia social capaz de llegar hasta el domicilio del enfermo.

4. Equilibrio y uniformidad del sistema.

5. Integración social.

6. Economía del sistema. Cuando se habla de enfermedad, no sólo hay que considerar el coste de la asistencia, sino el de la enfermedad misma. Un enfermo es un consumidor de servicios, cuyo coste día

(estancia) está en íntima relación con la intensidad de los cuidados que recibe. Al mismo tiempo es un miembro de la sociedad en estado de paro forzoso, y por lo tanto, no produce.

En una planificación adecuada, en primer término se deben llenar las necesidades sanitarias básicas, teniendo en cuenta la tendencia al aumento de la demandad de cuidados, no esenciales por parte de la población, que nunca se debe estimular. El aumento de número de camas y de Centros de internamiento no debe ser la meta, sino la mejor utilización de los mismos aplicados mejor en descargar, salidas de los enfermos y su reintegración como miembros útiles de la sociedad.

Los gastos asistenciales médicos aumentan en mayor proporción el coste de la vida.

El problema de disminuir los gastos asistenciales es difícil, incluso, el evitar su incremento, ya que al mismo tiempo que se produce una mayor demanda de la población, paralelamente a su mejor nivel de vida y a las mayores facilidades y efectividad de los mismos, el aumento de la productividad, posible en la industria a través de un perfeccionamiento tecnológico y a la sustitución del personal por máquinas, en muy reducido en la asistencia médica en general y especialmente en la hospitalaria.

La administración de un hospital psiquiátrico tiene en sus manos la posibilidad de otorgar un certificado de buena salud (dado de alta por curación completa) y algunas recomendaciones personales.

De ahí que los internos, en presencia del personal, simulen un gran entusiasmo por los notables efectos que ya empieza a tener en ellos la obra de la institución.

1.3.2.3 Investigación.

Los hospitales psiquiátricos sirven cada vez más como centros de investigación y capacitación profesional de psiquiatras, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales y otros. Las funciones educativas y de investigación influyen notablemente en el cuidado de los enfermos. En ese sentido, los hospitales psiquiátricos, también pueden servir, según la Joint Commission on Mental Illness and Health (1961), como receptáculos para miles de individuos que no han sido capaces de adecuarse a la comunidad exterior y a los que se podría ayudar bajo otras condiciones para que llevaran una vida más útil y digna dentro de la sociedad.

1.3.2.4 Ambiente.

Se pide al personal que cree un ambiente comunal donde se puedan satisfacer todas las necesidades psicosociales del paciente. Lo que es más importante, sus miembros deben contribuir a la evolución de esta comunidad, participando intensivamente de tal modo que reflejen tanto su preparación profesional como sus cualidades personales más características.

Pareciera que las mujeres necesitan mayor contacto, mayor cariño; en cuanto ven una bata blanca, se acercan desesperadas; algunos hombres también lo hacen, pero las mujeres no sólo tratan de acercarse a los médicos, sino que los abordan, los tocan; una ofrece dulces, otra canta una canción navideña.¹⁰

¹⁰ VALEK, G. Los laberintos de la locura. Anatomía de un manicomio oficial. Editorial Posada 1986 pág. 115

1.3.2.5 Recursos y rehabilitación.

Las camisas de fuerza y otros medios coercitivos solo se emplearán con los pacientes agresivos. Serán utilizados los cuartos de aislamiento, vigilancia permanente, hidroterapia prolongada u otros métodos de seguridad siempre y cuando haya prescripción médica de acuerdo con los principios de psiquiatría.¹¹

1.3.2.6 Médicos, enfermeros, psicólogos

Y todo aquel que reciba un salario o un jornal.

Para el personal, el hospital psiquiátrico es un lugar de trabajo en el que aprenden y ejercen sus ocupaciones, prestan servicios útiles y se ganan el sustento. Por lo común no viven en él y solo se llena una parte de su jornada y del curso de su vida. Las obligaciones y derechos del personal del hospital quedan muy bien delimitadas en el Capítulo VII del manual de Procedimientos del Estado de México, siendo estos:

Artículo 93. La relación entre el personal de los hospitales y los usuarios de los mismos, se funda en un mutuo acuerdo que requiere confianza, reserva, franqueza, cooperación y responsabilidad.

Artículo 94. Ningún miembro del personal podrá usar las posibilidades que le brinda su puesto o profesión para el maltrato al paciente, debiendo asegurarse que los sentimientos y prejuicios nunca interfieran con el trato y tratamiento que se ofrece al paciente.

¹¹ *Ibíd*em

Artículo 95. El personal de los hospitales tiene la obligación de proporcionar un trato digno y respetuoso a los derechos humanos de quienes hacen uso de los servicios de los hospitales.

Artículo 96. Sin perjuicio de lo establecido en las leyes y reglamentos de carácter laboral o penal, todo el personal del hospital esta obligado a cumplir responsablemente con las disposiciones jurídicas, administrativas, técnicas y todas aquellas cuyo descuido o demérito afecte la seguridad y la atención a los pacientes.

Artículo 97. El personal de los hospitales deberá abstenerse a colaborar con acciones que contravengan los principios de la ética profesional, sin importar que sean solicitadas por sus superiores jerárquicos, por las propias pacientes, por sus familiares o por cualquier otra persona.

De igual forma, todos los trabajadores del hospital, independientemente de la función que desempeñen dentro del mismo, tienen estrictamente prohibido celebrar contratos con los pacientes, familiares y/o representantes de los mismos así como; de realizar transacciones de orden económico personal o encargos que los pacientes les hagan para adquirir cosas en el exterior; de sorprenderse a algún trabajador realizando este tipo de actividades, se procederá a levantamiento en su contra de un acta administrativa sin perjuicio de la responsabilidad laboral, administrativa y/o penal en que pueda incurrir.

Artículo 99. Queda prohibido ejecutar medidas que tengan carácter experimental sin el consentimiento previo por escrito del familiar, tutor o representante legal, y de los Comités de Enseñanza e Investigación.

Artículo 109. Todo el personal de los hospitales tiene derecho a gozar de cursos de capacitación y, en específico, de su desarrollo laboral dentro de la Institución; esto es, en el trato directo con el paciente psiquiátrico.

Los estudiantes de enfermería suelen vivir en una residencia dentro o fuera del hospital. Los directores y otros altos miembros del personal reciben a veces alojamiento y servicios especiales dentro de su recinto.

Para ser Director de los hospitales (según el Reglamento Interno de los Hospitales Psiquiátricos del Instituto de Salud del Estado de México), además de cumplir con los requisitos establecidos por el Reglamento de la Ley y tener amplia experiencia en las áreas médica, académica y de administración de sistemas de salud pública.

Además de las establecidas por el Reglamento de la Ley, son funciones de los Directores de los hospitales:

- I. Orientar las funciones de los Subdirectores y Asistentes de la Dirección, en todo lo relativo a las políticas de la Institución;
- II. Presidir el Cuerpo de Gobierno del hospital;
- III. Orientar, fomentar y estimular la investigación científica y la función docente, de acuerdo con los planes que elabore el Cuerpo de Gobierno;
- IV. Presidir las reuniones que se efectúen dentro del hospital;
- V. Acordar con el Coordinador de Salud del Instituto, o con quien éste designe, de conformidad con el calendario que para tal efecto se formule o los asuntos que lo ameriten;
- VI. Promover y fomentar las relaciones científicas con Instituciones Hospitalarias, Sociedades Médicas y Universidades Nacionales y Extranjeras;
- VII. Todas aquellas funciones necesarias para el mejor desempeño y funcionamiento del hospital; y
- VIII. Las demás que le señalen otras disposiciones aplicables.

Tanto como el artículo 15 como el 16 del mismo reglamento, hablan de las funciones del el Subdirector Médico, siendo éste el responsable ante el Director, de la organización y buen funcionamiento de los servicios médicos, paramédicos, auxiliares de diagnóstico y tratamiento del hospital.

Sus obligaciones son las siguientes:

- I. Asumir la responsabilidad del cumplimiento de la disciplina, el profesionalismo y la eficiencia del personal médico y técnico a su cargo;
- II. Supervisar el trabajo de los servicios de atención médica y paramédica; y las demás que el director le asigne.

Los residentes de psiquiatría pueden dedicar tanto tiempo a su trabajo y a sus estudios que el hospital se convierte en el centro de sus vidas. En esos casos, la situación y la experiencia interna del personal llegan a parecerse a la de los pacientes.

Entre otras responsabilidades que tienen los médicos en la Institución psiquiátrica, son, según el Artículo 51, la de hacer una historia clínica de cada enfermo dentro de los primeros cinco días del ingreso del paciente y en ella se anotará diariamente la evolución y tratamiento del mismo.

El personal deberá actuar sobre los pacientes por medio de técnicas curativas específicas que produzcan cambios en los enfermos.

Franco Basaglia (1978) habla del papel del psicoanalista dentro del hospital psiquiátrico, y este será, entre otras cosas, dar la posibilidad a la familia de entender cuál es el juego infernal en el que se mueve el paciente y cuál es la situación infernal en la que la familia presenta una situación patógena para esta persona.

En cuanto a la enfermedad, desde la sociología, los campos de observación y razonamiento, es decir, el modo de conducirse del individuo. En cuanto a la causa, los campos de observación y razonamiento, son tres a saber:

El campo de la persona: características de la persona antes de enfermarse. El problema es distinguir cuál de esas causas puede considerarse como atinente o causal.

El campo del medio: factores del ambiente con los que la persona se encontró un poco antes o en el momento de enfermarse.

El campo del mecanismo: observaciones referentes a las “piezas y partes” afectadas por el encuentro con el factor causal, las que, en último término, determinan el modo particular de conducirse. El problema es determinar de cuál se trata, en primer término.¹²

1.3.2.7 Diagnóstico y tratamiento psiquiátrico.

Los diagnósticos de índole psiquiátrica, según la crítica a los hospitales psiquiátricos, son términos a los que se les da una apariencia de términos médicos; son una especie de falsificación deliberada de la terminología médica. Son aplicados a dos tipos de personas: los que quieren ser incapacitados y ser tratados como tales, los llamados pacientes neuróticos o voluntarios; y aquellos que quieren ser dejados en paz, o bien quieren ser tratados como criminales acusados, los llamados pacientes psicóticos o involuntarios.

El tratamiento puede ser también voluntario o involuntario. Consiste ya sea en conversar, administrar drogas o cortar el cerebro entre otras cosas como las actividades de distracción: son desprovistas de carácter serio, pero capaces de inspirar un interés y un entusiasmo que sacan al paciente de su ensimismamiento y le hacen olvidar momentáneamente la realidad de su situación. Si las actividades ordinarias torturan el tiempo, estas lo matan misericordiosamente.

Las actividades de distracción pueden ser de carácter colectivo como los deportes al aire libre, los bailes, la ejecución musical en orquestas y bandas, el canto coral, conferencias, clases de artes, carpintería y juegos de naipes.

¹² HALLIDAY, J. L. “Medicina psicosocial” Editorial Universitaria de Buenos Aires 1961 pág. 30

Las instituciones, al final se ocupan de la rehabilitación del interno, o sea de reparar sus mecanismos auto reguladores, de tal modo que al marcharse mantenga por decisión propia las normas del establecimiento.

1.3.2.8 Pacientes.

El paciente constituye el elemento más importante de la comunidad hospitalaria que se ocupa especialmente de él y se dedica a cuidarlo.

El enfermo está confinado legalmente dentro del hospital, se restringe su estatus normal como civil, se halla sujeto a la autoridad administrativa del personal, autoridad que no tiene paralelo con ninguna otra de la sociedad exterior.

El enfermo es un interno, es decir, miembro residente del hospital. Ocupa una posición dentro de la estructura hospitalaria. Todas sus necesidades como persona (recreación, soledad, estudio, intimidad, relaciones familiares, hábitos particulares de comida o bebida, etc.) le serán satisfechas en su mayor parte o retaceadas dentro de los confines de la estructura hospitalaria. Aquí es importante afirmar que cuando hablamos de “enfermedad”, hacemos referencia a que la persona que posee esta condición anormal busca o desea ayuda médica para su sufrimiento y enfermedad. En otras palabras, el sufriente está dispuesto a ser un paciente.

Estar enfermo y ser un paciente son variables independientes: “tal persona tiene un cuerpo enfermo, pero no es un paciente”, “tal persona es paciente pero no esta enferma”. También existen las personas físicamente sanas que simulan el rol de enfermos, personas que no están enfermas y que no pretenden estar sanas.

Los doctores siempre tratan pacientes voluntarios, es decir, aquellas personas que desean ser tratadas.

En psiquiatría esto no es así. Los pacientes mentales no tienen enfermedades médicas y corporales; esto es, en tanto que las enfermedades mentales son “funcionales” no resultan ser (en opinión de Szasz) enfermedades. Solo se asemejan a síntomas de las enfermedades corporales.

Retomando al enfermo mental, según Levinson y Gallagher, en su libro “Sociología del enfermo mental” la condición del paciente está parcialmente determinada por el carácter de su situación; sobre él influyen, en muy alto grado, las fuerzas que surgen del orden y los procesos socioculturales, tanto del hospital como de la comunidad exterior. Simultáneamente, también el orden y los procesos psicológicos internos de su personalidad ejercen poderosa influencia sobre su adaptación.

Es fácil que el paciente se considere a sí mismo (o sea considerado por los demás), como material inerte que se moldea, o como recipiente vacío que se llena con nuevos conocimientos o nuevas virtudes.

Para el paciente, el hospital es su comunidad: un lugar donde recibe tratamiento, trabaja, hace amigos y enemigos, y, si tiene suerte, planea su futuro, durante un periodo indefinido.

La principal tarea del enfermo consiste en dedicarse a un proceso de autocuración y cambio autogenerado. Su trabajo resulta, en maneras y grados diversos, facilitado u obstaculizado por el paciente mismo, por el personal, por otros pacientes y por la índole del sistema hospitalario.¹³

Por último, el paciente debe adaptarse a los requerimientos y oportunidades del establecimiento, de tal manera que, en el mejor de los casos, llegue a convertirse en una persona más feliz y eficaz o, por lo menos, sea dada de alta en un tiempo razonable y sin gran perjuicio a su integridad personal.

Al respecto, Szasz, nos plantea la posibilidad de que el enfermo mental únicamente se dedica a crear propios roles, según su beneficio dentro del hospital. Una de sus formulaciones es la referida a los aspectos sistémico

¹³ GOFFMAN, Erving. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Amorrortu editores. 1972

sociales, explicado en el documento “El rol del enfermo mental” de Thomas Scheff; en donde queda dicho que Szasz traza una analogía entre el rol del enfermo mental, y la asignación de personajes por tipos a los actores. Los resultados de varios estudios socio psicológicos sugieren que los tipos de deferencia que el individuo recibe regularmente de los demás puede moldear su conducta de juego de roles.

Uno de los aspectos del carácter voluntario del juego de roles consiste en el grado en que el actor cree en el papel que está jugando. Si bien puede jugar el rol en forma cínica, sin la más mínima convicción, o de manera completamente sincera, muchos roles se juegan sobre la base de una completa mezcla de convicción y escepticismo.

En el curso de un estudio realizado en un gran hospital psiquiátrico público, Scheff refiere que varios de los pacientes confiaron al autor cómo utilizaban con cinismo sus síntomas, para atemorizar al nuevo personal, eludir los trabajos desagradables, etc. Otras veces, sin embargo, la conducta sintomática de estos mismos pacientes parecía sincera.

El individuo necesita un marco de referencia estable –incluidos puntos de referencia firmes y relevantes- para orientarse y regular sus intenciones con los demás. Este marco de referencia consta de anclajes internos y externos que se hallan a disposición del individuo, se que este conocimiento de ellos o no.

Si dispone de un marco de referencia aceptable, podrá negarse a dar información incompatible con dicho marco, o que le exija renunciar al mismo. En ausencia de un marco estable, trata activamente de establecer uno mediante su propio esfuerzo, utilizando para ello información significativa y pertinente ofrecida en el contexto de la interacción. El sujeto, gracias al control de la cantidad y la clase de información de que dispone para orientarse, puede adoptar actitudes conformistas que son por completo ajenas a sus antiguos modos de pensar.

Por otra parte, el individuo posee su propio vocabulario de expectativas, las cuales, en determinada situación, pueden concordar o estar en conflicto con las

sanciones a las que se halla expuesto. El ingreso en el rol esta completo cuando este rol forme parte de las expectativas de la interacción social.

Si la estadía del interno es larga, puede ocurrir lo que se ha denominado “desculturación”, o sea un “desentrenamiento” que lo incapacita temporalmente para encarar ciertos aspectos de la vida diaria en el exterior., si es que vuelve a él, en el momento en que lo haga.

1.4 Reclusión y veracidad de la enfermedad mental.



14

¹⁴ Vick Muniz. Prisons VII the drawbridge después de Piranesi. 2002.

Suele señalarse a Thomas Szasz Y David Cooper como los promotores del llamado "movimiento antipsiquiátrico", (surgido en Inglaterra en la década de los 60) cuya tesis central es la de rechazar el concepto tradicional de enfermedad mental como anormalidad biopsíquica, para ubicarlo dentro de un contexto económico e histórico-social.

La antipsiquiatría pone en evidencia, en primer lugar, la perversión de las instituciones dedicadas a la salud mental que generan o hacen crónica la enfermedad.

La reclusión involuntaria de personas en establecimientos de salud mental es una forma de encarcelamiento; representa una violación de los conceptos contemporáneos acerca de los derechos humanos fundamentales.

Las instituciones y prácticas sociales vigentes, son por lo general sentidas y aceptadas como buenas y útiles.

La reclusión de los insanos gozó desde sus comienzos, hace aproximadamente tres siglos, de una aceptación igualmente amplia; médicos y letrados, sostuvieron la conveniencia terapéutica y la necesidad social de la psiquiatría institucional. La reclusión de los insanos es beneficiosa para los enfermos mentales, además de ser necesaria para proteger a los miembros mentalmente sanos de la sociedad.

Como ejemplo del primer argumento citemos a Slovenko: "Confiar únicamente en los procedimientos voluntarios de internación hospitalaria implica ignorar el hecho de que algunas personas pueden desear recibir atención y custodia pero ser incapaces de expresar su deseo de manera directa".

