

Sociología de la Locura

¿Puede la Sociología Durkheimiana ofrecer un marco para la Sociología de las Enfermedades Mentales?

Por ROGER BASTIDE

Colaboración especial para la *Revista Mexicana de Sociología*, vertida del francés por Óscar Uribe Villegas.

Cuando se leen los libros y los artículos de psiquiatría social no puede dejar de experimentarse cierto malestar. En ellos, o bien se hace de la psiquiatría social un simple “corpus” de las diversas investigaciones emprendidas —y que van de la distribución de las demencias por áreas ecológicas urbanas a las que tratan del hospital psiquiátrico como institución social— sin que se descubra qué es lo que puede “unificar” problemas tan diversos, o bien se intenta elaborar una teoría sistemática, pero sin que los ensayos correspondientes lleguen, hasta el momento, a ganarse la decisión, probablemente porque son obra de psiquiatras mucho más que de sociólogos, y puesto que se resienten de falta de familiaridad con las exigencias o los postulados de la teoría sociológica.

Debemos volvernos, por tanto, hacia la sociología general, de la que la sociología de las enfermedades mentales no puede ser sino una de las aplicaciones en un campo determinado, y preguntarnos si ella misma no puede ofrecernos un modelo que nos permita integrar el conjunto de las investigaciones realizadas, dentro de un todo coherente o, por lo menos, si nos puede proporcionar un marco en el que esas investigaciones puedan encontrar su sitio y coordinarse. Nos parece que Durkheim, en su *Division du travail social* ha proporcionado —justamente— este marco, al distinguir ahí cuatro formas de solidaridad: la solidaridad mecánica, la solidaridad orgánica, la solidaridad forzada (aquella que define a las sociedades coloniales y esclavistas) y, finalmente, la anomia. Durkheim tuvo el mérito de proporcionar, por sí mismo, en *Le Suicide* la aplicación

de este marco sociológico a un primer fenómeno patológico, y ahí que a las dos primeras grandes formas de solidaridad —las solidaridades mecánicas y orgánica— corresponden dos tipos de suicidio: el suicidio altruista y el suicidio egoísta, en tanto que a las dos últimas —las solidaridades forzadas y anómicas— corresponde un aumento anormal de la tasa de suicidios: el esclavo se mata para escapar al yugo de su amo; la anomia, al desarrollar la inquietud, la ambición sin freno, la amplitud de los proyectos irrealizables, y al multiplicar los fracasos, es particularmente apropiada para multiplicar el número de los suicidas. Unos años después, en uno de los primeros números de la joven revista fundada por Durkheim, *L'Année Sociologique*, Gaston Richard se esforzó por mostrar que la criminalidad cambiaba, también, con los tipos de solidaridad: a la solidaridad mecánica, estudiada a través de la criminalidad del imperio ruso zarista, correspondía una criminalidad centrada en las infracciones de orden político y religioso, o sea, contraria a las creencias comunitarias, los valores y los sentimientos colectivos; a la solidaridad orgánica, estudiada a través de la criminalidad de los países industriales anglo-sajones, corresponde una criminalidad centrada en los delitos contra la propiedad, y la criminalidad fraudulenta; a la solidaridad colonial, estudiada a través de la criminalidad de los países de Centroamérica y Sudamérica, correspondía una criminalidad centrada en los crímenes sexuales, los crímenes contra la persona, los asesinatos y los golpes de estado; la anomia, estudiada a través de las sociedades urbanas, veía multiplicarse, a través de las pandillas o gangs y las bandas de malhechores (así como a través de la formación de una "culture de la pegre") todas las formas de criminalidad. Finalmente, G. Richard señalaba, para los países mediterráneos —España, Córcega, Italia del Sur— una criminalidad sangrienta de origen histórico (debilitamiento del estado): cuando el poder político es incapaz de hacer justicia, son los individuos mismos quienes se vengan de los daños que sufren; pero en grado y medida en el que el estado reasume su fuerza (Córcega) o en el grado en que la sociedad se industrializa (Italia del Norte), la criminalidad evoluciona, para adquirir el tipo industrial (crímenes contra la propiedad). Y, de entre las pruebas que da del valor etiológico de estas diversas formas, no retendremos sino que una, y una misma, realidad sociológica —una crisis económica— se traduce, en una solidaridad mecánica y en una solidaridad orgánica, por manifestaciones diferentes: en Rusia, por el vagabundismo y la mendicidad; en la Alemania industrializada, por un recrudecimiento de los crímenes contra la propiedad.

En cuanto la enfermedad mental constituye, al lado del suicidio y de la

criminalidad, el tercer síntoma de la patología social, podemos preguntarnos si no entrará —ella también— en este marco durkheimiano. Desgraciadamente, no disponemos de estadísticas que, en el dominio psiquiátrico puedan ser tan confiables como en los otros terrenos; sobre todo, no tenemos series suficientemente largas y continuas en el tiempo. Y debemos contentarnos con investigaciones lagunares, en veces puramente impresionistas. Ensayemos —sin embargo—, por lo menos a título de hipótesis de trabajo, el trazo de las líneas generales de lo que podría considerarse como una “sociología de la locura” dentro de la perspectiva durkheimiana.

I. *Las enfermedades mentales en las sociedades con solidaridad mecánica.* La etnopsiquiatría sigue siendo objeto de controversias apasionadas; sin embargo, en el grado y medida en que se la desembaraza de etnocentrismo —que es el que nos hacía concluir, de la ausencia de síntomas occidentales, una ausencia de trastornos mentales— ya no podemos afirmar que los pequeños grupos (tribales o étnicos) o que las sociedades *folk* se encuentren indemnes o estén más protegidas que las nuestras, con respecto a las enfermedades mentales, o que ignoren las formas —así sea simples— de la esquizofrenia. La solidaridad mecánica —por tanto— contra lo que afirmaban los primeros investigadores, perdidos en sus sueños paradisiacos, no conlleva ausencia de trastornos mentales. Pero, como para el suicidio y para la criminalidad, estos trastornos van a tomar en ella formas especiales.

En primer término, la primera constatación que puede hacerse, con base en las investigaciones más recientes, es la de que estos trastornos adquieren un carácter religioso; que la locura es, ahí, una expresión, entre otras, de lo sagrado, sea que el delirio sea considerado por la colectividad como un síntoma del shamanismo, sea que se explique por la hechicería, por la violación de un tabú o por cualquier otra causa de orden sobrenatural. Esto nos hace que volvamos a encontrar, para la enfermedad mental, características análogas a las que Durkheim da para el suicidio altruista y Gaston Richard para la criminalidad en las sociedades tradicionales (en lo que se encuentra respaldado por Fauconnet, en su libro sobre *La responsabilité*). La intrincación de lo somático, de lo mental y de lo religioso, en los agrupamientos de solidaridad mecánica avanza tanto que las enfermedades mentales alcanzan ahí, por lo general, una forma somática o una forma institucional, como si no llegasen a ser capaces de guardar una autonomía funcional y tuviesen necesidad de aferrarse a “algo”: o al cuerpo o a lo social.

El error de los primeros etnólogos de campo ha sido —justamente a

causa de este hecho—, el no saber discernir entre el trastorno mental de por sí, puesto que: o se escondía en el organismo (lo que hacía que las enfermedades fisiológicas se explicaran de la misma manera que las enfermedades mentales, cuando la terapéutica empírica fracasaba frente a ellas) o en las ceremonias religiosas (como ocurría y ocurre con las neurosis obsesivas en los ritos de la hechicería). Es cierto que no podemos hablar de una enfermedad mental “altruista”; pero, el término de Durkheim tampoco es un término adecuado para el suicidio mismo. Durkheim elaboró su sociología en una época en la que esta ciencia apenas nacía; cuando sufría de falta de vocabulario adecuado y, en vez de forjar términos nuevos, prefirió pedirle en préstamo, al vocabulario corriente, la terminología de su sistema. Diríamos hoy —para el suicidio, el crimen, la enfermedad mental— que presentan en las sociedades de solidaridad mecánica, una forma “integrada”.

Para las sociedades históricas —por ejemplo, para las medioevales— o para las comunidades de *folk*, aisladas, cerradas, diríamos, de buena gana, que los trastornos del espíritu se deben ahí, también, a un exceso de integración. Lo que nos llama la atención —en efecto— es que los desórdenes psíquicos puedan propagarse ahí tan fácilmente, al par, en la aldea, del convento a una región geográfica, siguiendo el grado de integración de la familia, del burgo, de la orden religiosa, o del área cultural, y siguiendo las redes institucionales de comunicación que hacen que los miembros de estos pequeños grupos aislados participen, entre ellos, de una misma “solidaridad mecánica”, o sea, definida por la homogeneidad de las creencias y de los sentimientos. Habría que volver a tomar, desde este punto de vista, los estudios del desarrollo y de la extensión de las epidemias religiosas, de las crisis coreiformes y de los movimientos conocidos como mesiánicos o proféticos. Vemos que estas epidemias desaparecen de las sociedades occidentales en el grado y medida en que pasan de la solidaridad mecánica a la solidaridad orgánica, para no subsistir ya sino en estos límites de la “locura de pareja”, o de la “locura familiar” o, cuando más, de los “vecinos de piso”, o de los vecinos de un barrio proletario, a título de subsistencia de la “Gemeinschaft” aun en la “Gesellschaft”.

II. *Las enfermedades mentales en las sociedades de solidaridad orgánica.* A la solidaridad orgánica le debe corresponder —si es válido el modelo durkheimiano para la enfermedad mental tanto como para el crimen y el suicidio— una forma “egoísta”. Aquí —como arriba— el término utilizado por Durkheim, a partir del lenguaje corriente, no es de los mejores: pero es claro. En tanto que los trastornos patológicos nacen, en el primer caso, de un exceso de integración, lo que significan, en este otro, es una

falta de integración. Auguste Comte había presentido ya el fenómeno, pues estableció su distinción entre los periodos orgánicos y los periodos de crisis, e hizo de la locura un exceso de "subjetividad"; o sea, que para todo el periodo que comienza en el Renacimiento y la Reforma y llega a la Revolución Francesa, la relacionaba con el desarrollo del individualismo, con la primacía del egoísmo sobre el altruismo.

Para las sociedades de solidaridad mecánica —sobre las que disponemos de más datos estadísticos— podemos proceder a la manera de Durkheim, a fin de determinar si el número de enfermedades mentales va o no en aumento a medida que el individualismo avanza: 1. en el marco del estatuto familiar; 2. en el marco de la afiliación religiosa.

1º Los primeros estudios estadísticos que se refieren a las enfermedades mentales siempre tienen en consideración el estado civil; se percibe, entonces, que ciertos grupos son más particularmente permeables a los disturbios y perturbaciones de la personalidad, que otros. Así, en 1923, para Estados Unidos de América se tienen los datos del cuadro 1.