Se admite con ello que las familias de los pacientes psiquiátricos suelen recurrir al uso de la fuerza con el fin de controlar a sus seres queridos, y que cuando se les llama la atención sobre este hecho se sienten confundidos y culpables.

El deber del psiquiatra podría pensarse que es el de proteger a la sociedad: el psiquiatra del futuro será, como el de hoy, uno de los guardianes de su comunidad.

Estas explicaciones convencionales acerca de la naturaleza y aplicaciones de la reclusión no son, sin embargo, otra cosa que meros justificativos, aceptados por la cultura, de ciertas formas cuasi médicas de control social, ejercidas especialmente contra individuos y grupos cuyo comportamiento no viola las leyes penales pero amenaza los valores sociales establecidos.

Pruebas de que la reclusión no cumple el propósito de ayudar o de tratar a personas cuya conducta se desvía de las normas sociales prevalecientes o las amenaza, y que por los inconvenientes que causan a sus familiares, vecinos o jefes pueden ser incriminados enfermos mentales:

Las pruebas médicas. La enfermedad mental es una metáfora, según Thomas Szasz. Si por enfermedad entendemos un trastorno de los mecanismos fisicoquímicos del organismo humano, podemos afirmar que lo que denominamos enfermedades mentales funcionales no son en absoluto enfermedades. Las personas que, según se dice, sufren esos trastornos son desviados o ineptos sociales, o están en conflicto con individuos, grupos o instituciones. Si no sufren ninguna enfermedad, es imposible tratarlos como si la sufrieran.

La expresión enfermo mental se aplica habitualmente a personas que no padecen ninguna enfermedad orgánica o a personas que sí la padecen (p. ej., a personas intoxicadas con alcohol y otras drogas, o a ancianos que sufren una lesión degenerativa del cerebro). No obstante, cuando se interna en forma involuntaria a personas que tienen lesiones cerebrales demostrables, el objetivo primordial es ejercer un control social sobre su conducta; el tratamiento de la enfermedad es, en el mejor de los casos, un argumento secundario. A menudo la terapia es inexistente, y la custodia es nombrada como tratamiento.

En suma, la reclusión de personas con algún tipo de psicosis cumple una finalidad moral y social, no médica ni terapéutica. De ahí que si futuras investigaciones demostraran que ciertos estados que ahora se consideran enfermedades mentales funcionales son orgánicos, la argumentación contra la internación involuntaria en hospitales psiquiátricos no se vería afectada por ello.

Las pruebas morales. En las sociedades libres, la relación entre médico y paciente se funda en el supuesto legal de que el individuo es dueño de su cuerpo y de su personalidad. El médico sólo puede examinar y tratar a un paciente con su consentimiento; este último es libre de rechazar el tratamiento (p. ej., puede negarse a ser operado por un cáncer).

John Stuart Mill¹⁵ sostuvo explícitamente que “Cada persona es el custodio apropiado de su salud corporal, mental o espiritual”. La reclusión es incompatible con este principio moral.

Las pruebas históricas. La práctica de la reclusión floreció mucho antes de que hubiese tratamientos mentales o psiquiátricos o enfermedades mentales. En realidad, la locura o la enfermedad mental no fue siempre una condición necesaria para la reclusión.

En el siglo XVII, por ejemplo, los hijos de artesanos y otros habitantes pobres de París, cuya edad fuera inferior a los 25 años, las muchachas pervertidas o en evidente peligro de ser pervertidas y otros miserables de la comunidad, como los epilépticos, los sifilíticos y los menesterosos con enfermedades crónicas de todo tipo, eran considerados candidatos apropiados para su internación en el Hospital General.

Y cuando en 1860 la señora Packard fue encarcelada por desavenencias con su marido, que era ministro, las leyes de reclusión del estado de Illinois establecieron claramente que “las mujeres casadas pueden, ser internadas o mantenidas en el hospital a requerimiento de su esposo o tutor sin la evidencia de insanía exigida en otros casos”¹⁶.

Las pruebas literarias. La internación involuntaria de enfermos mentales desempeña un papel importante en gran número de cuentos y novelas de muchos países. Ninguno la describe como beneficiosa para la persona internada; por el contrario, siempre aparece como un dispositivo de servicio de intereses contrarios a los del paciente.

¹⁵ Filósofo, político y economista inglés (1806-1873)

¹⁶ Fundamentación ética en el paciente psiquiátrico. <http://www.cbioetica.org/revista/72/721619.pdf>

La afirmación de que la reclusión de las personas mentalmente enfermas es necesaria para la protección de las personas mentalmente sanas es algo difícil de refutar, a causa de la extrema vaguedad del peligro que supuestamente plantean los pacientes mentales.

Las pruebas médicas. Se aplica aquí el mismo razonamiento anterior: si la enfermedad mental no es una enfermedad, no hay justificativos médicos para proteger a las personas contra una enfermedad. La analogía entre la enfermedad mental y una enfermedad contagiosa queda entonces echada por tierra: las razones para aislar a los enfermos con tuberculosis o fiebre tifoidea, o para restringir de algún modo su libertad de acción, no pueden hacerse extensivas a los pacientes con enfermedades mentales.

Además, como la concepción psiquiátrica de la enfermedad mental que goza de aceptación actualmente no distingue entre la enfermedad como estado biológico y como rol social, no solo es falsa sino también peligrosamente engañosa, sobre todo si se la utiliza para justificar determinadas acciones sociales.

Según dicha concepción, la enfermedad mental tiene existencia objetiva, independientemente de sus causas (anatómicas, genéticas, químicas, psicológicas o sociales). Una persona tiene o no tiene una enfermedad mental; o es mentalmente enferma, o es mentalmente sana.

Aun cuando el rol de paciente mental le sea impuesto contra su voluntad, su "enfermedad mental" existe "objetivamente"; y aun cuando nunca sea tratada como paciente mental, su "enfermedad mental" sigue existiendo "objetivamente", con independencia de las actividades del psiquiatra.

El resultado de todo ello es que la expresión "enfermedad mental" se adapta a la perfección para las mistificaciones: pasa por alto la cuestión decisiva de si el individuo asume el rol de paciente mental en forma voluntaria, y por ende desea mantener algún tipo de intercambio personal con un psiquiatra, o si se lo coloca en ese rol contra su voluntad, y por ende se opone a mantener tal intercambio. Luego, esta confusión se emplea de manera estratégica, ya sea

por el sujeto mismo para defender sus propios intereses, o por sus adversarios para defender los de ellos.

En contraste con esta concepción, el paciente mental internado contra su voluntad es, por definición, el ocupante de un rol adscrito; y segundo, que su enfermedad mental —a menos que esta expresión se aplique exclusivamente a lesiones o disfunciones demostrables del cerebro— es siempre el producto de la interacción entre psiquiatra y paciente.

Las pruebas morales. El elemento decisivo de la internación involuntaria en hospitales psiquiátricos es la coacción. Como la coacción es un acto de ejercicio de poder, es siempre un acto moral y político. Por consiguiente, sea cual fuere su justificación médica, la internación es en lo fundamental un fenómeno moral y político, así como la esclavitud fue en lo fundamental un fenómeno moral y político, cualquiera que haya sido su justificación antropológica y económica.

Aunque los métodos psiquiátricos son útiles para quienes los emplean, no son sin duda indispensables para solucionar los problemas que los llamados “pacientes mentales” plantean a quienes los rodean.

Si un individuo amenaza a otros en virtud de sus creencias o de sus acciones, hay otros métodos para tratarlo que no los médicos: si su comportamiento fue ofensivo desde el punto de vista ético, podrían aplicársele sanciones morales; si trasgredió la ley, podrían aplicársele sanciones legales.

Las pruebas históricas. La reclusión de las personas llamadas “enfermos mentales” protege sin duda a la comunidad contra ciertos problemas. Si no lo hiciese, la práctica no habría surgido ni subsistido. Pero lo que debemos preguntarnos no es si la reclusión protege o no protege a la comunidad de los “pacientes mentales peligrosos”, sino más bien cuál es el peligro contra el que la protege, y por qué medios lo hace.

A veces, los psiquiatras declaran a una misma persona sana e insana, según los dictados políticos de sus superiores y las exigencias sociales del momento. Antes de su proceso y ejecución.

Que hombres como estos sean o no considerados “peligrosos” depende de las creencias religiosas; convicciones políticas y situación social del observador. Por otra parte, la “peligrosidad” de tales personas no es análoga a la de un individuo con tuberculosis o fiebre tifoidea; ni tampoco es lo mismo suprimir la “peligrosidad” de esas personas que suprimir la posibilidad de infección de alguien afectado por una enfermedad contagiosa.

En síntesis Szasz sostiene y afirma que las pruebas históricas le dan la razón que ciertas personas son recluidas en hospitales neuropsiquiátricos no porque sean “peligrosas” ni por que estén “mentalmente enfermas”, sino porque la sociedad o la psiquiatría los han catalogado así.

Las pruebas literarias. Nadie discute que la hospitalización involuntaria de los llamados insanos peligrosos “protege” a la comunidad; las discrepancias surgen respecto de la naturaleza de la amenaza que enfrenta la sociedad y los métodos y legitimidad de la protección que ofrece. En este sentido cabe recordar que la esclavitud también “protegía” a la comunidad: liberaba a los dueños de esclavos del trabajo manual.

La reclusión ampara del mismo modo, a los miembros de la sociedad no internados; en primer lugar, les evita tener que adaptarse a las molestas y peculiares exigencias de ciertos miembros de la comunidad que no han violado ningún estatuto legal; y, en segundo lugar, les evita tener que acusar, iniciar proceso, condenar y castigar a miembros de la comunidad que han violado la ley pero que no serían condenados por un tribunal, o si lo fueran, no podría mantenerse los encerrados en una prisión tan eficazmente o durante tanto tiempo como es posible hacerlo en un hospital neuropsiquiátrico.

La reclusión constituye un dispositivo social mediante el cual una parte de la sociedad se asegura ciertas ventajas a expensas de otra. Para ello, los opresores deben poseer una ideología que justifique sus finalidades y acciones, y deben contar con el poder de policía del Estado para imponer su voluntad a los oprimidos.

La diferencia entre recluir al *insano* y encarcelar al *delincuente* es la misma que entre el imperio del hombre y el imperio de la ley:

Los insanos y el hospital psiquiátrico:

- a) El enfermo transmite a través de sus palabras, un mensaje de libertad. Pero este mensaje no puede ser escuchado porque es un mensaje que rompe con la norma social.
- b) El procedimiento de admisión puede caracterizarse como una despedida o un comienzo, con el punto medio señalado por la desnudez física. La despedida implica un desprendimiento de toda propiedad. Es importante porque las personas extienden su sentimiento del yo a las cosas que les pertenecen.
- c) "Paciente" significa ser una persona que consiente o no rechaza ser tratado. En este sentido del término no deberían utilizarse expresiones como "hospitalización involuntaria" o "tratamiento involuntario".
- d) El manicomio, por más pulcro que sea, va a ser siempre un lugar de violencia, porque la única finalidad del manicomio es la de reajustar a las personas a las normas en las que vivimos.
- e) Comienzan al entrar al hospital psiquiátrico una serie de depresiones, degradaciones, humillaciones y profanaciones del yo. El ingreso rompe automáticamente con la programación del rol, puesto que la separación entre el interno y el ancho mundo dura todo el día y puede continuar durante años.
- f) Muerte civil: los reclusos pueden enfrentar, no ya solo una pérdida temporal de los derechos a testar dinero y girar cheques, a litigar procedimientos de divorcio o adopción y a votar, si no que además pueden sufrir la anulación permanente de algunos de ellos.
- g) Estar adentro o encerrado son circunstancias que no tienen para el interno un significado absoluto, sino dependiente del significado especial que tenga para él "salir" o "quedar libre". En este sentido, las instituciones totales no persiguen verdaderamente una victoria cultural. Crean y sostienen un tipo particular de tensión entre el mundo habitual y

el institucional, y usan esta tensión persistente como palanca estratégica para el manejo de los hombres.

- h) En el manicomio son sometidos a los controles coactivos del estado porque personas más poderosas los han titulado “psicóticos”.
- i) El manicomio protege a la persona sana de la persona que se desvía de la norma.
- j) El manicomio está diseñado para la rehabilitación del enfermo mental, sin embargo, tiene como fin el cuidado, marginación y custodia de quien rompe con el juego social.
- k) El manicomio no responde a las necesidades del enfermo, si no a las de su organización.
- l) Representa una amenaza de encierro.
- m) A estas personas (pacientes) se les encierra en un lugar en el que sus trastornos no van a ser curados, y en el que se les hace un nuevo tipo de terapia que consiste en recuperarlo mediante una ideología de castigo.
- n) Son pacientes en un sentido metafórico, por el hecho de que los psiquiatras los tratan como si estuvieran enfermos, colocándolos en hospitales, alterando química y quirúrgicamente sus cerebros o alguna otra parte de su cuerpo. Lo que esta ausente del habitual rol del paciente es la aprobación del tratamiento por el sujeto que lo recibe.
- o) En algunos hospitales psiquiátricos se somete al interno que va a ser dado de alta a una última entrevista, en la que se procura descubrir si alberga resentimientos contra la institución. Se los exhorta claramente a no causar molestias a las personas que laboran ahí. También suele hacérseles prometer que pedirán ayuda si llegaran a sentir que “están enfermando” o a que “algo malo les va a ocurrir”.

p) Lo que determina la lógica de estas instituciones cerradas es justamente no ya una ideología curativa, terapéutica, sino más bien una ideología punitiva, de castigo.

Los delincuentes y la cárcel:

- a) Son sometidos a dichos controles porque han violados normas legales iguales para todos.
- b) El propósito principal de encarcelar a los delincuentes es proteger las libertades de los miembros de la sociedad respetuosos de la ley.
- c) El gobierno protege a la sociedad de los delincuentes con ayuda de las cárceles.
- d) Están reclusos junto con otras personas destruidas anímica y moralmente.
- e) Las instituciones, al final se ocupan de la rehabilitación del interno, o sea de reparar sus mecanismos auto reguladores, de tal modo que al marcharse mantenga por decisión propia las normas del establecimiento.
- f) Tal vez el individuo no se sienta con ganas ni fuerzas para reasumir la responsabilidad de la que fue liberado por la institución.
- g) ***Lo que determina la lógica de estas instituciones cerradas es justamente no ya una ideología curativa, terapéutica, sino más bien una ideología punitiva, de castigo.***

Como el individuo sujeto a reclusión no es considerado una amenaza a la libertad en la misma forma que el delincuente (si lo fuera, sería procesado), su separación de la sociedad no puede justificarse con los mismos argumentos. **La reclusión debe basarse en sus potencialidades terapéuticas: su capacidad de restituirle al paciente su “salud mental”.**

Pero si la única manera de lograr esto es privar al individuo de su libertad, la internación involuntaria en hospitales psiquiátricos se convierte en un camuflaje verbal para lo que es, en la práctica, un castigo.

El castigo terapéutico.

Este castigo terapéutico difiere, sin embargo, de los castigos jurídicos tradicionales por cuanto el delincuente acusado tiene a su disposición una profusa armadura de medidas constitucionales que lo protegen, contra la falsa acusación y la opresión penal, mientras que el paciente mental acusado carece por completo de esa forma de protección.

Con el fin de dar mayor fundamento a esta concepción de la reclusión involuntaria y de situarla en una perspectiva histórica, repasaré brevemente las similitudes entre la esclavitud y la psiquiatría institucional.

Podríamos afirmar que no puede haber esclavos sin amos que los sometan, y considerar en consecuencia que la esclavitud es un tipo de relación humana y, en general, una institución social sustentada en la costumbre, la ley, la religión y la fuerza. Desde esta aseveración, para estudiar la esclavitud es tan importante estudiar a los amos como a los esclavos.

Este punto de vista goza hoy de aceptación general con respecto a la esclavitud, pero no con respecto a la psiquiatría institucional. La enfermedad mental del tipo que se encuentra en los manicomios ha sido investigada durante siglos, y sigue siéndolo en la actualidad. La existencia de esclavos se daba por sentada, observando y clasificando consecuentemente sus características biológicas y sociales. En nuestros días, se da análogamente por sentada la existencia de pacientes mentales; de hecho, esta muy difundida la creencia de que su número es cada vez mayor.

La tarea del psiquiatra y del psicólogo consiste, pues, en observar y clasificar las características biológicas, psicológicas y sociales de tales pacientes. Esta

perspectiva es una manifestación, en parte, de lo denominado “el mito de la enfermedad mental”, o sea, de la idea de que las enfermedades mentales son similares a las orgánicas, y en parte de la gran necesidad que tiene el psiquiatra de negar la complementariedad básica de su relación con el paciente mental involuntario.

El mismo tipo de complementariedad prevalece en todas aquellas situaciones en que una persona o bando asume un rol superior o dominante y asigna un rol inferior o sometido a otra; por ejemplo, amo y esclavo, acusador y acusado inquisidor y bruja.

La analogía fundamental entre amo y esclavo, por un lado, y la psiquiatría institucional y el paciente internado involuntariamente, por el otro, radica en esto: en ambos casos, el primer miembro del par define el rol social del segundo y le impone por la fuerza ese rol.

Allí donde existe la esclavitud debe haber criterios para decidir quién puede y quién no puede ser esclavizado. En la antigüedad, todos podían serlo; la esclavitud era la consecuencia habitual de la derrota militar. Luego del advenimiento del cristianismo, aunque los pueblos de Europa continuaron guerreando entre sí, no convertían en esclavos a los prisioneros cristianos.

Rigen criterios parecidos para distinguir entre quienes pueden ser encarcelados en hospitales psiquiátricos y quienes no pueden serlo: las personas pobres, sin importancia social, pueden serlo, en tanto que las personas con estatus o estrato social elevado no pueden serlo.

Esta regla se manifiesta de dos modos: primero, en las estadísticas sobre hospitales psiquiátricos, que muestran que la mayoría de los pacientes internados pertenecen a los más bajos estratos socio económicos; segundo, en la infrecuencia con que se interna a las personas muy importantes.