En ocasiones, se explica el que sea mayor el número de trastornos psíquicos entre los solteros que entre los casados por el rumbo de las frustraciones sexuales de los adolescentes; según esto, el matrimonio les daría seguridad sexual a los cónyuges.¹ Nosotros pensamos que la opinión de Durkheim es mejor, y que esta estadística —tan próxima de la de los suicidios— entra en el marco de esta sociología de la patología mental que hemos esbozado más arriba, a partir de la *División du travail social*. El matrimonio —en efecto— no es sólo una reglamentación de la vida sexual; crea, ante todo, un grupo afectivo de cooperación social; al hacerlo le aporta al hombre un control de la vida psíquica que le da un equilibrio que no encuentra en la soltería. Si, por el contrario —según resulta de esta estadística— la mujer soltera es más indemne a los trastornos que la mujer casada, es porque la mujer, antes de su matrimonio, está más integrada a la familia de sus padres que el varón joven: a la mujer, el matrimonio le plantea graves problemas; debe tomar, en él, iniciativas; debe aprender nuevos papeles que ha de desempeñar; necesita dirigir su hogar, y estos problemas nuevos, a los que no está acostumbrada pueden llegar a ser, en algunas ocasiones, traumatizantes. Sin embargo, la familia continúa siendo hoy un medio protector, y es la disolución de los vínculos matrimoniales (sea por la muerte de uno de los dos cónyuges o sea por el divorcio) el que es el factor más grave de trastorno para la salud mental; más grave aún que la soltería. Y esto es tan cierto para el suicidio como lo es para las psicosis.

¹ James S. Bossard, *Social change and social problems*. New York. 2ª Ed., 1938.

Las estadísticas más recientes, de Malzberg, para los enfermos hospitalizados del estado de Nueva York, confirman los precedentes; para las primeras admisiones, de 1929 a 1931, tenemos las proporciones del cuadro 2 (calculadas para la población de más de 15 años).

Sin embargo, ahora no encontramos ya diferencia entre los dos sexos con respecto al estado de los solteros y los casados: Katherine Bement Davis veía ya en el matrimonio un instrumento de salud mental, tan válido para el sexo femenino como para el sexo masculino.² Sin embargo, Malzberg subraya, con todo, dos excepciones para las psicosis de origen sifilítico y alcohólico. Si las mujeres solteras presentan menos casos de parálisis general que los hombres es, en general, porque contraen la sífilis de sus maridos; a pesar del relajamiento de las costumbres, las hijas solteras tienen menos oportunidades de infectarse que los hombres. Asimismo, las costumbres restringen más el uso del alcohol para las muchachas jóvenes que para las mujeres casadas.³ Pero, fuera de estas dos excepciones, no hay ya diferencia significativa.

Sin embargo, es la des-agregación de la familia (ya sea por muerte de uno de los esposos, ya por deserción, separación, divorcio de los cónyuges, o ya por el triunfo del egoísmo individual), o que constituye el clima más favorable para la salud mental.

Hollingshead y Redlich, sin haber tomado mucho en consideración el factor "hogar roto" para su explicación de la enfermedad mental, nos presentan, con todo, una estadística particularmente sugerente sobre el papel de la desintegración en los vínculos del matrimonio, esta vez no ya para los esposos, sino para los hijos. Es sabido que estos dos autores han propuesto un sistema de estratificación social en cinco clases, de las que la primera constituye la clase suprema y la última la clase ínfima. Las relaciones, en cada clase, entre la familia rota, y la prevalencia de las psicosis, se establece de acuerdo con el cuadro 3.⁴

Así, 41 por ciento de los niños de menos de 17 años, afectados por trastornos psíquicos, proceden de hogares rotos, y el número de los esquizofrénicos, en particular, es 8 veces más elevado en la quinta que en las clases primeras y segunda, combinadas. Los estudios recientes sobre las neurosis y las deficiencias mentales confirman esta estadística de las psicosis. Si la correlación entre la falta de padres por muerte y la tasa de

² Katherine Bement Davis, *Factors in the sex life of 2 200 women*, New York, 1929.

³ Benjamin Malzberg, *Social and biological aspects of mental disease*, New York, 1940.

⁴ A. B. Hollingshead and F. C. Redlich, *Social class and mental illness. A community Study*, New York, 1958.

las neurosis no es significativa, por el contrario, hay influencia entre la separación de los padres por el divorcio y las neurosis infantiles. El origen familiar de los "niños deficientes" prueba la importancia que para el retardo del desarrollo intelectual o afectivo del niño, tiene el abandono de su madre —soltera— o el semi-abandono (con parientes viejos o en orfanatos) a causa de los hogares divididos.⁵

La viudez ha dado lugar a numerosas investigaciones. No retendremos de ella sino lo que nos interesa en nuestra perspectiva sociológica. En cuanto que nuestra familia es una familia nuclear, compuesta por pocas personas y en donde el marido y la esposa se encuentran ligados por hábitos comunes, y en donde cada uno desempeña un papel particular, la desaparición de uno de los cónyuges se vuelve "irreemplazable" y, al mismo tiempo, el superviviente se encuentra frente a un "vacío" afectivo imposible de llenar. Pero habría que considerar también aspectos económicos (como la disminución de recursos) para ser completos.⁶

2º Así, en la familia, es el grado de integración o desintegración lo que es signo —o factor— de la salud, o del deterioro mentales. ¿Ocurre lo mismo en la religión?

Dukheim veía en la religión una fuerza integradora, y estableció, en relación con los suicidios, que variaban éstos en razón inversa del carácter integrador de la religión: mayor número de suicidios entre los protestantes que entre los católicos; más suicidios entre los católicos que entre los judíos, como si la sumisión a una iglesia de tipo comunitario librara al individuo del horror de sus problemas; como si el suicidio fuera en aumento en el grado y medida en que se pasa de estas religiones comunitarias a religiones más individualistas. Y, ¿no podrían verificarse hechos análogos en relación con la salud mental? Dayton encontraba, que para las enfermedades mentales —exactamente como para los suicidios— era mayor el número de las personas afectadas entre los protestantes que entre los católicos, y eran más los afectados entre los católicos que entre los israelitas, en relación con los porcentos de estos grupos religiosos dentro de la población total.⁷ Volveríamos a encontrar ahí, en relación con un hecho

⁵ Acerca de estos dos puntos, véase, por ejemplo, A. Dürhsen, "Psychiatrische Aspekte zur Familiensoziologie" *Kölner zeitschrift für soziologie und sozialpsychologie*, 3, 1958.

⁶ Th. D. Eliot, "The Bereaved Family", *The annals of the american academy of political and social science*, Philadelphia, 2501, 1932. E. H. Volkart (con la colaboración de S. T. Michosel), *Bereavement and mental health*. En Leighton, Clausen and Wilson, *Explorations in social psychiatry*. New York, 1957, J. Stoetzel, *Psychologie sociale*. Paris, 1963.

⁷ Citado en H. Ducheme, Le Mappian y Y. Romajon, "Influence du milieu", *Psychiatrie*, 2, 1955. Jaspers señalaba, por el contrario, que el número de enfermos mentales aumentaba al pasar de los cristianos a los judíos, y de los judíos a las sectas

muy preciso, la oposición de las dos patologías que hemos distinguido: la de la solidaridad mecánica y la de la solidaridad orgánica. Es verdad que otros autores —como, por ejemplo, Stonequist— sostienen lo contrario y que el pueblo judío es más permeable a las enfermedades mentales que otros pueblos.⁸ Pero, hay que hacer notar que los judíos constituyen —simultáneamente— un grupo religioso y un grupo étnico; en cuanto grupo religioso, puede constituir (por las razones dadas por Durkheim) un grupo mentalmente más protegido y, en cuanto grupo étnico que ha sufrido y que sufre aún frecuentemente la discriminación y la opresión, puede, por el contrario; estar sometido, mentalmente, a tensiones peligrosas para su salud mental. Las estadísticas de Klineberg para Nueva York muestran que, en 1917, cuando la población total judía del estado llegaba a un 16 por ciento, la de sus enfermos mentales hospitalizados no llegaba sino a 11.6 por ciento; en la ciudad de Nueva York misma, los porcentos eran respectivamente de 25.8 por ciento y de 16.5 por ciento (e incluso sólo de 14.5 por ciento en 1918); los judíos, por lo contrario, presentaban, en esa misma época los más altos porcentos de psiconeuróticos, en Estados Unidos de América (25.2 por ciento frente a 17 por ciento de los estadounidenses nativos).⁹ Esta oposición de las neurosis y de las psicosis traduce bien, según creemos, esa ambivalencia entre lo religioso y lo étnico o —mejor aún— entre el grupo solidario, comunitario, que vive su cultura religiosa, y el grupo perseguido, rechazado, que trata, torpemente, de huir de su comunidad para asimilarse a los valores de la sociedad global, sin poder lograrlo, a causa de las barreras que encuentra respecto de su integración nacional.

3º *Las enfermedades mentales en las sociedades de solidaridad forzada.* Aquí es todo el problema de la psiquiatría “colonial” el que se plantea (si se toma aquí la palabra colonial en un sentido muy amplio, de dominación de un grupo mayoritario sobre uno minoritario).

Aquí parece que debe establecerse una distinción entre las sociedades “paternalistas” y las sociedades a las que se llama “racistas”. Lo que definiría a las primeras sería la existencia de dos psiquiatrías diferentes —una al lado de la otra—, o sea, la psiquiatría de los blancos (psicosis constitucionales) y la de los negros (o la de los indígenas) (Psicosis or-

no conformistas, o sea, que aumentaba en las religiones más individualistas a las religiones más comunitarias, pero, aquí, el factor religioso está ligado, en el caso de los judíos, a la acción de las discriminaciones sociales, y las sectas no conformistas atraen más las enfermedades mentales de lo que las crean (Karl Jaspers, *Psychopathologie*) lo cual hace que las estadísticas de Jaspers no vayan contra las de Dayton.

⁸ Stonequist, *O Homen marginal*. Traducción portuguesa, S. Paulo, 1948.

⁹ Klineberg, *Race differences*. New York, 1935.

gánicas y tóxico-infecciosas), que traducirían, en el plano de la salud mental, una estructura social de dos clases fuertemente jerarquizadas pero que, justamente por estar fuertemente jerarquizadas, hacen que el indígena o el descendiente de africano permanezca en su sitio, sin tratar de subir: la clase de los señores blancos, y la de los esclavos (o la de los siervos). El dualismo de las patologías refleja entonces, el dualismo de la sociedad. Así, nos encontramos, para Pernambuco, en Brasil, los datos del cuadro 4.¹⁰