Pero aun los científicos sociales suelen comprender o interpretar mal estas correlaciones, atribuyendo la baja proporción de personas de clase alta internadas a una negación de su parte (o de parte de sus allegados) del hecho médico de que la enfermedad mental puede sobrevenirle a cualquiera.

Por cierto que las personas poderosas tienen la misma capacidad de sentirse angustiadas o deprimidas, o actuar de manera frenética o paranoide.

El enfoque médico que define todo estado de aflicción o conducta afligente como enfermedad mental no hace más que confundir el juicio del observador acerca del carácter del comportamiento de otro individuo con el poder del observador para imponer a ese individuo el rol de paciente involuntario.

Aquí debemos limitarnos a sostener que a las personas prominentes y poderosas rara vez se les impone ese rol, por motivos claros: el estado de degradación del paciente recluido no les cuadraría muy bien. De hecho, uno y otro estado se excluyen mutuamente en la misma medida que los del amo y el esclavo.

El supuesto básico de la psiquiatría institucional es que el enfermo mental no es inferior, sin embargo, es acreedor a recibir mayor atención comparada con una persona mentalmente sana. Es como un niño: no sabe qué es lo que mejor le conviene y por ende necesita que otros lo controlen y protejan.

Los psiquiatras suelen preocuparse mucho por sus pacientes involuntarios, a quienes consideran psicóticos, es decir, personas “muy enfermas”, y que deben ser atendidas estratégicamente.

El paternalismo es la explicación decisiva de la tenaz contradicción y el conflicto acerca de si las prácticas de los dueños de esclavos y de los psiquiatras institucionales son “terapéuticas” o “nocivas”.

Amos y psiquiatras profesan su benevolencia; sus esclavos y pacientes involuntarios protestan contra su malevolencia. Como dice Seymour Halleck (1971); el psiquiatra se siente una persona que ayuda a los demás, pero su paciente puede ver en él a un carcelero. Ambos puntos de vista son totalmente correctos. Cada uno enuncia algo referente a un tema distinto: el primero se refiere a la autoimagen del psiquiatra, el segundo, a la imagen que el paciente mental involuntario tiene de quien lo ha apresado.

En su libro *Ward 7* (1965), Valery Tarsis¹⁷ pone en boca de su protagonista, paciente de un hospital psiquiátrico, estas palabras al dirigirse al médico del hospital:

“Esta es la situación. Yo no lo considero a usted un médico.

Usted llama a esto un hospital. Yo lo llamo una prisión.

De modo que de ahora en adelante llamaremos a las cosas por su nombre.

Yo soy su prisionero, usted es mi carcelero,

y no vamos a andar hablando pavadas sobre mi salud o tratamiento”.

Este es el diálogo típico de la opresión y la liberación. El gobernante se mira en el espejo y ve delante suyo a un liberador; el gobernado mira al gobernante y ve un tirano. Si el médico tiene poder suficiente para encarcelar a su paciente y usa de ese poder, la relación entre ambos encuadrará inevitablemente en este molde.

Si no se le puede preguntar al sujeto si le gusta ser esclavizado o internado, azotado o sometido a electrochoques (porque se estima que no es un juez autorizado de sus mejores intereses), entonces lo que nos queda son las opiniones divergentes de los profesionales y de sus críticos.

Los profesionales insisten en que sus medidas coactivas son beneficiosas; los críticos insisten en que son dañinas.

En síntesis, a veces es necesario proteger a los enfermos mentales durante un tiempo de sí mismo. No exige una gran proeza mental imaginar cuán reconfortantes y necesarias son estas concepciones para los defensores de la esclavitud y de la internación involuntaria, aunque los hechos las contradigan.

¹⁷ Valery Yakovlevich Tarsis (1906-1983) novelista ruso que fue duramente criticado por el régimen comunista.

Incongruencias y perspectivas se asemejan en la esclavitud y en la internación involuntaria. Los defensores de este sistema sostienen que los pacientes internados están mejor en los hospitales, donde se les ve contentos y no pueden hacer daño a nadie.

Hoy nadie cuestiona seriamente la necesidad social, y por ende el valor básico, de la internación involuntaria de enfermos mentales, al menos para determinados enfermos. En Estados Unidos existe generalizado consenso de que, bien efectuada, esa internación es algo bueno. Puede debatirse quién debe ser internado, o cómo, o por cuánto tiempo, pero no que nadie debe serlo.

En las relaciones entre amos y súbditos, ya se trate de hacendados y esclavos negros o de psiquiatras institucionales y pacientes mentales internados, hay similitudes fundamentales.

Para preservar una situación de superioridad individual o de clase, es preciso, como regla, que el opresor mantenga en la ignorancia al oprimido, sobre todo en lo atinente a su relación.

Un empeño semejante para degradar educacionalmente y empobrecer psicológicamente a las personas que tienen a su cuidado caracteriza la conducta de los directores de manicomios.

En la mayoría de las prisiones norteamericanas los convictos pueden completar sus estudios secundarios y obtener el diploma correspondiente, aprender un oficio, convertirse en abogados aficionados o escribir un libro.

Nada de esto es posible en un hospital psiquiátrico. El requisito principal que debe cumplir la persona recluida en uno de esos establecimientos es aceptar la ideología psiquiátrica acerca de su “enfermedad” y de las cosas que debe hacer para “recuperarse”.

El paciente debe, por ejemplo, aceptar que está enfermo y que quienes lo han apresado están sanos; que la imagen que él tiene de sí mismo es falsa, y la de estos últimos, correcta; y que para lograr un cambio en su situación social deberá renunciar a sus concepciones “enfermas” y adoptar las concepciones “sanas” de quienes tienen poder sobre él.

Al aceptarse a sí mismo como “enfermo”, y al aceptar que el medio institucional que lo rodea y las diversas manipulaciones de su persona que le imponen los profesionales constituyen un “tratamiento”, el paciente se ve llevado a convalidar el rol del psiquiatra como el de un médico benévolo que cura enfermedades mentales.

El paciente que insiste en sostener la imagen de la realidad que le está vedada y ve en el psiquiatra institucional o un carcelero, es considerado un paranoide. Además, dado que la mayoría de los pacientes (como ocurre con todas las personas oprimidas, en general) tarde o temprano aceptan las ideas impuestas por sus superiores, los psiquiatras de hospital están continuamente inmersos en un ambiente en que es reafirmada su identidad como médicos.

A los convictos se les permite luchar por sus derechos legales, no así a los pacientes mentales involuntarios. Como los esclavos, estos pacientes no tienen otros derechos que los que les otorgan sus amos médicos.

De acuerdo con Benjamin Apfelberg, profesor de Psiquiatría Clínica y director médico del Proyecto de Derecho y Psiquiatría llevado a cabo por la Universidad de Nueva York, los alumnos llegan a comprender que si se lucha por los derechos legales de un paciente en realidad puede estar ocasionándosele un gran perjuicio. Aprenden que existe algo llamado los derechos médicos de una persona, el derecho a recibir tratamiento, a curarse.

El *derecho médico* a que se refiere Apfelberg es un eufemismo para designar la obligación de permanecer recluido en una institución psiquiátrica, sin posibilidad de elegir entre la internación y la no internación.

La opresión y la degradación son desagradables a la vista, y por ello con frecuencia se les disfraza u oculta. Uno de los métodos para hacerlo es separar (en lugares especiales, como campos de concentración u hospitales) a los seres humanos degradados. Otra es esconder la realidad social detrás de una fachada ficticia, que Wittgenstein¹⁸ denominó juegos de lenguaje.

¹⁸ Filósofo y lingüista austriaco (1889-1951) En vida publicó solamente un libro: el *Tractatus logico-philosophicus*

El juego de lenguaje de la psiquiatría puede parecer antojadizo, pero en realidad el idioma psiquiátrico es sólo un dialecto del lenguaje común de todos los opresores. Los defensores de la prisión psiquiátrica llaman a sus instituciones “hospitales”, a los reclusos, “pacientes”, y a los guardianes, “médicos”; se refieren a la sentencia de prisión como “tratamiento” y a la privación de la libertad como “protección de los mejores intereses del paciente”.

Tanto en las naciones occidentales como en el bloque soviético hay respecto de la internación involuntaria dos opiniones encontradas. Según una de ellas, es un método indispensable de cura médica y un tipo de control social humanitario; según la otra, es un abuso aborrecible de la relación médica y un tipo de prisión sin proceso.

Adoptamos la primera posición y consideramos “apropiada” la internación cuando se la aplica a víctimas elegidas por nosotros a quienes despreciamos; adoptamos la segunda y consideramos “impropia” la internación cuando nuestros enemigos la aplican a víctimas elegidas por ellos a quienes estimamos.

El cambio de perspectiva (de ver en la esclavitud una consecuencia de la *inferioridad* de los negros y en la internación una consecuencia de la *insanía* del paciente, a ver en cada una de ellas una consecuencia de la interacción entre los participantes, y en especial de la relación de poder existente entre ellos) tiene vastas implicaciones prácticas. En el caso de la esclavitud, no solo significó que los esclavos tenían el deber de rebelarse y emanciparse, sino que los amos tenían el deber aún mayor de renunciar a su rol de amos.

Como es natural, un dueño de esclavos que alentara tales ideas se sentía compelido a poner en libertad a sus esclavos, sea cual fuere el costo que ello le significase. Esto es precisamente lo que hicieron algunos, y su acción tuvo profundas repercusiones en un sistema social basado en la esclavitud.

El dueño de esclavos que tomaba la decisión individual de liberarlos era invariablemente expulsado de la comunidad, va sea mediante las presiones económicas, la persecución personal, o ambas cosas.

Para la nación en su conjunto, tales actos y los sentimientos abolicionistas que estaban tras ellos simbolizaban un cisma moral fundamental entre quienes consideraban a los negros objetos o esclavos y quienes los consideraban personas o ciudadanos.

Un psiquiatra que acepta como “paciente” a alguien que no quiere ser su paciente, lo define como una persona “mentalmente enferma”, lo encarcela luego en una institución, evita que se escape de esta y del rol de paciente mental que se le ha adjudicado, y procede a “tratarlo” contra su voluntad ese psiquiatra, a mi modo de ver, es el que crea la “enfermedad mental” y los “pacientes mentales”.

La crítica a que sometieron ciertos psiquiatras a la relación con enfermos mentales involuntarios originó algunos problemas en el pasado, y es probable que siga originándolos en el futuro.

A los psiquiatras que limitan su labor al psicoanálisis y la psicoterapia se los ha acusado de no ser verdaderos médicos, como si privar a una persona de su libertad exigiera conocimientos médicos; de rehuir sus responsabilidades descargándolas en sus colegas y en la sociedad, al aceptar únicamente los casos más fáciles y negarse a tratar a “los enfermos mentales graves” como si evitar tratar a las personas que no quieren ser tratadas fuera en sí mismo un proceder ilegal; de socavar la profesión psiquiátrica; como si la práctica del autocontrol y la evitación de la violencia fueran nuevas formas recientemente descubiertas de inmoralidad.

La profesión psiquiátrica tiene, por supuesto, enorme interés, tanto existencial como económico, en estar socialmente autorizada a dictaminar acerca de los pacientes mentales, así como los propietarios de esclavos lo tenían con respecto a éstos.

La psiquiatría contemporánea no solo adquiere superioridad sobre los miembros de una clase específica de víctimas, sino sobre casi toda la población, a la que puede “evaluar psiquiátricamente”.

El poder económico de la psiquiatría institucional reside, análogamente, en sus pacientes mentales involuntarios, quienes no son libres de desplazarse, casarse, divorciarse o establecer contratos, sino que se hallan bajo el control del director del hospital.

Los ingresos y el poder del burócrata psiquiátrico aumentan al desarrollarse el sistema institucional que controla y la cantidad de pacientes que están bajo su mando. Además, el psiquiatra institucional confía en que el Estado le preste su ayuda a fin de reclutar y mantener permanentemente una determinada población de internados en hospitales psiquiátricos.

A modo de conclusión, los enfermos conforman una clase especial de *victimias* que deben, por su propio y por el bien de la comunidad, ser *ayudadas* (compulsivamente y contra su voluntad, si es preciso) por los sanos, y especialmente por médicos capacitados para ser sus amos. Donde primero surgió y donde más avanzó esta perspectiva es en la psiquiatría, en que la opresión de los “pacientes insanos” por parte de los “psiquiatras sanos” es hoy día una costumbre social consagrada por la tradición médica y jurídica. En la actualidad, la profesión médica en su conjunto parece estar emulando este modelo.

CAPÍTULO 2.
EL CINE COMO MEDIO DE APROXIMACIÓN
A LA REALIDAD.

En este capítulo se redacta una breve investigación hecha en relación a los datos más importantes que deben tomarse en cuenta para la realización de un film. Las ideas entre cada uno de los elementos del largometraje se sincronizan en todos sus tiempos.

Desde el director hasta el maquillista deben tener objetivos claros que hagan que su trabajo comunique lo que en realidad quieren que sea.

Por eso es la importancia de mencionar todos y cada uno estos elementos, siendo en algunos casos invisibles.

El cine es un lenguaje que aparenta ser lo que no es. Requiere una planificación y un montaje.

El dinamismo narrativo de un argumento que se entiende a la perfección, nos habla de imágenes del mundo y no de nosotros mismos, forzosamente nos llevará a comprender el fundido encadenado a la sobre impresión. Como afirma G. Cohen-Seat, el lenguaje del filme se caracteriza siempre por estar totalmente inscrito de antemano en acciones y pasiones que nos importan.¹⁹

¹⁹ IMETZ, Christian. Ensayos sobre la significación en el cine. (1964-1968) volumen I Paidós Comunicación 133 Cine. 2002 España Pág. 67

Si el filme está hecho para decir algo, no es errado entonces que lo diga sin creerse obligado a manipular las imágenes “como si fuesen palabras” y a disponerlas según las reglas de una psuedo-sintaxis cuyas restricciones impresionaban cada vez menos a los espíritus maduros para lo que denominamos el cine “moderno”.²⁰

La ventaja del cine consiste en mostrar cómo una cosa es capaz de significar, no mediante alusiones a ideas ya formadas o adquiridas, sino por la ordenación temporal y espacial de los elementos.²¹

Kulechov, el teórico húngaro, advertía que si el montaje del cine era soberano, lo era por la fuerza: incluso en dos imágenes yuxtapuestas estrictamente al azar, el espectador descubriría una “continuidad”.²²

En el documento “Semántica de las imágenes”, Lizarazo planteó que las más fructíferas concepciones de lo visual parten de acontecimientos y hechos icónicos de gran envergadura, la fórmula de la partícula analítica o de la unidad estructural no dilucida gran cosa en el hecho visual. La mirada resulta formada por la imagen tanto como la significación de la imagen se debe, de trazo a trazo al horizonte visual desde el cual se le mira. Por eso la imagen aflora un régimen y un cosmos de miradas que convoca una multiplicidad de problemáticas. ¿Las imágenes se ven igual que las cosas?, ¿lo que vemos, nos ve?, ¿el límite de mi visión, lo pone la imagen, mi punto ciego o mi aceptación o rechazo?

El sentido de la mirada no proviene del objeto sino de la condición de un mirar que lo desborda o apunta a un más allá no abarcable ni mensurable del todo, ya en el horizonte del “inconsciente de la mirada”.

²⁰ Ibíd. Pág. 68

²¹ Ibíd. Pág. 69

²² Ibíd. Pág. 73

2.1 Información visual.

El cine, tanto como la televisión, esta en la orden de lo visual. Aunque lo verbal sigue siendo irremplazable, la sociedad está cada vez más dominada por modalidades de expresión visual.²³

La imagen fílmica no participa de la percepción visual clásica aumentada, intensificada, reforzada o desarrollada; es distinta y de otra manera toma posesión del universo que nos rodea.

La imagen no puede decir sin mostrar; toda referencia icónica es también una elaboración plástica (porque su modalidad del decir es el color, el trazo, la forma, incluso el grano o la sustancia sobre la que se imprime o se traza). La denotación icónica es, digamos, intrínsecamente estética o sensual; habla para producir una experiencia sensorial. (LIZARAZO, 2007)

La imagen convoca una semántica vasta, en la que hay un corrimiento continuo entre lo argumental y lo poético, lo real y lo onírico. Un corrimiento del sentido por el orden de una elaboración múltiple del espacio (simbólico, referencial, pictórico, plástico) para la mirada, en la que comienza y se encuentra su término. (LIZARAZO, 2007)

En adelante, la información visual estructura, a distancia, una vivencia; sin que esta estructuración este ligada a una actividad operatoria realizada por el individuo en sí mismo, ni a una transmisión directa, mediante la acción, o indirecta, mediante la enseñanza.²⁴

La información visual engendra, por medio de sus mensajes no surgidos del medio ambiente inmediato de los individuos, una especie de planetización de la representación del mundo, que no es una adaptación de los individuos al

²³ COHEN, Seat. La influencia del cine y la televisión. Fondo de Cultura Económica. 1980 Pág. 22

²⁴ *Ibíd.* Pág. 28

mundo terrestre. Todo ocurre como si no entreviéramos intelectualmente la globalidad de la realidad mundial más que para vivir con mayor intensidad la condición planetaria.²⁵

La información visual afecta la personalidad de una manera muy intensa, considerable y profunda, además de diferente, es decir, según otras modalidades que las de la información visual. Leído u oído, lo verbal afecta en primer lugar los centros superiores y los mecanismos ya montados de nuestra vida intelectual y psíquica. La personalidad se presenta ante la irrupción de los mensajes verbales, como una jerarquía de controles y de dispositivos protectores, que la conciencia crítica se esfuerza por dominar.²⁶

En el interior de la esfera audio-visual, las imágenes fílmicas prevalecen a la vez por su poder de impacto y por las formas de *pensamiento mágico* que imponen su naturaleza y los procedimientos de su empleo. En el espectáculo de cine y televisión, la información llega a la sensibilidad sin obedecer necesariamente a las inflexiones del raciocinio, y, con la mayor frecuencia, sin exponerse siquiera a ellas.²⁷

En presencia de las llamativas imágenes que actúan como señales y no como signos, la intuición y la efectividad entran en juego antes de que las instancias de control de la personalidad hayan llegado siquiera a estar en condiciones de captar los mensajes intencionales.²⁸

Al instituir la información visual una situación de vulnerabilidad aumentada, el conjunto de las pulsiones que parecía estático y como petrificado desde los periodos de la infancia, podría volver a ser fluido, o al menos durante un tiempo mucho más largo.²⁹

²⁵ *Ibíd.* Pág. 31

²⁶ *Ibíd.* Pág. 33

²⁷ *Ibíd.* Pág. 4

²⁸ *Ibíd.* Pág. 34

²⁹ *Ibíd.* Pág. 36

La información visual se ha podido definir como (Cohen 1980) una imposición de formas. Es principalmente una comunicación de materiales significada; la información visual, por el contrario, es una estructuración del sujeto receptor y participante por las imágenes fílmicas, concierne al segundo sistema de señales, se vale de los signos del idioma, que remiten a las implicaciones de las señales sensorias.