La línea de color, por el contrario, al “frustrar” al negro o al indio que sube en una sociedad en donde la razas se vuelven competitivas, marcan al “colonizado” con lo que Kardiner y Oussay llama, en un libro célebre, *The mark of appression* (New York, 1951). Si en cierta medida la dicotomía antigua se continúa (importancia de las psicosis sifilíticas o alcohólicas, entre los negros) todos los autores, en general, están de acuerdo en explicar el que prevalezcan los trastornos mentales entre los descendientes de africanos por los efectos de la dominación de una raza sobre la otra; de las discriminaciones, la desorganización social debida a la migración, la huida frente al racismo. Malzberg encuentra un por ciento, en el Estado de Nueva York, en cuanto a la primera admisión en los hospitales psiquiátricos, de 151 negros por 100,000 individuos, en comparación con 74 para los blancos, y si se normalizan las edades (porque la población negra es más joven que la población blanca) de 225 por 100,000 en contra de 97 para los blancos.¹¹

4º *Enfermedades Mentales y Anomia*. La psiquiatría social estadounidense ha pedido en préstamo a Durkheim el término “anomia”, para designar la falta de reglas o de normas entre los diversos elementos constitutivos de una sociedad orgánica, a fin de asegurarse ahí la cooperación armoniosa, y ha hecho de ella un factor determinante en el aumento de los trastornos mentales en la sociedad contemporánea, en forma semejante a como Durkheim lo había hecho previamente en el caso del suicidio.

Podemos hacer que en esta nueva categoría de investigaciones entre los estudios sobre las diversas neurosis de nuestro tiempo: la neurosis de los directores (*Manager-Krankheit* de los alemanes), la psiconeurosis de rentas, entre los viejos (G. Colin), la de las huelgas (Delmas-Marsalet)

¹⁰ Universidad de Pernambuco. “As doenças mentais entre os negros de Pernambuco”. *Estudos Afro-Brasileiros*. Río, 1935. U. Pernambucano e A. di Lascio, “Estudo estatístico das doenças mentais encontrados em quatrocentos primeiros internados em casa de saúde particular”, *Neurobiologia*, 1, 1941. R. Bastide, “Les maladies mentales et le noir brésilien”, *Désordres mentaux par L' Afrique du sud du Sahara*, Bukavu, 1958.

¹¹ La bibliografía es demasiado voluminosa como para que podamos citarla aquí. Nos referiremos solamente a G. Myrdal, *An American Dilemma*, II, pp. 979 y ss.

que se manifiesta bajo la forma de un delirio obsesivo; la de los desempleados (J. Vié); sobre todo, el conjunto de investigaciones que se han hecho en los países subdesarrollados que han llegado recientemente a la independencia, en los que las antiguas reglas (las de la sociedad tradicional) han sido rotas, sin ser reemplazadas aún por nuevas normas y valores. Carothers calcula, por ejemplo, para el conjunto de África, que si se encuentran 2.3 casos de enfermedad mental por 100,000 individuos en las zonas tradicionales rurales, esta cifra se eleva a 13.3 para las zonas aculturadas y urbanizadas.¹²

Lo que es más importante (pues por otra parte, el caso de los africanos aculturados se integra en las consideraciones subsecuentes) es la desviación sin cesar creciente (sobre la que Durkheim había insistido en el suicidio) para definir el reverso psicológico de la anomia, entre las necesidades del individuo y los medios de satisfacerlas. Suscitados por los macrodifusores, han aparecido nuevos deseos; aspiraciones antes desconocidas: los individuos ya no quieren vivir solamente, sino que quieren vivir más justamente y mejor; pero, llega el momento en que se produce una ruptura entre estas aspiraciones y deseos y la posibilidad de realizarlos; el sueño ya siempre más lejos que la realidad, limitado por la tasa de salario, el número de horas extras, el segundo oficio en las horas de licencia (*loisir*). Es éste el fenómeno que Durkheim llamaba de la "deme-sura" y que Kluckhohn denuncia, en el dominio de la psiquiatría: "el género de vida estadounidense ha provocado una sobreexcitación continua, que ha arrojado a muchos de nosotros a un estado perpetuo de indecisión neurótica".¹³ Read Bain, por su parte, ha denunciado, en esta contradicción entre la acumulación de los deseos (manejados por la propaganda comercial) y la imposibilidad que la masa tiene para satisfacerlos, la fuente de toda una serie de hechos patológicos, que van del masoquismo y de la paranoia a los fenómenos de regresión psíquica y a los mecanismos de huida hacia lo imaginario.¹⁴

Es cierto que, el número de "predispuestos" debe de seguir siendo más o menos constante a través del tiempo; pero, en tanto que la sociedad anterior los protegía contra la eclosión de los trastornos y, más particularmente, de los trastornos graves, por la imposición de sus "normas", la anomia actual precipita al que se salvaba previamente logrando man-

¹² Carother, *Psychologie normale et pathologie de l'Africain*, O. M. S. Geneve, 1954.

¹³ Kluckhohn and Murray, *Personality in nature, society and culture*, New York, 1948.

¹⁴ Read Bain, "Our schizoid culture". *Sociology and social research*. 19. 1935.

tener en ellos un equilibrio mental —así fuese precario— en los abismos de la enfermedad.

H. Duchene anota que, entre 1900 y 1942, en tanto que el número de las psicosis orgánicas seguía siendo más o menos constante en Francia, el de las psicosis reaccionales no hacía sino aumentar, pues era como si los individuos estuviesen obligados a expresar cada vez más por la enfermedad mental, su reacción de sufrimiento, de frustración o de defensa, frente a situaciones sociales que, a falta de “reglamentación”, ya no presentan para ellos otras salidas.¹⁵

Sin embargo, una nueva sociedad se anuncia ya: una sociedad que Durkheim no conoció: la sociedad “planificada” que, justamente busca sustituir a la sociedad “anónima”. G. Gurvitch ha intentado una tipología, al distinguir la sociedad capitalista dirigista, la sociedad fascista, la sociedad planificada de acuerdo con los principios del estatismo colectivista y la sociedad planificada de acuerdo con los principios del colectivismo pluralista.¹⁶ Es probable que cada uno de estos tipos enmarque formas particulares de trastorno, aunque sea demasiado pronto para afirmarlo.

Acabamos de trazar, rápidamente, el plan de lo que sería una sociología de las enfermedades mentales en una perspectiva durkheimiana, o sea, considerando los diversos medios sociales en función de los que varían estas enfermedades: una integración excesiva conduce a ellas tanto como una integración insuficiente; una coerción imposible de soportar tanto como una ausencia total de coerción. Pero, dicho esto, debemos hacer un cierto número de anotaciones, para explicar el sentido exacto de qué es lo que sería esta “patología” durkheimiana.

Y, en primer término, debemos notar que Durkheim no hace de la enfermedad “un hecho social”, sino un hecho individual. Esto es muy claro cuando, al principiar su libro sobre *Le suicide*, se rehusa a explicarlo por una disposición órgano-psíquica; a ligarlo a la neurosis o a las psicosis; es cierto, dice él, que la “degeneración bajo sus diferentes formas, constituye un terreno eminentemente propio para la acción de causas que pueden determinar al hombre para que se mate; pero no es, por sí misma, una de estas causas. Pensamos, al contrario, que la locura es, también, un “hecho social”; pero en un sentido diferente del que le da Durkheim: menos etiológico que estructural.¹⁷ Sería demasiado largo ex-

¹⁵ En el número especial de *Esprit*, “Misère de la Psychiatrie”, xx, 12, 1952.

¹⁶ G. Gurvitch, *Traité de sociologie*. Paris, 2ª Ed., 1962.

¹⁷ R. Bastide, *Sociologie des maladies mentales*, próxima a aparecer, editada por Flammarion.

plicar aquí nuestro punto de vista etiológico, y es que la locura supone simultáneamente un terreno (que, en efecto, es individual) y un excitante exterior de los trastornos (que es social). O, como se dice en ocasiones: para que haya combustión, se necesita un combustible y se necesita —también— un comburente: oxígeno. La sociología causal de las enfermedades mentales corresponde sólo al sitio del oxígeno en el fenómeno de la combustión. Es por esto por lo que, aún cuando sigamos muy de cerca la tipología de Durkheim, hemos hablado de “marcos”, más que de “causas”.

Encontramos, sin embargo, en el otro libro de Durkheim, del que nos hemos servido, *La division du travail social*, otra idea que nos parece más importante aún para nuestro tema, y es la de que existe una “correspondencia” entre las formas patológicas y las formas normales de la solidaridad; es a partir de ahí como puede construirse el estructuralismo: las enfermedades mentales expresan lo que la sociedad puede presentar de patológico, en cada uno de sus momentos o para cada uno de sus tipos: integración demasiado rígida, exceso de individualismo, solidaridad forzada, ausencia de reglas que puedan frenar las pasiones individuales. El “estructuralismo” que se esboza, con todo, así, en la obra de Durkheim presentaría otra ventaja con relación a una concepción etiológica. En efecto, a cada tipo de solidaridad le correspondería un tipo de suicidio, un tipo de criminalidad, un tipo de demencia. Pero no son los mismos individuos los que se matan, los que son criminales o los que enloquecen. Todo ocurre como si el suicidio, la criminalidad, la enfermedad mental constituyeran tres respuestas, alternativas, a una misma situación social: la *elección* entre estas respuestas depende del individuo, de su constitución, de su educación familiar, etcétera. La sociología de las enfermedades mentales es un capítulo de la Sociopatología que engloba el problema de las alternativas o de las convergencias.

La segunda anotación que debemos hacer, es la de que disponemos de otro modelo teórico, el modelo ecológico: ¿cuáles son las relaciones entre los dos modelos en el dominio de las enfermedades mentales? ¿Pueden coordinarse; son complementarias o, por el contrario, son opuestas? La obra de R.E.L. Faris y H. Warren Dunham¹⁸ ha sido criticada; pero la crítica más pertinente se refiere a la generalización a todos los tipos de ciudad, de una distribución de las enfermedades mentales por áreas concéntricas: nadie afirma, sin embargo, el que las enfermedades no se distribuyan de una manera regular de acuerdo con las áreas ecoló-

¹⁸ *Mental disorders in urban areas*. Chicago, 1939.

gicas. El modelo de Faris y Dunham tiene, por tanto, un valor teórico muy cierto. No nos parece que esté en contradicción con el modelo durkheimiano que acabamos de exponer. En efecto, la ecología puede ser una introducción a la sociología, pero no es la sociología; mira al hombre en cuanto animal o ser natural y no en cuanto ser de cultura. Los dos modelos no se sitúan sobre el mismo terreno; no pueden —por tanto— contradecirse; se les puede admitir simultáneamente. Sobre todo, el modelo ecológico es un modelo espacial, y la distribución de las enfermedades mentales en el espacio se puede captar en un momento del tiempo; no deja de ser menos cierto que, a consecuencia del fenómeno de las “invasiones” de un área por otra población, esta distribución puede adquirir otro aspecto, en otro momento. El modelo durkheimiano introduce la dimensión temporal que abandona el modelo ecológico: la sociedad pasa de la solidaridad mecánica a la solidaridad orgánica; pero, en este paso, puede dar nacimiento a la solidaridad forzada y a la anomia. Podemos concluir, por tanto, que hay entre las dos perspectivas complementariedad y no oposición, pues el primer modelo es espacial y el segundo temporal. Al unirlos, captamos el conjunto de las “regularidades” que permiten poner orden en el caos aparente de los fenómenos patológicos.