Además es la forma por excelencia de la acción concebida y realizada por el hombre y que se vuelve hacia él y contra él para ponerlo en tela de juicio.³⁰

Dentro de la información visual, también encontramos el clima de la película, cómo se produce y dónde, cómo se mueve, sus señales de advertencia, sus crisis, los tipos de nubes y lo que significan. La película debe reconocer si el calor, frío, la lluvia y la nieve, una brisa suave o un viento fuerte afectan a la gente; y si es cierto que hay más manifestaciones de rabia colectiva durante un largo y cálido verano y por qué.

La información visual se manifiesta según una especie de discurso sensorio. Por ello pierde el hombre una parte de la posibilidad de desprenderse de lo inmediato.

El discurso fílmico es el flujo de las imágenes fílmicas que estructuran, atraviesan y hacen lo que son.

Las estructuras del sujeto que reciben la información visual son estructuras estructuradas. Aquí se toca la naturaleza misma de la información visual, que consiste en ser, una imposición de formas de la que es conveniente discernir modalidades y aclarar la naturaleza.³¹

La información visual se da según el vigor inmediato de la percepción.

Antes de la información visual, el hombre elabora su representación del mundo.

³⁰ COHEN, Seat. La influencia del cine y la televisión. Fondo de Cultura Económica. 1980 Pág. 49

³¹ *Ibíd.* Pág. 43

La información visual desencadena al punto no conductas de respuestas, sino comportamientos de empatía. Y esta empatía se extiende al cine como un mimetismo concreto que no por situarse, en general, muy por debajo del nivel de conciencia del espectador, deja de suscitar reacciones difusas cuya importancia sería imposible negar. Un mimetismo más o menos poderoso lo desarma frente a ese personaje y su actividad.³²

La empatía, la participación como determinada por el carácter específico de la información visual, puede caracterizarse por formas singulares de fascinación y de “enviscamiento”. La fascinación es aquí el poder de la información visual por carecer los individuos frente a ella de medios de distanciamiento y de desdoblamiento de la mirada. El enviscamiento es la pérdida de la autonomía intelectual de los espectadores por abandonarse, quieras o no quieras, al dinamismo de las imágenes fílmicas y el carácter indisponible de su mente para ellos mismos.³³

Las imágenes están vinculadas entre sí interiormente, por la inducción inevitable de una corriente de significación.³⁴

2.2 Información verbal.

Cada director, incluso en aquellos casos en los que no trabaja con uno o dos guionistas debe asumir la responsabilidad por el guión. No solo tiene que seguir las revisiones sino también eliminar lo que no es necesario, disimular defectos, apreciar las posibilidades no verbales, asegurarse de que la

³² Ibíd. Pág. 47

³³ Ibídem.

³⁴ METZ, Christian. Ensayos sobre la significación en el cine. (1964-1968) volumen I Paidós Comunicación 133 Cine. 2002 España Pág. 73

estructura sea correcta, que tenga un sentido del tiempo cinematográfico, de cuánto tiempo va a transcurrir, en qué lugares, con qué fines.

El director de cine sabe que por debajo de la superficie de su guión hay un subtexto, un calendario de intenciones y sentimientos y acontecimientos íntimos. Pronto aprende lo que parece estar ocurriendo raras veces es lo que esta ocurriendo realmente. Este subtexto es una de las herramientas más valiosas del director de cine. Es lo que él dirige.

Desde otro punto, Paul Ricoeur, plantea la idea de que la traducción siempre afectará por lo menos a sus dos componentes principales: lo extranjero - término que abarca la obra, el autor, su lengua – y el lector destinatario a la obra traducida.

El sujeto que recibe un mensaje verbal vive en un mundo que no por ello esta verbalizado. Mientras escucha el mensaje y trata de comprenderlo, continúa viviendo en un mundo circundante atravesado por el mensaje verbal, de tipo fílmico, vive en ese momento en un mundo que es el del mensaje visual, estructurado por él, y que de él recibe su realidad propia.³⁵

El lenguaje que hablamos se ha convertido en lo que algunos lógicos americanos denominan lenguaje natural u ordinario.³⁶

El cine es lenguaje más allá de todo efecto particular del montaje. No es que el cine pueda contarnos historias tan bellas porque sea un lenguaje, sino porque habernos contado historias tan bellas pudo convertirse en un lenguaje.³⁷

La información narrativa en el cine es a menudo canalizada a través de un personaje particular o de un grupo de personajes, restringiendo nuestro conocimiento del mundo ficcional a sus percepciones, conocimiento o subjetividad. En una terminología más antigua, esto se llamaría punto de vista.

³⁵ COHEN, Seat. La influencia del cine y la televisión. Fondo de Cultura Económica. 1980 Pág. 40

³⁶ METZ, Christian. Ensayos sobre la significación en el cine. (1964-1968) volumen I Paidós Comunicación 133 Cine. 2002 España Pág. 61

³⁷ METZ, Christian. Ensayos sobre la significación en el cine. (1964-1968) volumen I Paidós Comunicación 133 Cine. 2002 España Pág. 73

Mediante la reformulación del punto de vista en términos de focalización, Genette restringe el término al nivel de los personajes y de las acciones: hace regresar la cuestión del punto de vista al problema básico de “quien ve”. Pero incluso, donde no está presente el plano literal de punto de vista, las películas narrativas pueden utilizar personajes específicos como centros de conciencia o reflectores que comunican la información narrativa, actividades que también se encuentran bajo el encabezamiento de la focalización.

2.2.1 La narración del cine.

La narración cinematográfica puede ser entendida como la actividad discursiva responsable de representar o relatar los hechos o situaciones de la historia. El estudio de la narración cinematográfica ha sido considerado bajo varias perspectivas diferentes en distintos periodos de la teoría fílmica.

Tanto en el cine como en la literatura, sólo es el discurso narrativo el que está directamente disponible para el análisis. La historia o fábula, debe ser inferida por el lector o el espectador, ya que más que tener una forma sustantiva es el contenido imaginario del discurso narrativo; no posee una dimensión significativa material, aunque posee una estructura lógica.

Del mismo modo la narración se encuentra también solo al alcance del lector o espectador por inferencia, ya que el acto de narración se hace manifiesto sólo a través del desarrollo del significante.

El director de cine aprecia las diferencias entre la literatura dramática del cine y el teatro. Debe estudiar también la literatura dramática clásica para aprender la construcción, la exposición del tema, los medios de caracterización de los personajes, la poesía dramática, los elementos de la unidad, especialmente la unidad creada al ir apuntando hacia un climax, y después del climax como la personificación esencial y final del tema.

El director cinematográfico sabe que bajo la superficie de su guión hay un subtexto, un calendario de intenciones y sentimientos y sucesos interiores.

Aquello que parece estar ocurriendo (pronto lo aprende) raramente es aquello que está ocurriendo. Este subtexto es una de las herramientas más valiosas del director. Es aquello que dirige. Uno raramente ve a un director veterano dirigir con un guión. O siquiera mirarlo. Los principiantes lo hacen. El objetivo de la mayoría de los directores de hoy es escribir sus propios guiones. Pero ésa es la más vieja tradición.

Chaplin escuchaba que el parque Griffith había sido inundado por una fuerte lluvia. Metía a sus técnicos y a sus actores secundarios y a su equipo en algunos coches, se apresuraba hacia allá, haciendo en el viaje la historia de la comedia de dos rollos de duración, dejando los detalles para el lugar mismo.

2.3 Dirección.

El director de películas deberá conocer la comedia además del drama. John Ford (actor, director y productor estadounidense fallecido en 1973) llamaba a la mayoría de los papeles “cómicos”, refiriéndose a una manera de mirar a la gente sin falsos sentimentalismos. Simplemente, el director de cine tiene que saber, ya sea por su formación o por instinto, cómo preparar un chiste y cómo acertar con él.

El director también deberá conocer de acrobacias, de opera, sus efectos y disparates. Deberá conocer la escena musical, la danza, que mueve a los actores y a la cámara.

El director de cine deberá conocer la historia de la escenografía teatral, su desarrollo desde el telón de fondo al entorno y de ahí a los escenarios dentro de los cuales se realizan las películas.

2.4 Musicalización.

Y de la misma forma en que estamos dotados de imágenes, la persona contemporánea, esta saturada de sonidos que acompañan a la visión, ya sea por acompañamiento o por situaciones de causa – efecto.

Está comprobado que el efecto de la música, en una escena es agradable para el espectador e indudablemente siempre potencia la escena.

Ciertos directores basados en sus experiencias particulares, afirman que la música debe cumplir un papel fundamental en la escena, de hecho, algunos en sus puestas que realizan dedican un espacio donde mezclan texto con música o música con algún momento de silencio y acción.

2.5 Escenografía.

La construcción de decorados para el cine era tradicionalmente tarea de los arquitectos. El director de cine debe estudiar la vida, de los recortes de periódico y de sus propias fotografías, los entornos dramáticos y en especial como afectan al comportamiento.

La iluminación puede caber también en este rubro. Los distintos efectos naturales, la luz oblicua de la mañana, la luz cenital pesada y sin relieve del mediodía, el atardecer y toda la luz afecta al comportamiento.

Los colores tienen efectos psicológicos también.

2.6 Vestuario.

La mejor manera de estudiarlo es una vez más observar cómo se viste la gente para expresar lo que se desea obtener de cada ocasión, cuál es su intención.

Todos los elementos materiales que rodean al actor: espacio, iluminación, vestuario, maquillaje, objetos, no se ordenan en una jerarquía clara para quien mira. Dependerá de cómo estén planteados por los diseñadores y realizadores.

De qué tipo de materiales se hayan usado. De sus formas y tamaños. De la paleta de colores. En lo que sí coinciden espectadores y hacedores es en que el vestuario en el cine puede ser visto como una segunda piel, como una escenografía ambulante, como un juego, e incluso como lo que realmente define un tipo de interpretación o actuación.

Para los actores, el vestuario, el maquillaje, las pelucas y accesorios, ayudan a terminar de definir su personaje.

Al mismo tiempo, el diseñador de vestuario, ve los ensayos, asiste a la evolución de la construcción que del personaje hace el actor, y trabaja con el director que conduce el montaje general del espectáculo, y juntos toman decisiones vinculadas a forma, color, época y estilo de tratamiento de dichos aspectos.

2.7 Cámara.

Es el instrumento que lo capta todo y que debería dramatizarlo todo. Es la herramienta a través de la cual se expresa el director, la “cámara” y la “grabadora”. El director de cine tiene que conocer la cámara y sus objetivos,

así como las distintas velocidades a las que puede funcionar la cámara y sobre todo los efectos de las pequeñas variaciones de la velocidad. Conocer los distintos soportes para la cámara, las grúas y travellings y los movimientos que le es posible hacer, las configuraciones en el espacio a través de las cuales puede hacer pasar este instrumento.

2.8 Espectador.

La estructura fundamental de la personalidad proviene esencialmente, según Freud, de las condiciones biográficas de los individuos, sobre todo de las condiciones en las cuales ha transcurrido su infancia. No es imposible que la información visual transforme parcialmente los datos de este problema. Su intervención sobre los individuos afecta, para empezar, las instancias inferiores o arcaicas, y no es seguro, por ahora, que debajo de las instancias intelectuales yacen fundamentos inaccesibles a las influencias externas.³⁸

En la proyección, el espectador presta características de su propia realidad al personaje cinematográfico o televisado, en relación con el cual se encuentra polarizada su atención. Así, dentro de ciertos límites concretos y técnicos, mímica y mimética contienen una fluidez a la que forman y reforman la subjetividad y la parcialidad de cada espectador.³⁹ En este aspecto, la distinción entre lo objetivo y lo subjetivo, entre el no-yo y el yo, se enturbia y en parte queda abolida en el curso del espectáculo fílmico.

³⁸ COHEN, Seat. La influencia del cine y la televisión. Fondo de Cultura Económica. 1980 Pág. 35

³⁹ COHEN, Seat. La influencia del cine y la televisión. Fondo de Cultura Económica. 1980 Pág. 46

El espectador comprende lo que piensa que el montaje quiere hacerle comprender.⁴⁰

La cuestión del punto de vista es un medio de estructurar el discurso narrativo y es un mecanismo poderoso para la manipulación del público. La manipulación del punto de vista permite al texto alterar o deformar el material cinematográfico, presentándolo desde distintos puntos de vista, restringiéndolo a un punto de vista incompleto, o privilegiando un punto de vista único como jerárquicamente superior a los otros. Resulta pues, una de las áreas de mayor dificultad y confusión en el análisis fílmico. Ha sido utilizado para significar una amplia variedad de funciones, desde el significado técnico del plano subjetivo, el sentido general de orientar el trabajo a través de la perspectiva de un cierto personaje a la actitud del narrador, a la visión del mundo del autor, a la respuesta afectiva y el enlace epistémico del espectador. Tal como Eduard Branigan (1984) lo escribe: el autor, el narrador, el personaje y el espectador (incluso podríamos afirmar que hasta el maquillista), de todos se puede decir que poseen un punto de vista.

Uno de los primeros ensayos en abordar la plétora de actividades significadas mediante este término fue el de Nick Browne "The spectator in the text: the rethoric of Stagecoach" (1982). Mediante la utilización de una metodología relacionada de forma explícita con los estudios sobre la narración en literatura, Browne mostró cómo la narración en el cine, que puede ser definida como el acto de comunicar una historia a un espectadora través de imágenes, montaje, comentarios verbales y punto de vista, como algo distinto al mismo mundo narrativo en el que los personajes actúan, y que consiste en diversas actividades dispuestas en un orden jerárquico. El problema crítico formulado aquí gira alrededor de la importancia relativa de un punto de vista óptico literal.

Concluyendo, la historia que se cuenta es un tema vivo. El director de cine debe estar sincronizado con la vida que transcurre a su alrededor, las

⁴⁰ METZ, Christian. Ensayos sobre la significación en el cine. (1964-1968) volumen I Paidós Comunicación 133 Cine. 2002 España Pág. 73

cuestiones contemporáneas, quién presiona a quién, quien gana, quien pierde, cómo se evidencia la presión en el cuerpo y el rostro y los gestos del político.

CAPÍTULO 3.

METODOLOGÍA.

Aquí se comenzará a buscar una alternativa de análisis para lograr conjugar los dos primeros capítulos: el hospital psiquiátrico y su papel en el cine o en los largometrajes en los que este espacio ha incurrido.

Se toma como punto de partida a la hermenéutica, ya que este trabajo, como lo hemos notado, es de índole cualitativa, por lo que nos basamos únicamente en acercamientos a la realidad a partir de fuentes secundarias como lo son los libros y las películas.

En este apartado también se señalarán tanto el problema de investigación como el objeto de estudio, y en cada uno de ellos encontraremos las posibilidades que tiene la hermenéutica para desarrollarlos.

3.1 Problema de investigación.

Desde 1920 se tiene registro de una película que fue desarrollada dentro de un manicomio (*El Gabinete del Doctor Calugari*, de Robert Wiene). Sin embargo, que haya una grabación de esta índole con el fin de comunicarle al espectador de la vida dentro de un espacio como este, no es confiable de que así se viva dentro de uno.

Para poder saber qué tan cierto es o no lo que los largometrajes nos tratan de comunicar, es necesario encontrar puertas de conocimiento, por principio, a la enfermedad mental, a su tratamiento y desarrollo dentro de una institución

psiquiátrica y por otro lado, conocer, observar y analizar detenidamente lo que se proyecta en una película que trate este tema.

Con estas investigaciones, se logra hacer un puente de conocimiento capaz de llevarnos a conclusiones a favor o en contra de los filmes que se toman en cuenta para el capítulo cuarto. Y no solo se queda en eso. Retomando a la anti psiquiatría y sus investigaciones, también, en el plano de lo real, podemos acercarnos más al verdadero conocimiento de lo que se vive dentro de una situación psiquiátrico-hospitalaria.

3.2 Definición de hermenéutica.



La hermenéutica toma su nombre de Hermes –el que portaba el caduceo y las sandalias aladas-, que en sus múltiples connotaciones tenía la del dios de la comprensión entre humanos y dioses. Según la mitología, los dioses tenían un idioma especial; Hermes fungía como una especie de intérprete entre los seres humanos y los dioses, en especial a Zeus, a quien siempre acompañaba como su mensajero.

La hermenéutica es el arte de interpretar textos, entendiendo “textos” como aquellos que van más allá de la palabra y el enunciado. Son por tanto, textos hiperfrásticos (más allá de la palabra u oración). Es donde más se da el ejercicio de la interpretación. Además, la hermenéutica interviene donde no hay un solo sentido, es decir, donde hay polisemia. Consiste en hallar el sentido auténtico que está vinculado a la intención del autor, la cual está plasmada en el texto que produjo.

Por otra parte, Aristóteles consideraba la verdad como la quinta esencia de las cosas; este concepto también era un tópico que ocupaba la mente de los

intelectuales griegos. Al principio, se le dieron tonos filosóficos, y que competen a la tecnología moderna, ya que se le consideraba como una luz que iluminaba las tinieblas de la ignorancia y los vicios. Posteriormente se le dieron tintes políticos, como una forma de poner fin a la venda que el sistema tiene sobre sus gobernados.