Dicho esto, hemos de volver, para insistir en ello, sobre las relaciones entre lo psico-fisiológico de los psiquiatras y lo sociológico, en la explicación de las enfermedades mentales. Le hemos consagrado un párrafo; pero, quisiéramos mostrar —sirviéndonos todavía de Durkheim— cómo a la complementariedad ecología-sociología se le podría agregar otra complementariedad: psiquiatría-social —sociología-psiquiátrica. Debemos volver aquí al *Suicide* de Durkheim, que no siempre ha sido bien comprendido, para señalar la originalidad profunda del mismo y disipar algunos equívocos. Los adversarios de Durkheim, en efecto, hacen notar, para definir sus tesis sobre el carácter individual del suicidio, que, a pesar de todos sus esfuerzos, el jefe de la sociología francesa no pudo permanecer dentro de lo sociológico puro; que tuvo que apelar a datos psicológicos. Esto es perfectamente exacto; el error consiste en decir “a pesar de todos sus esfuerzos”, porque el paso, o mejor, la inserción de lo psicológico en lo social es voluntaria en Durkheim; debemos aclarar, por tanto, la verdadera significación de esto. Veremos, después, si esta coordinación de lo psíquico a lo social —tal como nos la sugiere Durkheim— puede no servirnos justamente para el caso de las enfermedades mentales y si nos proporciona una sociología de las enfermedades mentales que no contradice la psiquiatría social.

La división du Travail social nos da una definición objetiva de los cuatro

tipos de solidaridad, a los que se llega a través de un símbolo exterior y superior a los individuos: el derecho. *Le suicide* es un estudio de un conjunto, o de una suma de casos individuales. Se necesita encontrar, entonces, entre lo social y lo individual, un tercer término, que permita el paso de lo uno a lo otro, y que será ciertamente lo social, pero lo social interiorizado. Es esto lo que hace que muchas de las páginas del *Suicide* puedan tener un sonido psicológico. Presentan, en efecto las mismas cuatro formas fundamentales (más exactamente tres, pues Durkheim dejó de lado el suicidio colonial, por falta de datos estadísticos, en esa época) de solidaridad, pero ahora desde su cara interna y no ya desde la externa. Porque, para que los tipos sociales puedan actuar sobre el comportamiento de los individuos, se necesita que las fuerzas sociales se interioricen, y, de este modo, se psicologicen, si es que se nos permite esta expresión. Por eso es por lo que a la definición sociológica de la *División*, de la solidaridad mecánica, corresponde, en *Le suicide* una definición del altruismo, y a la definición de la solidaridad orgánica, le corresponde una definición de egoísmo; que, finalmente, a la definición de la anomia le corresponde una definición de la demesura (los individuos en un periodo de crisis no pueden abatir en seguida sus exigencias y en los periodos de prosperidad viven en una excitación acrecentada de sus deseos).

Para las enfermedades mentales, se necesita proceder de una manera análoga. Hay que encontrar en el hecho objetivo (las formas de solidaridad) y los casos individuales que interesan al psiquiatra, un tercer término: la solidaridad interiorizada. Eso no nos parece difícil. Nos contentaremos con un ejemplo, que tomaremos en préstamo a la solidaridad mecánica. El doctor Hesnard escribe: "muchas psicosis aparecen no cuando hay ruptura de los vínculos familiares o tribales internos, sino, por el contrario, ahí donde la rigidez anormal de esos vínculos presociales le impiden al individuo liberarse de la ley de su vínculo familiar o de su grupo restringido que sigue siendo extraño a la colectividad social". La noción de "rigidez" podría, por tanto, desempeñar, para la enfermedad mental, el mismo papel que desempeña "el altruismo" (tal como lo entiende Durkheim) para el suicidio. Los estudios realizados en Francia por Tosquelles y presentados al Congreso Internacional de Criminología de París, 1950, o los de Pierre Scherrer en el Coloquio Psico-sociológico agrícola de Tours, 1959, aclaran bien, en el caso de las aldeas aisladas, esta rigidez patológica, que se trasmite en el grupo cerrado, a partir de la demencia senil de un abuelo o de una abuela hasta la esquizofrenia del hijo de la mayor, a través de la paranoia del padre, de la ansiedad de la madre, del infantilismo del menor, y de la delincuencia sexual de la hija. La inte-

gración de la familia se marca, en esta especie de cadena infernal que va del patriarca (autoritario, pero que teme la revuelta del hijo que debe sucederle) hasta los hijos y los nietos, en sus deseos de evasión, expresados sea por el repliegue sobre sí (esquizofrenia), sea por la delincuencia sexual (o de otro tipo). El doctor Paul nos presenta, en relación con Guatemala, un fenómeno análogo: el de una muchacha que no puede encontrar en un medio restringido un "papel" que le permita salir de la enfermedad mental, porque la sociedad *folk* impone a la mujer un solo papel: del de esposa pasiva y madre, y todo su temperamento se rehusa a plegarse a ese papel.¹⁹ Aquí aún, el exceso de integración conduce a la locura, a través de la rigidez de los comportamientos impuestos. Se podría encontrar, finalmente, en las sectas religiosas cerradas, y que se endurecen en sus odios del mundo exterior (considerado como "el mundo del pecado") una documentación interesante que marcha en el mismo sentido.