Gadamer, un discípulo de Heidegger, rompió con la tradición aristotélica, al afirmar que la hermenéutica es una filosofía de la finitud, de la comprensión limitada del hombre.⁴¹

La hermenéutica moderna tiene tres pasos indiscutibles, el primero es interpretar al texto por lo que es, de manera objetiva; el segundo es relacionarlo con el contexto histórico en el que nos encontramos, así como con otros textos relacionados con nuestra identidad pasada, presente o imaginaria; finalmente hay que traducir o trasladar a uno mismo lo que pudo ser la intención del autor.⁴²

La verdad y la objetividad, entonces quedan acompañadas por la naturaleza del hombre. Se refieren a dejar en claro lo que el autor tiene sobre su obra, incluso, hasta de lo que inconscientemente dejó en ella.

3.3 Análisis hermenéutico.

La importancia de la hermenéutica radica en que podemos usar otros métodos para enriquecer la argumentación, es flexible porque nos permite hablar de lo explícito y lo deductivo, permite también establecer suspicacias y leer entre líneas.

⁴¹ AGUILAR, Mariflor. *Confrontación, crítica y hermenéutica*, pág. 32

⁴² GARCÍA CABALLERO, Lorena. La hermenéutica fenomenológica de Paul Ricoeur: una introducción a su pensamiento. UNAM

La aplicación de esta metodología es cambiante y dinámica de acuerdo a los cambios del sujeto, y en otra medida, a los ítems. La aplicación de las categorías no nos va a llevar de ninguna forma a los mismos resultados de un investigador a otro, ya que los fenómenos sociales son sumamente complejos, presentan muchos aspectos distintos y se pueden abordar de diferentes maneras.

En el siglo XX la hermenéutica se empezó a usar para el video y el cine. Los fenómenos en video, ya sean reales como las noticias o ficticios como el cine, son fenómenos que pueden crear una gran variedad de interpretaciones, así como de auténticos misterios.

En el análisis de Ricoeur, la hermenéutica se remite a los símbolos, concebidos estos como polisémicos, dotados de múltiples sentidos, ya que lo unívoco no requiere interpretación; pero lo simbólico se puede dar a tres niveles: el que versa sobre la palabra (semiología), el que versa sobre la frase o enunciado (semántica) y el que versa sobre el discurso (hermenéutica); en Ricoeur este último llega a abarcar la semiología y la semántica, ya que la palabra es un componente tanto de la frase como del discurso.

La hermenéutica se entiende entonces, como el conjunto de lineamientos o reglas que pueden seguirse en la actividad interpretativa.

La interpretación, tiene una delimitación contextual (la del intérprete), además de un aspecto crítico de los supuestos, el cual es posible mediante:

- a) El distanciamiento hermenéutico. El texto tiene una triple autonomía:
 - 1. Con respecto a la intención del autor.
 - 2. Con respecto a la situación cultural en la que surgió.
 - 3. Con respecto al destinatario.
- b) La superación de la distinción entre explicación y comprensión.

- c) La apertura del texto. El sentido tiende a una interpretación cerrada en tanto la referencia busca el tipo de mundo que la obra de arte.
- d) La indicación del lugar de una crítica de la ideología, que permite darse cuenta que entender no es proyectarse uno mismo en el texto, sino exponerse a él.

A diferencia de lo anterior, Freud puso en práctica el método del fantaseo (*phantasieren*), que consiste en "...tratar de interpretar lo inconsciente por lo consciente mismo, o por lo menos, lo no racional por lo racional", lo cual puede ser considerado como un ejercicio hermenéutico.

En la hermenéutica se busca la verdad, se da un tipo específico de verificación, mediado por la reflexión y después de comprender el estilo. El tipo de verificación y verdad depende de la corriente hermenéutica a la que uno se incorpore.

Ante una obra de arte, o una película, podemos considerar al artista como una persona con vivencias muy ricas, que viven un debate interno en la búsqueda de plasmación expresiva. Para abordar este problema, Beuchot propone un modelo teórico en el que juega un papel central la introspección como línea metodológica, pero manteniéndose esta en relación con otros sujetos.

Para que haya adecuación del significado sobre alguna realidad es vivenciando este significado, escuchándolo en su mismo nivel para ser interpretado conceptualmente en una comprensión, pero manteniendo su esencia pre-conceptual aunque su expresión de alguna manera se conceptualiza.

Entre los lineamientos generales de la hermenéutica, encontramos:

- a) Conocer el idioma en que está el texto, conocer la historia y la cultura del autor, etc.

- b) Para saber si las interpretaciones dadas son falsas o verdaderas, se deberán encontrar las respuestas en las preguntas del mismo texto, o sea, desde la intratextualidad, y por ejemplo, constatar la correspondencia de la interpretación por medio de algún acontecimiento que desencadena.
- c) No es necesario aspirar a la verdad misma, y mucho menos a la de correspondencia. Lo que podría fungir como verdad, por ejemplo la adecuación nos conduce a cierto tipo de correspondencia.
- d) Implica la veracidad algo más que la convención, puede haber intervención.

Una característica de la modernidad consiste en la saturación de simbolismos contenido en los mensajes, que los convierte en quimeras. En esta hiperrealidad se encuentra la complejidad de los mensajes actuales.

Uno de los problemas que enfrenta la hermenéutica en la actualidad es el hecho de que fue creada para interpretar textos y posteriormente pinturas; es decir que las imágenes motrices del cine y la televisión rebasaron el método integral de la hermenéutica. Podemos afirmar que los elementos que componen una película (imágenes, ruidos y palabras) conforman este texto. Este método es a la vez una interpretación personal del método que el autor propuso, y que la interpretación del mismo puede variar de una persona a otra, lo cual es válido en estas situaciones.

Por ello, una hermenéutica analógico – icónica tendrá la capacidad de interpretar de la mejor manera los signos icónicos, pues ellos de por sí implican solo una representación analógica, no unívoca (pero tampoco equívoca).⁴³

Ya que la interpretación lucha con la vaguedad, es decir, con la equivocidad, se dará sobre todo con el instrumento para la reducción de ésta, que es la

⁴³ BEUCHOT, M. "interpretación, analogía e iconicidad", del compendio de ensayos "Semántica de las imágenes, figuración, fantasía e iconicidad" 2007. México. Pág. 16

analogía aunque nunca se llegue a la univocidad, que tal vez resulte siempre inalcanzable.

Para concluir, si dejara los datos tal y como están; sin interpretarlos, daría pie a interpretaciones diferentes a las que yo busco llegar; la interpretación de los datos es una parte muy importante del análisis ya que es la complementación final de la información recopilada; a una manera de conclusión en cada capítulo. Mis conclusiones generales, serán a su vez una interpretación de la interpretación de datos, la cual es necesaria para darle punto final a la tesis.

3.4 Objeto de estudio.

Para cada película a analizar, se han dividido elementos de la misma que por separado hacen que nos avecinemos a la realidad de cada una de ellas.

El rol del enfermo. ¿Qué tan cierta es la enfermedad que posee el protagonista de la historia? ¿Quién y por qué le dijeron que está enfermo? ¿Cuáles son sus signos y síntomas? ¿Qué acontecimiento sucedió para estar internado? ¿Cómo se desenvuelve dentro del hospital? Y por último ¿Qué función tiene este paciente dentro de la institución psiquiátrica?

Estas preguntas nos ayudan a ver de una forma más concreta a la persona que funge como enfermo mental.

El papel del profesionalista en la enfermedad mental. Como ya lo habíamos mencionado, debe ser una persona conocedora del diagnóstico de cada paciente que tiene a su cargo. Es el encargado de llenar el expediente, sabe el

tratamiento de sus pacientes y esta constantemente al pendiente de ellos. No solo eso, anímica y mentalmente, tendríamos que mencionar que es un sujeto capaz de tomar decisiones apropiadas para sus pacientes y para él mismo. Debe ser saludable psíquicamente, es decir, que al menos su aparato psíquico no esté fragmentado o que no mezcle inconscientemente realidad con fantasía.

La función del diagnóstico. Es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad. Se enmarca dentro de la evaluación psicológica, y supone el reconocimiento de una enfermedad o un trastorno a partir de la observación de sus signos y síntomas. Este es el que da pie al tratamiento de cada paciente.

El diagnóstico es un juicio clínico sobre el estado psicofísico de una persona; representa una manifestación en respuesta a una demanda para determinar tal estado. Las preguntas al filme aquí serían: ¿Quiénes y en qué circunstancias se hace el diagnóstico?, ¿Qué tan verás es el diagnóstico que se le asigna a una persona?, ¿Cuál es el valor real de este expediente, es decir, se le toma con el debido respeto y cuidado a todas las palabras que son expresadas en él?, ¿De qué le sirve al hospital tener el diagnóstico de sus pacientes en cada una de las películas?

La influencia del ambiente. Como lo considerábamos ya en el primer capítulo, el desencadenamiento de una enfermedad mental no se reconoce aún. Por lo que las causas se han achacado ya a muchos ámbitos que giran alrededor del paciente mental, uno de los cuales, es sin duda el ambiente en el que se desenvuelve.

Se puede buscar la salud o la recuperación en un medio propicio para ella y para esto sería recomendable que además del espacio que se mencionó en el primer capítulo, también hubiera profesionales en la salud mental y la

interacción con los pacientes que a cada sujeto convenga. La limpieza, el trato, incluso la medicación entra en este apartado, ya que dependerá de los efectos que produzca en los pacientes, lo que se vivirá dentro de la institución o al menos, en el interior de los pabellones.

La ocupación de la enfermedad. Es en este apartado donde la enfermedad toma un papel muy importante, ya que es la que le da sentido a la vida del paciente dentro de la institución en la que fue ingresado. Si es que la enfermedad como tal, existe o no, es lo que se podrá identificar dentro del filme. Los signos, síntomas, alucinaciones y delirios son de importancia para corroborar entre otras cosas la seriedad que se le da a la enfermedad, al menos dentro del largometraje.

Es indispensable identificar el tipo de enfermedad que los protagonistas de la película escenifican; ya que a partir de ella podemos hablar de la veracidad del diagnóstico y del ambiente que necesita cada uno de ellos.

La tarea del hospital psiquiátrico. En este punto se engloban más de uno de los puntos anteriores, ante él, las preguntas son: ¿El hospital tiene una función readaptadora al mundo, curativa y terapéutica o es simplemente su servicio ofrece ideologías punitivas y de castigo?, ¿cuáles son los beneficios de mantener a una persona en situación de hospital psiquiátrico?, ¿qué obtiene el especialista en la enfermedad mental en el hospital además de remuneración económica?, ¿cuál es la función y el sentido de tener en un grupo aislado a más de dos sujetos con enfermedad mental?, entre otras.

CAPÍTULO 4.

ANÁLISIS DE LARGOMETRAJES.

En este apartado todas las investigaciones que se han llevado a cabo, se conjugarán, haciendo que el puente de investigación que se localizó en el capítulo anterior, de frutos. Por principio, una cronología corta de las películas que por su escenario y/o trama nos llevan a visualizar al hospital de salud mental. A continuación las películas que fueron ya nombradas en la introducción de esta tesis con su respectiva ficha técnica, un poco de investigación alrededor de ella y al final, las conclusiones que se pueden hacer con el simple hecho de verla desde un punto de vista que la hermenéutica nos propone.

4.1 Cronología breve del hospital psiquiátrico en el cine.

Antes de mencionar las tres películas que se eligieron para el análisis de la mirada del cine al hospital psiquiátrico, no está demás hacer un recuento corto de algunos largometrajes que han influido en la descripción del manicomio.

Robert Wiene en 1920 fue el primer cineasta en ambientar una película dentro de un manicomio, y esta fue *El gabinete del Doctor Caligari/ Das cabinet des Dr. Caligari*. En este famoso filme expresionista, el director de la institución mental se convierte, en la mente delirante del protagonista, en el autor de los

asesinatos que aterrorizan un pequeño pueblo alemán. Al final el espectador queda con la duda de la verdad o delirio de tales acusaciones.

A mediados de los años cuarenta se estrena *Bedlam* (1946), una película dirigida por Mark Robson y ambientada en Londres, en uno de los primeros manicomios que existieron en Europa. Esta cinta va a inaugurar una línea que continuará hasta nuestros días, la que presenta al director del manicomio como un ser despiadado, más loco aún que los propios enfermos a los que trata.

En esa misma década se estrena *Nido de víboras/ The Snake Pit* (1948), en la que se presencia una dura denuncia contra el sistema de institución mental imperante en la época. En esta película, Virginia Stuart (Olivia de Havilland) es internada en un sanatorio mental por sufrir una perturbación menor que se ve agravada por los nefastos tratamientos a los que es sometida en el sanatorio.

La cabeza contra la pared/ La tête contre les murs en 1958 relata la experiencia de un adolescente rebelde (François), es internado en una institución mental por sus padres. El sobrecogedor final muestra a François tratando de escapar del manicomio sin éxito. La historia se narra desde el punto de vista de François. Tras la película se esconde una declaración de principios para el tratamiento más sensible y humano hacia los pacientes internados en instituciones psiquiátricas, se clama por una reforma del sistema de salud mental, que, de hecho, ya estaba teniendo lugar.

El mismo estilo de denuncia sigue la famosa película de Samul Fuller *Corredor sin retorno/ Shock Corridor* (1963), en la que un periodista se hace pasar por loco con el objetivo de entrar en una institución mental y redactar un reportaje, y termina realmente trastornado debido a las terribles descargas eléctricas que recibe.

Tan sólo un año después, en 1964 se estrena *Shock Treatment*, con un argumento de base muy similar: un detective debe hacerse pasar por loco para recuperar un millón de dólares escondidos en un manicomio y deberá sufrir la dura vida en el sanatorio.

Las películas estrenadas durante las décadas de los 50 y 60 reflejan una serie de movimientos sociales que exigían la desaparición total de los manicomios, movimientos que nacen bajo la ideología conocida como antipsiquiatría, que se extenderá durante más de dos décadas por toda Europa.

Entre los estrenos más recientes, el thriller de ciencia ficción *12 monos/ Twelve Monkeys* (1995). La película refleja la angustia de la persona sana internada sin motivo, y, una vez más, descontrol, violencia, caos, fármacos a granel, pacientes atados a la cama, *electroshocks*, baños de agua fría y salas de aislamiento se unen para formar el retrato de un hospital psiquiátrico. Se plasma además otro estereotipo muy común que es el de la institución mental como lugar en el que nada funciona bien y en el que todo se hace al contrario de cómo debería hacerse.

Quills en el 2000, de Philip Kaufman, es un retrato de los últimos días del excéntrico Marqués de Sade, que permaneció la última década de su vida confinado en diversos manicomios franceses y terminó falleciendo en uno de ellos, Hospital Real de Charenton, (uno de los iconos de la psiquiatría clásica francesa junto a La Bicêtre y La Salpêtrière), donde hoy reposan sus restos.

Casi para finalizar la lista, *K-Pax* en 2001, de Iain Softley, relata la vida de un hombre internado en un psiquiátrico que asegura venir de otro planeta. El psiquiatra que le atiende comienza a tener dudas y llega a creer que puede estar diciendo la verdad.

Entre los últimos estrenos se encuentra *The Jacket* (2005), de John Maybury, en la que a Adrien Brody (un veterano de la Guerra del Golfo con una amnesia que le impide recordar el pasado), se le acusa de un crimen que él no recuerda haber cometido y es declarado inocente por enajenación mental, por lo que se le condena a ser ingresado en un hospital psiquiátrico “para criminales dementes”. El hospital aparece ambientado como si de una cárcel se tratase, con pasillos fríos y salas grises, desoladas y de paredes desnudas.

Lo primero que hacen es darle fármacos, despertarlo en mitad de la noche, inyectarle alguna sustancia sedante, atarlo de pies y manos y trasladarlo a una especie de morgue donde es encerrado como si se tratara de un cadáver

durante el resto de la noche. No es sino el primero de los muchos tratamientos - tortura a los que será sometido por el doctor Becker y su equipo de ayudantes, a base de drogas, camisas de fuerza, encierros y aislamiento.

No faltan tampoco las incursiones del género cómico en el cine de manicomios. Así, es posible destacar comedias como *Máxima ansiedad/ High Anxiety* (1977), en la que el tono cómico no elimina la adopción de los mismos mitos acerca del psiquiátrico.

Es frecuente recurrir a antiguos manicomios como escenario tétrico y misterioso en el que tienen lugar insospechados fenómenos, como es el caso de *Sesión 9* (2001) de Brad Anderson, que tiene la peculiaridad de haber sido rodada en lo que realmente fue una antigua institución psiquiátrica, el Hospital mental de Denver.

Otro caso de este tipo es *House on Haunted Hill* (1999), de William Malone. La película comienza en 1931, la época en la que el psiquiátrico aún funcionaba. Presenciando el dudoso tratamiento que lleva a cabo el equipo de psiquiatras sobre un paciente maniaco, cuando se produce una revuelta colectiva, los psiquiatras son asesinados y los enfermos se hacen dueños del lugar, que termina ardiendo por completo.

La institución mental es un escenario muy frecuente en películas de terror. Claro ejemplo de ello son *Refugio macabro/ Asylum* (1972) de Roy Ward Baker, *Dark Asylum* (2001) de Gregory Gieras, *Gothika* (2003) de Mathieu Kassovitz, *Terapia diabólica/ Hellborn* (2003) de Phil Jones o *Madhouse* (2004) de William Butler.

El cine de terror ha tendido a presentar los hospitales mentales como lugares oscuros, tenebrosos, de paredes frías y muros altísimos, con enfermeras diabólicas y directores dementes. Sin embargo, no sólo el cine de terror ha empleado esta fórmula, en general, todo el cine ambientado en manicomios presenta el lugar de manera semejante.

En general, desde la gran pantalla se tiende a transmitir asociada a la institución mental una sensación de desorden, descontrol y desorganización.

En este sentido existe un conjunto de imágenes que se repiten de forma sorprendente en el cine que toma como escenario la institución mental, como el loco al que hay que controlar con camisa de fuerza que debe ser colocada entre varios enfermeros ante la resistencia brutal del sujeto o las imágenes de habitaciones colectivas que comparten varios enfermos, pasillos repletos, comedores hacinados.

Uno de los recursos que con frecuencia ha utilizado el cine para reflejar la máxima expresión del horror es el de la persona sana que es internada en un manicomio en contra de su voluntad. Si a esto se le añade el mito tan extendido de que una vez dentro del manicomio es imposible salir, estamos ante la fórmula perfecta para crear un escenario de terror y desesperación.

Lo que subyace a este marco narrativo es la idea de que los psiquiatras son profesionales incapaces de distinguir entre la locura y la cordura, e incluso que buscan la enfermedad donde no la hay para aumentar la prole de su institución.

La cantidad de películas que han utilizado esta situación para desarrollar sus tramas han hecho pensar al público que ser confundido con un loco y encerrado en un manicomio es algo posible, e incluso común, en la realidad psiquiátrica cotidiana.

4.1.1 Terapias comunes en largometrajes:

Lobotomía y electroshocks.

Muchas de las películas ambientadas en instituciones mentales muestran los inhumanos e inútiles tratamientos a los que son sometidos los pacientes internos. Son dos las técnicas más representadas por el cine: la terapia electroconvulsiva y la lobotomía.

Ambas fueron utilizadas durante décadas si bien es cierto que hoy en día la lobotomía está completamente obsoleta y aunque aún se practica en algunos casos la terapia electro convulsiva, ésta ha sido mejorada y poco se parece a la original.

La lobotomía es una práctica hoy en día obsoleta y olvidada. Consiste en la extirpación total o parcial de los lóbulos frontales del cerebro, o la “cercenación” de las fibras nerviosas que los unen al resto del cerebro. Los lóbulos frontales son los encargados fundamentalmente de la planificación, la “conceptualización” y la voluntad. Es una técnica quirúrgica que tuvo su auge entre los años 30 y 60, que se utilizaba como tratamiento para depresiones muy severas, trastornos obsesivo-compulsivos resistentes al tratamiento y esquizofrenias graves.

Entre las películas que han retratado esta forma de tratamiento cabe destacar *De repente, el último verano/ Suddenly, the Last Summer* (1959) de Joseph L. Mankiewicz, en cuya primera escena el espectador se cuele en un quirófano en el que se está realizando una lobotomía a una paciente.

También la comedia *Un loco maravilloso/ A Fine Madness* (1966), dirigida por Irving Kershner y basada en la novela de Elliot Baker, toca este tema. Sean Connery da vida a Samson Shillitoe, un poeta rebelde e inconformista que debe enfrentarse a la decisión de su psiquiatra de someterle a una lobotomía. Su comportamiento y sus actitudes no encajan dentro de los límites de una sociedad conservadora que no parece tener una idea mejor que limitar la capacidad mental de Samson manipulando su cerebro. Terrible retrato de la vida manicomial es *Frances* (1982), dirigida por Graeme Clifford, en la que Jessica Lange da vida a la actriz Frances Farmer, que se vio sometida durante años a tratamientos abusivos e inhumanos en los diferentes manicomios por los que pasó. Desde inducción de coma mediante insulina hasta terapias de electroshock, finalizando con una lobotomía prefrontal.

Este tema se trata también en el documental *Monos como Becky* (1999) de Joaquín Jordá. Se trata de un lúcido testimonio de la vida en el interior del hospital psiquiátrico a partir de una aproximación a la biografía de Egas Moniz,

psiquiatra portugués, premio Nobel en Medicina, que introdujo las técnicas de cirugía cerebral, entre ellas la lobotomía. Jordá propone a los internos de un hospital mental realizar una función teatral sobre la vida de este psiquiatra y filma el documental sobre la preparación de dicha función. El documental mezcla imágenes en blanco y negro de los testimonios de familiares y conocidos de Moniz con las opiniones de psiquiatras, sociólogos y filósofos, y con la preparación de la función por parte de los internos. El título de la cinta hace referencia a Becky, el chimpancé que actuó como conejillo de indias en la primera lobotomía frontal llevada a cabo. En 1935 un grupo de investigadores realizan un experimento que marcaría la historia de la psiquiatría:

Extirpan los lóbulos frontales del cerebro de Becky, un animal de comportamiento agresivo y neurótico.

Tras la intervención, descubren que el animal se encuentra más calmado y menos ansioso. Este sorprendente descubrimiento fue ilustrado en un congreso realizado poco después, al que asiste maravillado el neurólogo portugués Egas Moniz. Será él quien, basándose en el experimento de Becky, decida replicarlo en un paciente humano. Sólo un año después, Moniz mostraba a la comunidad científica los resultados de su primera veintena de lobotomías. Pero será Walter Freeman, un psiquiatra norteamericano, quien se encargará de divulgar los maravillosos efectos de la técnica como tratamiento para las enfermedades mentales a lo largo y ancho de Estados Unidos. Acompañado de su fiel cirujano, Freeman realizará miles de lobotomías a pacientes mentales durante las siguientes décadas.

Se trataba de una intervención rápida (Freeman llegó a realizar casi cien lobotomías por semana), que a veces, incluso, no necesitaba más que de una herramienta de picar hielo ordinaria y un martillo. Este utensilio se insertaba a través de la cuenca del ojo y se golpeaba con el martillo para romper las conexiones del lóbulo frontal con el resto del cerebro.

Varias décadas más tarde, los avances en la psicofarmacología llevaron a la lobotomía a un declive que la hizo desaparecer por completo hacia los años 60.

Aún así, en 1951 más de 18.000 personas en Estados Unidos habían sido sometidas a esta práctica.

Por otro lado, desde la antigüedad los médicos habían observado que muchos pacientes con síntomas psiquiátricos mejoraban cuando sufrían una convulsión (por fiebre alta, por bajadas bruscas de azúcar, por epilepsia, etc.). Parece ser que fue Hipócrates en el siglo V a.C. el primer médico que sugirió la asociación entre crisis convulsiva y mejoría de diversas enfermedades psiquiátricas.

No fue el *electroshock* la primera forma de provocar convulsiones como forma de curar enfermedades psiquiátricas. La administración de insulina (en 1927) y de metrazol (en 1934) fueron las primeras opciones utilizadas para provocar convulsiones.

Estos tratamientos resultaron ser eficaces aunque peligrosos, motivo por el cual los psiquiatras se vieron en la necesidad de encontrar nuevas alternativas terapéuticas. Esto llegó de manos del *electroshock*, en 1937, en Roma.

Rápidamente se comprobó que el tratamiento con *electroshocks* era muy eficaz en pacientes esquizofrénicos con delirios o alucinaciones y en depresiones muy graves.

Pronto surgió un rechazo social muy importante a este tratamiento.

Dos de las razones fueron estrictamente médicas:

- La ausencia de otras alternativas terapéuticas (aún no disponíamos de fármacos) hizo que este tratamiento se aplicara a toda persona con un trastorno psiquiátrico grave o crónico, así como a personas con conductas que en aquel momento se consideraran inapropiadas. La utilización de este tratamiento de forma inespecífica a todo paciente psiquiátrico o con alteraciones conductuales motivó muchos fracasos terapéuticos, dado que el *electroshock*, tal como sabemos ahora, sólo es útil para un tipo de pacientes muy concretos.
- En el pasado, el *electroshock* se realizaba sin anestesia. En consecuencia, era un tratamiento muy doloroso.

Otras de las razones aducidas fueron de tipo ético o moral:

- Diversas personas, médicos y no médicos, criticaron este tratamiento basándose en prejuicios (es un tratamiento, evidentemente, que de entrada crea rechazo).
- Diversas películas de gran éxito mostraron la peor cara posible de este tratamiento. En dichas películas el *electroshock* se muestra, no como un tratamiento médico, sino más bien como una técnica antiagitación o antiagresividad (más como castigo que como tratamiento).

Todas estas razones, junto al hecho de que en aquel momento estaban apareciendo los primeros tratamientos farmacológicos psiquiátricos (antidepresivos, antipsicóticos y de antiansiedad) comportaron la desaparición transitoria de este tratamiento a lo largo de la década de los setenta.⁴⁴

⁴⁴ <http://www.forumclinic.org/actualidad/pasado-y-presente-del-electrochoque>

4.2 María de mi corazón.



4.2.1 Ficha técnica.

Título original: *María de mi corazón*.

Dirección: Jaime Humberto Hermosillo.

Guión: Gabriel García Márquez.

País y año: México, 1979.

Protagonistas: Héctor Bonilla y María Rojo.

Duración: 120 minutos.

Idioma original: Español.

4.2.2 Breve biografía de los creadores.

Jaime Humberto Hermosillo: Cineasta mexicano que se ha convertido en una referencia obligada para el análisis de la conducta social del mexicano contemporáneo y del retrato que el cine ha hecho de ella. Hermosillo es uno de los directores más originales y polémicos del cine mexicano. Desde sus primeras películas reveló, aunado a un sólido dominio del oficio, audacia tal en la elección de sus temas que muchas veces la conservadora sociedad mexicana lo ha tachado de inmoral. Nacido en un entorno conservador, Hermosillo ha construido una sólida filmografía cuyo común denominador es su interés -casi quirúrgico- por diseccionar la hipocresía clase media mexicana y "abrir la cortina" detrás de la cual se esconden muchas perversidades. Las películas tienden a ser más teatrales y austeras en cuanto a producción, son guiones propios o adaptaciones de novelas u obras de teatro.

Gabriel García Márquez: novelista colombiano, escritor de cuentos, guionista y periodista. Nacido en la Región Caribe, en el municipio de Aracataca (Magdalena), el 6 de marzo de 1927. En 1958, se casó con Mercedes Barcha, tienen dos hijos, Rodrigo y Gonzalo.

Es considerado uno de los autores más significativos del siglo XX. Obtuvo el Premio Nobel de Literatura en 1982, según la laudatoria de la Academia Sueca *"por sus novelas e historias cortas, en las que lo fantástico y lo real son combinados en un tranquilo mundo de imaginación rica, reflejando la vida y los conflictos de un continente"*. Su novela más reconocida internacionalmente es *Cien años de soledad*.

4.2.3 Antecedentes de la filmación de la película

(Reseña de Gabriel García Márquez).

“Hace unos dos años le conté un episodio de la vida real al director mexicano de cien Jaime Humberto Hermosillo, con la esperanza de que lo convirtiera en una película, pero no pareció que le hubiera llamado la atención.

Dos meses después sin embargo, vino a decirme sin ningún anuncio previo que ya tenía el primer borrador del guión, de modo que seguimos trabajando juntos hasta su forma definitiva.

Lo único que yo tenía escrito de esa historia (desde que me la contaron muchos años antes en Barcelona) eran unas notas sueltas en un cuaderno escolar, y un proyecto de título: “No, solo vine a hablar por teléfono”. Pero a la hora de registrar el proyecto de guión nos pareció que no era el título más adecuado, y le pusimos otro provisional: María de mis amores. Más tarde, Jaime Humberto Hermosillo le puso el título definitivo: María de mi corazón.

Era el que mejor le sentaba a la historia, no solo por su naturaleza, sino también por su estilo.

Se filmó en dieciséis milímetros y en color, y en 93 días de trabajos forzados en el ambiente febril de la colonia Portales, en la Ciudad de México. Nos pareció que ese era el ámbito natural de María de mi corazón.

La película es excelente, tierna y brutal a la vez, y al salir de la sala me sentí estremecido por una ráfaga de nostalgia. María (la protagonista) era en la vida real una muchacha de unos veinticinco años, recién casada con un empleado de los servicios públicos. Una tarde de lluvias torrenciales, cuando viajaba sola por una carretera solitaria, su automóvil se descompuso.

Al cabo de una hora de señas inútiles a los vehículos que pasaban, el conductor de un autobús se compadeció de ella. No iba muy lejos pero a María

le bastaba con encontrar un sitio donde hubiera un teléfono para pedirle a su marido que viniera a buscarla.

Nunca se le habría ocurrido que en aquel autobús de alquiler, ocupado por completo por un grupo de mujeres atónitas, había empezado para ella un drama absurdo o inmerecido que le cambió la vida para siempre.

Al anochecer, todavía bajo la lluvia persistente, el autobús entró en el patio empedrado de un edificio enorme y sombrío, situado en el centro de un parque natural. La mujer responsable de las otras las hizo descender con órdenes un poco infantiles, como si fueran niñas de escuela.

Pero todas eran mayores, demacradas y ausentes, y se movían con una andadura que no parecía de este mundo. María fue la última que descendió sin preocuparse de la lluvia, pues, de todos modos, estaba empapada hasta el alma. La responsable del grupo se lo encomendó entonces a otras, que salieron a recibirlo, y se fue en el autobús.

Hasta ese momento, María no se había dado cuenta de que aquellas mujeres eran treinta y dos enfermas pacíficas trasladadas de alguna otra ciudad, y que, en realidad, se encontraba en un asilo de locas.

En el interior del edificio, María se separó del grupo y preguntó a una empleada dónde había un teléfono. Una de las enfermeras que conducía a las enfermas la hizo volver a la fila mientras le decía de un modo muy dulce: 'Por aquí, linda, por aquí hay un teléfono'.

María siguió, junto con las otras mujeres, por un corredor tenebroso, y al final entró en un dormitorio colectivo donde las enfermeras empezaron a repartir las camas.

También a María le asignaron la suya. Más bien divertida con el equívoco, María le explicó entonces a una enfermera que su automóvil se había descompuesto en la carretera y sólo necesitaba un teléfono para prevenir a su marido.

La enfermera fingió escucharla con atención, pero la llevó de nuevo a su cama, tratando de calmarla con palabras dulces.

‘De acuerdo, linda’, le decía, ‘si te portas bien, podrás hablar por teléfono con quién quieras. Pero ahora no, mañana’.

Comprendiendo de pronto que estaba a punto de caer en la trampa mortal, María escapó corriendo del dormitorio. Pero antes de llegar al portón, un guardia corpulento le dio alcance, le aplicó una llave maestra, y otros dos lo ayudaron a ponerle la camisa de fuerza. Poco después, como no dejaba de gritar, le inyectaron un somnífero.

Al día siguiente, en vista que persistía en su actitud insurrecta, la trasladaron al pabellón de las locas furiosas, y la sometieron hasta el agotamiento con una manguera de agua helada a alta presión.

El marido de María denunció su desaparición poco después de la media noche, cuando estuvo seguro de que no se encontraba en casa de ningún conocido. El automóvil (abandonado y desmantelado por los ladrones) fue recuperado al día siguiente.

Al cabo de dos semanas, la policía declaró cerrado el caso, y se tuvo por buena la explicación de que María, desilusionada de su breve experiencia matrimonial, se había fugado con otro.

Para esa época, María no se había adaptado aún a la vida de sanatorio, pero su carácter había sido doblegado. Todavía se negaba a participar en los juegos al aire libre de las enfermas, pero nadie la forzaba.

Al fin y al cabo, decían los médicos, así empezaban todas, y tarde o temprano terminaban por incorporarse a la vida de la comunidad. Hacia el tercer mes de reclusión, María logró por fin ganarse la confianza de una visitadora social, y ésta se prestó para llevarle un mensaje a su marido.

El marido de María la visitó el sábado siguiente. En la sala de recibo, el director del sanatorio le explicó en términos muy convincentes cuál era el estado de María y la forma en que él mismo podía ayudarla a recuperarse. Le previno sobre su obsesión dominante (el teléfono) y le instruyó sobre el modo de tratarla durante la visita, para evitar que recayera en sus frecuentes crisis de furia. Todo era cuestión, como se dice, de seguirle la corriente.

A pesar de que él siguió al pie de la letra las instrucciones del médico, la primera visita fue tremenda. María trató de irse con él a toda costa, y tuvieron que recurrir otra vez a la camisa de fuerza para someterla. Pero poco a poco se fue haciendo más dócil en las visitas siguientes.

De modo que su marido siguió visitándola todos los sábados, llevándole cada vez una libra de bombones de chocolate, hasta que los médicos le dijeron que no era el regalo más conveniente para María, porque estaba aumentando de peso. A partir de entonces, sólo le llevó rosas”.⁴⁵

4.2.4 Sinopsis.

Héctor y María se reencuentran tras ocho años de no verse. Ella trabaja como maga en cabarets y él se dedica a robar casas. María convence a Héctor de que se vuelva mago y trabajen juntos. La vida parece sonreírles hasta que un día, cuando viaja a otra ciudad, María se queda en la carretera con el vehículo descompuesto. Al pedir ayuda, la recoge un autobús en el que viaja un grupo de enfermas mentales rumbo a un hospital psiquiátrico. María no sospecha de que al llegar a su destino le espera una terrible sorpresa.

Las enfermeras y doctoras de dicho hospital la reciben como parte de las internas. María insiste en que fue nada más a llamar por teléfono a su marido, para avisarle donde esta, pero el personal entiende a esta insistencia como “una fijación a las llamadas por teléfono”.

Analizando el entorno de los responsables del hospital, María puede acceder al teléfono ubicado en alguna oficina del hospital y desde ahí le llama a su marido para avisarle en donde se encuentra; pero al escuchar la voz de María, Héctor

⁴⁵http://www.bdp.org.ar/facultad/catedras/comsoc/redaccion1/rosales/2008/05/maria_de_mi_corazon.php

no duda en negarle la palabra porque imagina que ella lo abandonó y cuelga la bocina casi inmediatamente.

Arrepentido de su conducta, el esposo de María se dedica a buscarla sin éxito alguno, hasta que después se entera de que se encuentra internada en el hospital. Va a saludarla y la doctora le platica los signos de “la enferma María”, Héctor no puede creer que su esposa este en ese lugar, pero no por eso duda en la veracidad de las palabras de la psiquiatra.

En la escena final de la película, Héctor abandona en el manicomio a María.

4.2.5 Observaciones del filme.

“Esta es mi nave de los locos de la locura es el espejo.

Al mirar el retrato oscuro todos se van reconociendo.

*Y al contemplarse todos saben que ni somos ni fuimos cuerdos,
y que no debemos tomarnos por eso que nunca seremos.*

No hay un hombre sin una grieta, y nadie puede pretenderlo;

Nadie está exento de locura,

Nadie vive del todo cuerdo”⁴⁶

- a) El rol del enfermo: aquí, más que el enfermo, es la persona internada la que tiene como función reflejar los errores tan graves que puede llegar a tener un hospital psiquiátrico. María antes de ser internada es mostrada como alguien sano que busca tener un empleo y una vida estable. Es socialmente muy aceptada por el tipo de oficio al que se dedica (la

⁴⁶ Sebastian Brant, *Das Narrenschiff*, 1494

magia), e incluso es capaz de evitar que su esposo siga robando. El trato con sus clientes (los niños principalmente) es favorable y las relaciones que hace son estables.