Queda un último punto por examinar. La teoría de Durkheim, ¿no es demasiado general (y deja escapar por consecuencia toda la riqueza de factores sociales que actúan sobre los individuos)? O, lo que es lo mismo, ¿no es demasiado restringida (explicación a través de un factor único: el morfológico, en tanto que la psiquiatría social pone a la luz el papel de múltiples variables)? Hay una tendencia actual, en psiquiatría social, a luchar en contra del "factor preponderante", y a multiplicar las variables en la investigación estadística. Sanua, por ejemplo, en sus crónicas bibliográficas sobre el tema, les reprocha a los autores el que no nos impongan una adhesión por no considerar sino una sola variable (como el grupo étnico o la pertenencia religiosa) poniéndola en correlación con, digamos: las relaciones paterno-filiales, en tanto que habría que poner asimismo en juego las variables: clase social, grado de instrucción, situación económica, etcétera. Personalmente, aunque reconozco la pertinencia de estas observaciones, no pienso que vayan en contra de una sociología de las enfermedades mentales que se sirviera del marco durkheimiano. Distinguimos, en efecto, la psiquiatría social, que estudia casos o agrupaciones de casos, de la sociología de las enfermedades mentales, que estudia conjuntos muy amplios; distinguimos también una micro-sociología, que sería la de los grupos y subgrupos (étnicos, religiosos, económicos, profesionales), de una sociología de las "sociedades globales"; Durkheim nos introduce en esta última.

Es evidente que cuando se pasa de la sociedad global a los agrupamientos

¹⁹ B. D. Paul, "Mental Disorder and Self-regulating processes in culture, a Guatemalan Illustration" en *Interrelations between the social environment and psychiatric disorders*, Milbank Memorial Fund, New York, 1953.

particulares y a los sub-grupos, las cosas se compliquen y nuevos factores etiológicos se agreguen, en cada ocasión, al factor dominante: el de la sociedad global, para ir hasta el límite: justamente hasta el caso individual. Pero, estos factores nuevos siguen siendo factores secundarios, simples aditivos que complican sin destruir.

También es evidente (como ha mostrado bien G. Gurvitch, que la sociedad global actúa sobre los agrupamientos que enmarca y les impone sus leyes. Una clase social, por ejemplo, toma aspectos muy diferentes en Latinoamérica, en la América anglosajona, en Europa. Lo cual hace que sean las formas de solidaridad de Durkheim las que constituyan el fenómeno fundamental. La acción de los agrupamientos particulares jamás puede sino explicitar la acción, más esencial, de la sociedad global: las relaciones paterno-filiales, por ejemplo, varían de acuerdo con las clases; pero, la división de la sociedad en clases estratificadas depende de la solidaridad orgánica, así como las relaciones entre estas clases del estado de anomia o de la planificación. Un antropólogo francés, Cl. Levi-Strauss, al dar cuenta de la obra de Mauss, señala: "el dominio de lo patológico no se confunde jamás con el dominio de lo individual, puesto que los diferentes tipos de disturbio se colocan en categorías, y las formas predominantes no son las mismas de acuerdo con las sociedades" (por nuestra parte, diríamos, que de acuerdo con los tipos de solidaridad social) y, además, que "la posición periférica (de las enfermedades mentales) en relación con un sistema local no impide que con iguales títulos, sean parte integrante del sistema social. Más exactamente, si no fueran esos dóciles testimonios, el sistema total correría el riesgo de desintegrarse en esos sistemas locales. Puede decirse que para cada sociedad (traduzcamos, sistema de solidaridad) la relación entre las conductas normales y las conductas especiales es complementaria". Estos dos textos, que nos servirán de conclusión, expresan —en otra forma, más estructural que etiológica— el pensamiento profundo de Durkheim respecto de lo que la psiquiatría podría sacar de la obra del gran fundador, y que es lo que proponemos hoy a los psiquiatras y sociólogos interesados.

Cuadro 1

| | Hombres | Mujeres |
|-------------|------------------------|---------|
| | por 100,000 habitantes | |
| Casados | 170.9 | 255.9 |
| Solteros | 292.7 | 189.3 |
| Viudos | 428.2 | 423.0 |
| Divorciados | 1112.5 | 1120.3 |

Cuadro 2

| | | |
|-------------|-----------------|-------------------|
| Solteros | 10,473 personas | 111.3 por 100,000 |
| Casados | 12,817 " | 77.7 |
| Viudos | 4,387 " | 203.1 |
| Divorciados | 443 " | 280.1 |

Cuadro 3

| Clases | Relación de los viudos respecto al número de divorciados o separados | Por ciento de familias rotas | Prevalencia de la esquizofrenia | Prevalencia de las psicosis |
|--------|----------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| I | 27 es a 1 | 3.4% | 111 | 188 |
| II | 9 es a 1 | 5 | | |
| III | 6 es a 1 | 10 | 168 | 291 |
| IV | 2 es a 1 | 18 | 300 | 518 |
| V | 0.7 es a 1 | 41 | 895 | 1505 |

Cuadro 4

| | | | |
|--------------------------------|-------|----------|--------------------|
| Psicopatías constitucionales | | | |
| Clínica privada (blancos) | 27.4% | Hospital | 26.6% Negros 5.78% |
| Psicopatías orgánicas | 20.2% | | 37.7% 27.40% |
| Psicopatías tóxico-infecciosas | 11.5% | | 14.1% 24.62% |