En contraposición de las enfermeras, está preocupada por su medio, por su esposo y por su oficio. Incluso cuando decide que estará enferma como las demás, lo hace de forma consciente, empieza a cantar como ellas, porque sabe que es la única vida que le espera e intenta adaptarse.

- b) El papel del profesionalista en enfermedad mental: representado principalmente por las enfermeras y una doctora, se presentan invariablemente como seres despiadados, movidos por sus sucias intenciones, interesados en hacer experimentos nada éticos o decididos a destrozarse el cerebro de todo aquel que se les ponga por delante. En este caso, existe una enfermera que si no es considerada como loca, si presenta desordenes en su comportamiento sexual; ya que ataca físicamente a algunas de sus pacientes. Tal parece que el manicomio regentado por un demente es una idea que atrajo enormemente a los realizadores de esta cinta.

El personal del hospital psiquiátrico se apoya en los delirios y alucinaciones del paciente para establecer orden dentro de la institución.

Las enfermeras usan un lenguaje inapropiado entre ellas, faltando al respeto de las pacientes.

Pone en tela de juicio incluso la capacidad de la enfermera para escribir correctamente un apellido.

El personal de seguridad se acerca a la paciente y la carga sobre sus hombros para impedirle que se salga del hospital, mientras que otra persona, también de sexo masculino y sin bata de doctor o enfermero, le inyecta algo que podría ser un somnífero.

No tienen diagnósticos previos de los pacientes al internarlos. Por eso, se ven en la necesidad de medicar de forma homogénea.

c) La función del diagnóstico: este punto en la trama es de gran importancia para impedir que la “paciente” salga del hospital. Es nombrada como “paciente con una fijación obsesiva a las llamadas telefónicas”. Para poder llegar a esta afirmación, es frecuente que las doctoras y enfermeras se acerquen a platicar con la maga; sin embargo, esa plática es escuchada con oídos de experto a paciente. El objetivo de esta charla es indagar datos que aproximen a los especialistas al nombre del padecimiento que tiene María. Se vuelve desesperante e impotente, casi sordo el ruido que puede provocar la palabra de María. De nada sirve gritar o actuar lo que esta pasando por su cabeza si todo aquel que lo ve y escucha lo único que hace es querer interpretar lo que a cada quien conviene.

d) La influencia del ambiente: el ambiente parece hostil a veces. Los doctores son severos y enjuician con facilidad. Las compañeras del pabellón número tres son “enfermas severas” y no ayudan ni un poco a la rehabilitación de alguna de ellas.

El olor, el color de las paredes, el espacio entre camas, los pasillos, los baños... en realidad a cualquier lugar que la cámara se asome, ahí será insalubre.

e) La ocupación de la enfermedad: la enfermedad se observa desde las personas “especializadas en ella” y desde quien “la padece”. Por un lado, los signos serán principalmente las palabras que pronuncia María de forma repetida (“Sólo vine a hablar por teléfono”) o las que al “oído sano”, parecen incoherentes (los animales que usa María para sus actos de magia, son nombrados por su nombre: Lalo: un conejo, Lety y Julia: unas palomas). Desde la paciente, la enfermedad es inexistente, pero ante el hecho de mantener la cordura y la conciencia estable, se va

viendo forzada a desarrollar conductas que parecieran algún tipo de desorden mental. En la escena final, se ve a María recostada en el pasto del espacio abierto, en una posición de derrota mientras un balón de hule la toca y la invita a integrarse al juego que las pacientes están haciendo orientadas por la enfermera que abusó de ella. María, con lágrimas en los ojos, toma el balón y se acerca lentamente a cantar con ellas. Recibió en ese momento la aprobación de la enfermera, en signo de que esta desvaneciendo su enfermedad pues ya se integró al grupo de enfermas mentales.

- f) La tarea del hospital psiquiátrico: este hospital parece que alberga a personas con trastornos mentales muy severos, ya que siempre se les ve a las pacientes adormiladas o dopadas. Sin embargo, no se ve ningún tipo de tratamiento o alguna terapia, exceptuando el juego, en el que tratan de involucrar a las pacientes para que lo hagan en equipos o de forma comunitaria, que se lleva a cabo en el patio del hospital y el cual consiste en dejarlas que ellas organicen y lleven a cabo dicho juego.

Un hecho que cabe en este punto, es cuando María desesperadamente decide escapar del hospital psiquiátrico, entonces, quiere saltarse las bardas del edificio y una persona de seguridad la atrapa y la carga. Viendo este la indisposición de la ahora paciente, llama a personas que le ayuden a controlarla y la inyectan con el fin de tranquilizarla.

- g) Espacio físico del hospital psiquiátrico: se desarrollan las escenas del hospital en un espacio abierto y amplio, una especie de jardín como el que es requerido por el reglamento de hospitales.

Parece que los pacientes no tienen algún espacio propio dentro del hospital, ya que se ve un dormitorio con camas a no más de un metro de distancia entre una y otra.

Se presta el espacio a que tengan relaciones destructivas. Quizás porque su espacio vital es muy estrecho.

4.3 Atrapados sin salida.



One Flew Over The Cuckoo's Nest

Ted Markland

4.3.1 Ficha técnica.

Título original: One Flew Over the Cuckoo's Nest. (*Alguien voló sobre el nido del cuco*)

Dirección: Milos Forman. Posteriormente Michael Douglas.

Guión: Bo Goldman y Lawrence Hauben, basado en la novela de Ken Kesey.

Protagonistas: Jack Nicholson, Louise Fletcher, Danny DeVito, Christopher Lloyd, Brad Dourif, Will Sampson y Vincent Schiavelli.

País y año: Estados Unidos, 1975.

Duración: 133 minutos.

Idioma original: Inglés.

4.3.2 Breve biografía de los creadores.

Milos Forman: Nacido el 18 de febrero de 1932 en Cáslav, Checoslovaquia. Hijo de padre judío y madre protestante, se quedó huérfano a temprana edad después de que sus padres murieran en el campo de concentración de Auschwitz. Después de la guerra, Milos acudió a la escuela pública Krále Jirího en la ciudad de Pobebrady.

Posteriormente, estudió dirección cinematográfica en la Escuela de Cine de Praga. Dirigió varias comedias checas en Checoslovaquia. Sin embargo, en 1968 cuando la URSS y sus aliados del Pacto de Varsovia invadieron el país para poner fin a lo que se llamó la Primavera de Praga, se encontraba en París negociando la producción de su primera película americana. El estudio checo para el que trabajaba le despidió, alegando que estaba fuera del país ilegalmente. Así las cosas, se trasladó a Nueva York, donde se convirtió en profesor de la Universidad de Columbia y codirector de la división de cine de Columbia.

A pesar de las dificultades iniciales empezó a dirigir en su nuevo país, y alcanzó éxito en 1975 con la adaptación de la novela de Ken Kesey “*One Flew Over the Cuckoo's Nest*”, que ganó 5 Premios de la academia incluyendo el de mejor dirección. En 1977, se convirtió en ciudadano de los Estados Unidos. Otro éxito notable fue la película *Amadeus*, que ganó 8 Premios de la academia.

Michael Douglas: Comenzó su larga carrera en la serie de televisión *Las calles de San Francisco* desde 1972 hasta 1976.

A pesar de ser un actor muy capaz, tardó bastante en convertirse en la gran estrella que es ahora. Después de protagonizar la citada serie, durante un tiempo sólo aparecía en películas que usualmente eran poco populares (por ejemplo *Running* de 1979). Actualmente vive en Valdemossa, Islas Baleares, España.

Michael Douglas demostró pronto su buen olfato para el éxito al recibir su primer Óscar como productor de la película *Alguien voló sobre el nido del cuco* (conocida como *Atrapado sin salida*) en 1975.

Siguió siendo una figura sólo medianamente conocida, hasta que rodó una comedia romántica de aventuras con Kathleen Turner: *Tras el corazón verde*, también llamada *Dos bribones tras la esmeralda perdida*. Su papel en esta exitosa película le muestra como un actor capaz de realizar roles protagonistas y en distintos registros interpretativos.

Su primer Óscar interpretativo lo obtuvo por el papel protagonista de *Wall Street* de 1988.

Interpretó también a un infiel marido en *Atracción fatal*, con Glenn Close como protagonista femenina. Su personaje en este filme, marcó un claro punto de inflexión en su carrera cinematográfica. Ambos, Douglas y Close, estudiaron en la misma escuela preparatoria, Choate Rosemary Hall. Michael Douglas insistiría en un papel similar de hombre con problemas en otras dos películas

de éxito: *Instinto básico*, con Sharon Stone, y *Acoso*, esta vez asediado por Demi Moore.

El rodaje se realizó dentro de un centro psiquiátrico de Oregon y el director utilizó varios extras para la realización del film, que eran los propios pacientes del centro. Su manejo de cámaras y de tiempos capta a la perfección el magnetismo actoral de Nicholson, a la vez que plasma en pantalla de manera sobresaliente la lingüística expresiva que requiere la trama. Un tema tan delicado como el que aborda referido a la demencia, encuentra su límite y el punto justo en el criterio del director quien combina con oficio ironía y seriedad.

Basado en la homónima novela, la adaptación cinematográfica de la película es excelente, la historia está narrada con inteligencia y con ocurrentes salidas dentro del relato que consigue combinar entretenimiento con sentimentalismo bien intencionado logrando un clima tan fascinante como delirante, sin caer en inverosimilitudes ni exageraciones que hubieran terminado por dañar el espíritu de un film que cuenta con una identidad muy propia y que quizás desde su excéntrica óptica sea una de las realizaciones más recomendables y fieles en su temática.⁴⁷

4.3.3 Sinopsis.

Randall Mc Murphy (Jack Nicholson) ha cometido un delito por el que deberá ir a prisión. Una vez dentro, y a través de un comportamiento fuera de lo normal, consigue a cambio que le envíen por un tiempo a un manicomio donde se hace pasar por loco para mantenerse estable y poder escapar de allí lo más pronto posible.

⁴⁷ http://ar.geocities.com/la_zona_critica/atrapado_sin_salida.htm

De esta forma logra que le ingresen en un departamento de cuidados especiales, donde conoce a todo tipo de crónicos mentales con los que, sin darse cuenta, entabla una poderosa amistad. Tratando de hacer la vida de los enfermos más agradable, organiza actividades de toda clase, llegando al punto de infringir las normas de disciplina. La enfermera encargada (Louise Fletcher) será la antagonista, una mujer dura que se enfrenta a Mc Murphy en su osadía de alterar el inquebrantable orden de su hospital psiquiátrico.

El personaje del ofuscado Billy Bibbit, alcanza los límites del drama en la parte final de la cinta, tal cual lo hace Charlie Cheswick.

El desorbitado Taber y Martini también hacen el peso en sus papeles de locos. Sin embargo, el elemento clave del film es la presencia del gran Jefe Bromden (un indio sordomudo), pues inmediatamente se interpreta la eventual importancia de su personaje en la trama. Desde los intentos de Mc Murphy por integrarlo al grupo, hasta el antológico final del cuál Bromden es protagonista.

Sin embargo, los exponentes más significativos del film son Randle Mc Murphy y la enfermera y encargada principal del cuidado de los insanos.

Basada en la novela de Ken Kesey. Ganadora de cinco Oscars, incluyendo Mejor película, director, actor y actriz protagónica.

4.3.4 Observaciones del filme.

a) El rol del enfermo: en el psiquiátrico el protagonista será sometido a una serie de vejaciones y torturas. Primero le adormilan con fármacos que al parecer en la película, solo sirven para mantenerlo en un estado catatónico. Después es sometido a durísimas sesiones de electro choques que irán mermando con su capacidad de raciocinio para finalmente ser sometido a una lobotomía frontal que completará la tortura. Mc Murphy se convierte así

en un héroe que a pesar de todo lo que tiene que sufrir termina venciendo a los profesionales en la salud mental.

La ansiedad del interno adopta a menudo, la forma de una interrogante que se plantea a sí mismo y formula a sus compañeros: “¿podré yo arreglármelas allá afuera?”. La pregunta abarca toda la vida civil, destacándola ya sea como centro de reflexiones o de preocupaciones. Esta perspectiva resulta desmoralizadora; puede ser la razón de que muchos ex internos piensan a menudo en la posibilidad de volver adentro y la razón de que un personaje volvió al hospital.

b) El papel del profesionalista en enfermedad mental: el personal de la clínica responde al juego de Mc Murphy con una violencia física y psíquica cada vez mayores a la creciente toma de conciencia de sí mismos y la consecuente rebeldía de los pacientes. Al final Mc Murphy es sometido a una lobotomía y se convierte en un idiota que sonrío apaciblemente.

c) La función del diagnóstico: en este aspecto, no podemos hablar de un diagnóstico como tal, ya que la narración de la película no lo toma en cuenta para la internación de Mc Murphy. Simplemente hace la aclaración de que este sujeto será internado para hacer análisis de su comportamiento ya que cometió delitos que lo deberían llevar a la cárcel. Sin embargo, también cabe destacar, que gracias a su internamiento, el diagnóstico de algunos pacientes queda puesto otra vez, en tela de juicio, ya que, por tomar un ejemplo muy aproximado a la vida del protagonista, es la del jefe indio, el cual, es tomado como una persona que además de poseer una enfermedad mental, también la posee senso - perceptual, ya que es “sordomudo”. Aquí nos podemos detener por largo rato a profundizar una vez más sobre la veracidad del diagnóstico. ¿Cuáles son los puntos que se toman en cuenta para aseverar algún punto en los pacientes mentales?

Es bien cierto que por ser ciencias sociales las que se tocan, no se puede llegar nunca una verdad absoluta, sin embargo, hay puntos que a la vista pueden ser muy claros, como el funcionamiento del oído. Además, en el filme no nos aclaran si los especialistas en la enfermedad mental ya conocían o no la farsa de este individuo, el cual, en todo momento finge ser sordo para liberarse automáticamente de cualquier estímulo que le sea presentado, incluso por personas en su misma posición hospitalaria.

d) La influencia del ambiente: en este filme la institución mental se convierte en un ambiente represivo de la sociedad que intenta poner freno a la creatividad de los espíritus libres. Se perpetúa el mito de que el manicomio es un lugar del que una vez que se entra, no se sale y en el que no se busca curar a la persona sino por el contrario, se le controla y se le aliena. El especialista en enfermedad mental, sigue siendo malvado como antes ya se exponía.

e) la ocupación de la enfermedad: una de las escenas clave de “Alguien voló sobre el nido del cuco” es el momento en que se hace evidente que la mayoría de los pacientes está en la clínica por propia decisión y que por tanto, éstos se someten voluntariamente a la tiranía y a las humillaciones cotidianas. Contrasta con ello una escena en que Mc Murphy, quien sí está encarcelado, fracasa en su intento de arrancar un hidrante de mármol de baño, tras lo cual comenta, nada resignado: “por lo menos lo he intentado”. De hecho, el carterista Mc Murphy nunca se hace cargo de la seriedad de la situación, y se imagina que está en un juego hasta que ya es demasiado tarde para salir de él. En una ocasión, hacia el final de la historia, tiene la oportunidad de escapar: la ventana ya esta abierta. La cámara enfoca largo rato el rostro de Mc Murphy hasta que se dibuja una sonrisa en sus labios: se queda y el juego continúa.

El jefe indio al final, decide matar a su amigo y terminar por su cuenta lo que Mc Murphy había comenzado. El jefe es quien experimenta la mayor

transformación: de ser un hombre que ha escogido el camino de la introversión y lo soporta todo en su supuesta condición de sordomudo pasa a convertirse en un rebelde activo en el que pervivirá el espíritu de su amigo muerto.

4.4 Inocencia interrumpida.



4.4.1 Ficha técnica.

Título original: *Girl, Interrupted*.

Dirección: James Mangold.

Guión: Susanna Kaysen, James Mangold, Lisa Loomer y Anna Hamilton Phelan.

Protagonistas: Winona Ryder, Angelina Jolie, Clea DuVall, Brittany Murphy.

País y año: Película germano americana. 1999

Duración: 127 minutos

Idioma original: Inglés

4.4.2 Sinopsis.

¿Qué reino es este? Qué reino, qué playas...

Es una importante pregunta que tú enfrentas Susana

La decisión de tu vida

¿Cuando concederás con tus fallas?

¿Qué fallas tienes? ¿Y son fallas?

Y si las aceptas,

¿Te recluirás en un hospital para siempre?

En abril de 1967, Kaysen, con 18 años de edad, es admitida en el Hospital McLean, en Belmont, Massachusetts, después de un intento de suicidio. Ella niega haber intentado suicidarse a un psiquiatra, quien le sugiere tomar algún tiempo para reintegrarse en McLean, un hospital psiquiátrico privado.

Kaysen es diagnosticada con Trastorno Límite de la personalidad y su estadía en el hospital dura 18 meses.

Sus compañeras pacientes Polly, Cynthia, Lisa, Georgina y Daisy sobresaltan la experiencia de Kaysen como ella describe sus asuntos personales y como los ayuda para enfrentar el tiempo que deben pasar en el hospital.

Kaysen reflexiona en la naturaleza de su enfermedad, incluyendo dificultad en encontrar sentido en modelos visuales, y sugiere que la cordura es una mentira construida para ayudar a los "saludables" a sentirse "normales".

Ella también cuestiona como los doctores tratan enfermedades mentales y si lo que ellos están tratando es el cerebro o la mente.

Durante su estancia, Kaysen pasa por un período de despersonalización, durante el cual se muerde la piel de su mano tras sentir miedo de poder haber "perdido los huesos".

4.4.3 Observaciones del filme.

- a) El rol del enfermo. Las pacientes, por ser mayores de edad, deciden por propia mano internarse en el hospital. Al parecer las que están dentro de Claymoore no tienen propiamente trastornos mentales severos, incluso Lisa, que no presenta pensamiento o lenguaje desorganizado, simplemente niega el control que puedan tener sobre ella las reglas del manicomio.

En el taxi que lleva de camino al manicomio a Susana, ella se ve libre ya de las acusaciones del psicoanalista. Tiene la posibilidad de escarpase de ser internada, pero refleja indiferencia al estar dentro o fuera de un espacio para su recuperación, porque lo único que al parecer esta buscando es un lugar donde residir. Incluso el chofer del taxi, hace un comentario que desde un principio revelará la trama del filme: "no pareces estar enferma..."

La paciente, como muchos otros ha sido involucrada en el lugar del manicomio por decisión de un familiar, por un diagnóstico con pocos fundamentos o simplemente porque es un refugio para alguien que no

se siente parte del espacio que la rodea. Si bien este es uno de los signos que podemos encontrar en una depresión, no es el único o el determinante para hablar de una patología de esta índole.

En otra escena, ya dentro del hospital, Lisa se encuentra platicando con Susana en su recámara. Recostada le empieza a contar que lleva ocho años internada porque no se ha abierto a los doctores como ellos lo esperan:

“...Te recuestas, confiesas tus secretos y estas salvada. Mientras más confiesas, más piensas en liberarte. Pero si no tienes ningún secreto, no saldrás de aquí, como yo...”

En este fragmento, el pensamiento no es desorganizado, no hay signos de alguna enfermedad mental. Al contrario, parece un comentario hecho por una persona que no cree en la función de la terapia psicoanalítica y que tiene la necesidad de persuadir a otro o de ser escuchado por otro.

- b) El papel del profesionista en la enfermedad mental. El psicoanalista que decide que Susana tiene que visitar el hospital para descansar, es un profesionista (jubilado) que parece molesto al estar con su paciente. Ya tenía pensado el tratamiento que recomendaría, lo había apalabrado con la mamá del paciente y lo único que hizo en la entrevista fue tratar de persuadir a su paciente que eso era lo mejor. En otra ocasión, la paciente, recostada en el diván explica lo que está ocurriendo con su vida emocional actual y recibe a cambio el sueño del especialista.

En este filme, los enfermeros son los que más se aproximan a lo que debe ser el tratamiento psiquiátrico, empezando por la atención que ofrecen, el ambiente que pretenden hacer permanente dentro del pabellón, la sonrisa que son capaces de esbozar a aquellas mujeres que se sienten solas, la empatía y el posible gusto por su trabajo. Si bien, no son especialistas en este ámbito, ejercen su trabajo como el manual se

los precisa y esto hace que el ambiente de toda la película no sea esbozado de forma escalofriante o terrorífica.

En el caso específico de Valerie, la enfermera, al saber que Susana tiene una visita (su novio), no duda en ningún momento permitirle platicar afuera del hospital. Sabe de la “enfermedad” de Susana y no teme a que decida abandonar el hospital o lo más importante en este caso, no teme a que pretenda cometer suicidio. Le da confianza y libertad a la paciente.

- c) La función del diagnóstico. En este hospital psiquiátrico hay dos diagnósticos, que si bien uno es mucho más formal que el otro, ambos son merecedores de mencionarse por separado:

“Alteración esquizoide limítrofe e inestabilidad en autoimagen, relaciones y ánimo. Inseguridad de metas, impulsiva en actividades autodestructivas como relaciones casuales. Contrariedad social y actitud pesimista es algo que se observa en general”

Esto es lo que está escrito en el expediente de Susana Kaysen. Lo leyó personalmente cuando ingresó al consultorio de la doctora general del pabellón, ya que nunca fue enterada de lo que padecía, respaldando el silencio de los especialistas en que es lo mejor para no alterar la conducta de la paciente dentro del hospital.

El segundo diagnóstico que escuchó de viva voz de la enfermera Valery fue: “eres una holgazana, autocompasiva, niñita que está tratando de volverse loca”.

Analizando cada una de estas enunciaciones, y además, viendo detenidamente el filme, Susana está inmiscuida en algo más que un simple juego de signos y síntomas. Pero el objetivo ahora no es llegar a la verdad. Es simplemente, reconocer que ambos diagnósticos (si así se

puede llamar al segundo también), son dados a conocer en situaciones poco favorables para el buen desarrollo de la paciente.

Ella ya sabe lo que padece por la percepción de los otros y también lo sabe por sí misma: mientras no se quisiera reconocer como persona depresiva que intentó suicidarse, entonces no lo es.

Su diagnóstico solo le hace tener dudas acerca de él, porque se siente reconocida en algunos aspectos, pero en otros como el de ser impulsiva a actividades autodestructivas como las relaciones casuales, esta segura de que simplemente forman parte de su edad.

- d) La influencia del ambiente. Más que amistad son alianzas las que se forman entre las compañeras de pabellón. Y esto simplemente es porque las enfermas, no están tan enfermas como quieren hacernos creer. Ellas son capaces de salir, viajar, divertirse, defenderse o burlarse del otro escudándose todas en la “enfermedad”.

Como en el caso de la escena en que salen por un helado. Todas actúan como verdaderas locas, estando conscientes de ello. El ambiente y sus estímulos son los que las llevan de un acto de seducción a uno de rebelión en contra de la señora que fue engañada por su esposo con Susana. Defienden a la protagonista de la agresión que empieza a nacer no solo con palabras, también con gesticulaciones y sonidos impropios de una mente sana y no dejan de insistir hasta ganar la batalla.

Algo muy favorable del ambiente hospitalario es la enfermera que sabe actuar con cordura y sabe decirles a las pacientes lo que cree de ellas. Porque es ahí donde las pacientes reciben una confrontación no ya a la enfermedad, sino a ellas mismas. Y para esto, no más que la escena en donde Georgina recibe en su recámara a Susana y Valerie le informa que es su deber llevar a la una al comedor a la nueva residente, haciendo hincapié en que esta hablando con la verdad y entonces eso es lo que tendrá que ser (Georgina padece de pseudología fantástica).

- e) La ocupación de la enfermedad. En esta película en especial, se observa a la enfermedad que puede moverse de persona a persona. Aquí no es muy recurrente atestiguar al delirio o a la alucinación, pero sí a un grupo de jovencitas, que por “iniciativa propia” aceptaron entregarse al cuidado del hospital, y por lo tanto, será el mismo hospital quien decida cuando saldrán de él.

Digo que la enfermedad se mueve porque la mediación no es llevada a cabo con la responsabilidad que se debería.

La enfermera no es certera al revisar que las pacientes hayan ingerido su medicina, entonces, es una especie de tesoro el valium, sedantes o laxantes que se mueven por un trueque.

No es que la enfermedad domine a la conducta de las pacientes, es la mezcla que hacen las mismas, además de lo interiorizado en ellas lo que se mueve y crea algo peor cada vez.

- f) La tarea del hospital psiquiátrico. Es en 1968 cuando es la entrada de Susana a Claymoore es un hecho, y el hospital está listo para recibirla. Es pabellón es amplio y tal parece que en esa institución los problemas no existen, y si los encontrara alguien, serían un secreto para todos los internos de tal modo que serían ciegos a ellos.

El medio en el que se desarrollan las pacientes les propicia entender todo con una sola explicación. Tal parece que las pacientes ahí, incluso la llamada sociópata tienen perfectamente controlado su aparato psíquico. Y la medicina no es necesaria entonces, ya que la película exhibe que no son ingeridas por todas ellas como debería ser.

En la escena en que Susana esta con su novio en su recámara, Lisa intercepta a la enfermera y le impide llegar hasta la habitación diciéndole que está segura de que ella (la enfermera) pasa lista y revisa que todas

estén, pero evidentemente no sabe qué hacer en casos extremos como el intento de suicidio de alguna de ellas.

Y es cierto, lo que los enfermeros ilustran solo son las normas, o que como antes ya habíamos mencionado, siguen las instrucciones de un manual de procedimientos pero no actúan, porque las que lo hacen, son las pacientes.

CONCLUSIONES.

*La mente es misterio eterno
y en la fuerza de su anhelo
hace del infierno cielo
y del cielo horrendo infierno.*⁴⁸

Las instituciones mentales han sido siempre un escenario predilecto del cine, en el que han aparecido asociadas, casi invariablemente, a una visión muy negativa y pesimista. Paradigma de ello es el hecho de que el cine de terror las haya utilizado con frecuencia como lugares endemoniados y poseídos por terribles fuerzas ocultas.

La visión que el cine ha dado de las instituciones mentales ha influido sin duda en la percepción que la sociedad tiene de estos lugares, que son considerados como centros de reclusión en los que no sólo no se cura al paciente sino que se intenta dañarlo y alienarlo. Si bien es cierto que durante siglos ésta fue la realidad de los hospitales psiquiátricos, también lo es que desde hace muchas décadas la situación ha cambiado radicalmente. El cine, sin embargo, continúa ofreciendo la imagen que tenían los manicomios hace ya un siglo.

Hoy en día, la institución mental no es el infierno que refleja a menudo el cine.

En este proyecto tuvimos la oportunidad de analizar dos películas que fueron basadas en hechos reales, como lo son “María de mi corazón” en Barcelona e “Inocencia interrumpida” en Claymoore.

Ambas son reflejos de diferentes espacios y tiempos.

⁴⁸ Extracto del poema narrativo de John Milton, “El paraíso perdido”.

Por un lado, un hecho que pasó en España pero que es ilustrado en México. Países que comparten historia pero no por eso condición social. El primero considerado actualmente como país potencia y otro con muchos campos de crecimiento todavía, pero ambos, con una asistencia psiquiátrica similar. Y digo similar no porque la misma historia haya ocurrido en ambos lugares, sino porque según el libro "Internados" de Goffman, queda más que claro que en México no hay una situación rehabilitadora dentro del manicomio público. La ética en este espacio no existe, sin mucha necesidad de ser cautelosa y metódica la revisión al filme, desde el ingreso de María al hospital, no se escuchó a la *paciente*, solo se le trató como a cualquier enfermo que tenía que ser *sanado*.

Por el otro lado, en Inocencia interrumpida, se ilustra el ingreso y desarrollo de la enfermedad que se apropió de Susana.

Es de reconocer, sin embargo, la labor de este otro internado: el espacio vital de cada paciente es respetado, el acompañamiento que se les da a los pacientes es llevado a cabo conforme el reglamento del hospital lo pide; hay actividades de recreación y talleres.

El hospital, aunque acogedor y con un ambiente mucho más sano que el antes citado, también deja ver signos de indiferencia o incluso desconocimiento de cómo se debe llevar a cabo el tratamiento dentro de una institución psiquiátrica.

Es sin duda este el tema más importante de la conclusión de esta investigación: ¿hasta donde la ciencia y tecnología son capaces de entender la mente humana? O simplemente, ¿hasta donde el mismo hombre es capaz de saber resolver los conflictos de otro? Sin lugar a dudas, desde el inicio de los tiempos, la humanidad ha tenido la necesidad de clasificar, pensando que esto, ayuda a tener aproximaciones sobre la veracidad de cada objeto o ser; sin embargo, en cuanto a la clasificación del propio hombre, en cuanto a su psique se refiere, falla indudablemente hasta el día de hoy.

Y es que ¿cómo es posible que, sabiendo lo que es el dolor y la angustia de lo incierto, la psiquiatría (entre otras tantas) no sea capaz de reconocer que sigue siendo una ciencia primitiva que no es capaz de conocer la verdad absoluta?

O simplemente, ¿no se dan cuenta de que la realidad absoluta no existe incluso en las ciencias exactas? Mientras no se reconoce y se busca avanzar, las soluciones a corto plazo son las que están ayudando poco a poco a fracturar más la psique de quien ingresa a ese tipo de instituciones.

Los avances en este campo han sido constantes a lo largo de décadas y en la actualidad, a pesar de ser muchos los puntos a mejorar, la red de atención en salud mental es más que aceptable.

El cine ha perpetuado la imagen del antiguo hospital psiquiátrico y no ha dado fe de la reforma que ha operado en ellos el último siglo, transmitiendo una imagen obsoleta y, por tanto, falsa de la realidad del hospital psiquiátrico.

Hemos abordado la enfermedad mental desde una perspectiva cinematográfica. En tal escenario, los protagonistas son personas neuróticas, que se convierten en pacientes al recibir tratamiento psiquiátrico. El rol complementario al de paciente es el de psiquiatra, que atendiendo a los aspectos fisiológicos de la dolencia, provee la medicación que posibilita la contención de los síntomas.

No puede negarse que ésta ha sido la realidad de la mayoría de los manicomios durante siglos, sin embargo, sería injusto obviar la reforma psiquiátrica y negar que, hoy en día, nos encontramos ante un panorama radicalmente distinto. Hay, por tanto, una base real y una justificación a lo que el cine ha mostrado de los manicomios, si bien, no ha reflejado la transformación sufrida y viendo las películas de cine parece que nada hubiera cambiado en los últimos 50 años, cuando sí ha sido así.

Rescatado el paciente de sus síntomas, interactúa intensamente como persona con otros actores, aumentando la complejidad de la escena. Dado que la terapia no se termina con el tratamiento sintomático, necesita suplementos para compensar el déficit ocasionado por la enfermedad, lo que introduce otros tratamientos y técnicas terapéuticas no biológicas dispensadas por psiquiatras y psicólogos.

El principal problema se deriva de la falta de conciencia de la enfermedad (si es que la hay). Está en el origen del incumplimiento terapéutico, de elevada incidencia y trascendencia social en el caso de los trastornos mentales, que no sólo complica la asistencia incrementando su coste sino que cuestiona su eficacia.

En consecuencia debe fomentarse el desarrollo del rol de paciente, constituyendo su primer objetivo la toma de conciencia sobre la enfermedad y su cronicidad.

Aunque la administración de cuidados no es un rol sino una actividad, matiza vigorosamente el desempeño de roles de las personas que los proporcionan.

De poco serviría que los pacientes desarrollasen su rol sin la contrapartida adecuada en los roles de los enfermeros y doctores, especialmente de los que con mayor frecuencia interactúan con ellos, fundamentalmente el de madre y el de enfermera, o personas que las suplan.

Con estas bases, los siguientes objetivos serían la ocupación, la formación y el empleo, con lo que se conseguiría la tan esperada inserción social.

Finalmente, unas palabras para observar que de nuestras conclusiones se desprende que, independientemente de los avances que se puedan producir en el tratamiento etiológico de la enfermedad mental severa, es posible y deseable progresar en el tratamiento suplementario de los pacientes, lo que permitiría elevar el nivel de satisfacción en los usuarios del sistema con el correspondiente beneficio en la percepción que tienen del mismo y las expectativas que depositan en él.

Todo ello podría suponer una reducción de los gastos ocasionados por diferentes factores dependientes de la escasa definición y percepción de la complejidad de la situación de pacientes y terapeutas.

Las líneas paralelas no existen, la línea recta tampoco lo hace, simplemente en la educación básica lo expresan para no meternos en problemas que se podrían entender hasta que ingresas a la universidad a estudiar ciencias

exactas como física o matemáticas. Y no por eso, quienes lo enseñan son enfermos mentales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. AGUILAR, Mariflor. **Confrontación, crítica y hermenéutica.**
2. BETTELHEIM (1973) **El corazón bien informado. La autonomía de la sociedad de las masas.** Fondo de Cultura Económica.
3. BEUCHOT, M. (2007) **Interpretación, analogía e iconicidad**, del compendio de ensayos "semántica de las imágenes, figuración, fantasía e iconicidad". México.
4. Brant, Sebastian. **Das Narreschiff.**
5. COHEN, Seat. (1980) **La influencia del cine y la televisión.** Fondo de Cultura Económica.
6. COOPER, David. (1985) **Psiquiatría y antipsiquiatría.** Paidós Psiquiatría, Psixopatología y Psicósomática.
7. ELIZUR, Joel. (1990) **La locura y las instituciones. Familias, terapia y sociedad.** Editorial Gedisa. Colección Terapia Familiar.
8. FOUCAULT, Michael. (1964) **La historia de la locura en la época clásica. (Tomo I y II)** Fondo de cultura económica.
9. GARCÍA CABALLERO, Lorena. **La hermenéutica fenomenológica de Paul Ricoeur: una introducción a su pensamiento.** UNAM
10. GOFFMAN, Erving. (1972) **Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales.** Amorrortu editores.
11. HALLIDAY J. L. (1961) **Medicina psicosocial.** Editorial Universitaria de Buenos Aires
12. IMETZ, Christian. (2002) **Ensayos sobre la significación en el cine.** (1964-1968) volumen I Paidós Comunicación 133 Cine. España
13. KAGAN, Jeremy (2005) **La mirada del director. Entrevistas con directores de cine.** Plot ediciones.
14. LEVINSON Y GALLAGHER (1964) **Sociología del enfermo mental.** Amorrortu editores. Argentina
15. LIZARAZO

16. Milton, John. **El paraíso perdido**. 1494
17. MULLER, Jurgen. **Cine de los 70's**. Taschen. Londres
- 18. Manual de procedimientos para hospitales del Estado de México**
19. Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (1969). **Bases sociales de la asistencia a enfermos mentales**. Madrid
20. Porter, R. (2003) **Breve historia de la locura**. Madrid: Ediciones Turner S.L.
21. HALLECK, Seymour. (1971) **Psychiatry and the dilemmas of crime**. Berkeley. University of California.
- 22. Reglamento para Hospitales, Maternidades y Centros Materno infantiles, en el Distrito, Territorios y Zonas Federales**
23. ROWAN, J. (1979) **La mente**. Colección científica de Time Life México
24. SOUBLETTE, Gastón. (2001) **Mensajes secretos del cine**. Editorial Andrés Bello. España
25. STEELE Y BERMAN. (2003) **Un día las voces callaron**. Luciérnaga
26. Szasz Thomas. Derecho, libertad psiquiátrica.
27. TARSIS, Valery. **Ward 7**.
28. The New Yorker. 15 de mayo de 1965
29. VALEK, G. (1986) **Los laberintos de la locura. Anatomía de un manicomio oficial**. Editorial Posada
30. http://ar.geocities.com/la_zona_critica/atrapado_sin_salida.htm
31. http://www.bdp.org.ar/facultad/catedras/comsoc/redaccion1/rosales/2008/05/maria_de_mi_corazon.php
32. http://campus.usal.es/~revistamedicinacine/Vol_3/3.2/esp.3.2.pdf manicomios.pdf 16 de diciembre del 2009.
33. <http://www.forumclinic.org/actualidad/pasado-y-presente-del-electrochoque> 08 de enero del 2010.
34. <http://psicologia.laguia2000.com/general/la-enfermedad-mental> 16 de diciembre del 2009.