

# El campo de la salud mental: reformas paradigmáticas, medicalización y comunidad

Armando Ortiz Tepale\* • Elizabeth de Guadalupe Rojas Elena\*\* •  
María de Lourdes Patricia Femat González\*\*\*

## RESUMEN

En este trabajo presentamos una revisión crítica sobre la forma en la que el Estado, la sociedad y las instituciones han dado respuesta al tratamiento de los trastornos mentales en el campo de la salud mental. Nuestro propósito es discutir las condiciones histórico sociales en las que se ha intervenido estos trastornos y las implicaciones políticas, éticas y profesionales en las formas de tratar al paciente psiquiátrico, es decir, mediante una implacable medicalización. En el siglo XX, las reformas psiquiátricas trataron de superar las prácticas manicomiales y hospitalarias mediante la reinserción social del paciente psiquiátrico y con base en enfoques comunitarios. Sin embargo, el hospital psiquiátrico ha sido el eje de atención predominante y, por ende, la atención a los trastornos mentales es eminentemente de carácter farmacológico, lo cual dificulta la posibilidad de superar la medicalización de los pacientes psiquiátricos.

**PALABRAS CLAVE:** reformas psiquiátricas, trastornos mentales, intervención comunitaria, políticas de salud mental.

## The field of mental health: paradigmatic reforms, medicalization and community

## ABSTRACT

This work presents a critical review on the mode that state, society, and institutions have cope with the treatment of mental disorders in the field of mental health. Our aim is to discuss the socio-historical conditions of treatment and the political, ethical, and professional implications. In XX century, psychiatric reforms attempted to overcome asylum and hospital practices through social reintegration of psychiatric patients, based on community approach. However, psychiatric hospital has been the predominant axis of mental health services, thus, the assistance in this field is eminently pharmacological, which hinder overcoming medicalization of psychiatric patients' life.

**KEYWORDS:** psychiatric reforms, mental disorders, community service, mental health policies.

\* Profesor-investigador Asociado C de Tiempo Completo del Departamento de Educación y Comunicación de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.

\*\* Profesora-investigadora Asociado D de Tiempo Completo del Departamento de Educación y Comunicación de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.

\*\*\* Profesora-investigadora Titular C de Tiempo Completo del Departamento de Educación y Comunicación de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco.

**Fecha de recepción:** 20 de diciembre de 2019.

**Fecha de aceptación:** 18 de febrero de 2020.

## Introducción

En la segunda mitad del siglo XX, las reformas psiquiátricas promovieron superar las prácticas manicomiales y asilares como modelos de atención a la psicosis y, con base en esto, crear sistemas sectoriales, intersectoriales o universales de salud mental, mediante el diseño y puesta en marcha de políticas de salud en países desarrollados tales como Italia, Francia, España, Gran Bretaña, Estados Unidos y Canadá. En la actualidad, en varios países el hospital psiquiátrico es el eje de atención de los servicios de salud mental, donde predomina la perspectiva biomédica, las prácticas clínico-hospitalarias, la intervención en crisis y la evitación de estancias prolongadas. De acuerdo a la perspectiva de los organismos internacionales, el problema de superar el manicomio y el hospital psiquiátrico radica en la dificultad de integrar los servicios de salud mental en los tres niveles de atención en salud y en el establecimiento de servicios comunitarios. En la mayoría de los países, las políticas en salud mental son poco favorables para mejorar las condiciones médicas, sociales, políticas, civiles y humanas de los pacientes psiquiátricos. En México, las políticas y los servicios de salud mental favorecen la medicalización de la vida del paciente psiquiátrico, su abandono y estancia de por vida en instituciones asilares.

## Reformas psiquiátricas paradigmáticas

Las reformas psiquiátricas en Europa, Estados Unidos y Canadá surgieron después de la Segunda Guerra Mundial. El descubrimiento de los neurólépticos, la introducción del psicoanálisis y las ciencias sociales en el hospital psiquiátrico, las características del sistema sanitario y las alternativas al manicomio diferenciaron los movimientos en cada país; lo común era superar el manicomio y establecer la zonificación, la continuidad

de cuidados y la integración de los tres niveles de atención en salud. En América Latina y el Caribe, las reformas y reestructuraciones de los servicios de salud mental se han realizado a partir de la década de 1990. La revisión de estas reformas y reestructuraciones permite comprender el sentido político y terapéutico de los servicios de atención en salud mental.

Después de la Segunda Guerra Mundial, en el ámbito social francés hubo una conciencia de transformar el manicomio porque en el conflicto bélico habían muerto alrededor del 40% de los pacientes psiquiátricos internados. A partir de los debates y discusiones suscitados en las Jornadas Nacionales de Psiquiatría de 1945 y 1947 en Francia, los especialistas propusieron estructurar los servicios públicos de ayuda y de cura disponibles con el fin de brindar una atención universal y de calidad, lo cual dio origen a la política de sector, esto es, la delimitación de áreas de atención, la continuidad de cuidados y la integración de los tres niveles de atención en salud (Desviat, 1994). Uno de los puntos cruciales y de defensa del sector fue la unidad e indivisibilidad de los procedimientos de prevención, profilaxis, cura y post-cura. Aunque se estableció la necesidad de abolir el internado, en la práctica se asumió la definición de procedimientos de tratamiento institucional, de ahí que se planificara la creación de nuevos departamentos y dispensarios articulados con los equipos hospitalarios. Y, además, se asumió la política de territorialización de la asistencia que posibilitara un mejor conocimiento de los programas y acercar las prestaciones a la población.

En Francia, la Comisión de las Enfermedades Mentales, creada por la Dirección de Salud Mental, retomó en la circular del 15 de marzo de 1960 la idea de la transformación de los asilos en hospitales, considerando la hospitalización como una

etapa del tratamiento psiquiátrico, el cual debe continuarse en los centros de prevención y cura; de esta forma, se avizoró intervenir en el entorno social del paciente, liberarlo de las sujeciones de su enfermedad y dejarlo al máximo de su autonomía (Desviat, 1994). Un principio esclarecedor de la reforma francesa fue la exploración de todas las posibilidades terapéuticas de la comunidad antes de crear establecimientos especializados (Hochmann, 1971).

Este principio orientó la política pública en salud mental sobre el uso de los recursos existentes en el contexto social, pretendió desarticular el hospital psiquiátrico como eje de atención y propició la asistencia descentralizada en zonas focalizadas en torno a una multiplicidad de servicios comunitarios.

Los tres principios fundamentales de la política de sector francés son: 1) la sectorización o zonificación, es decir, la delimitación de áreas de 50 a 100 000 habitantes; 2) la continuidad terapéutica, esto es, el mismo equipo en el conjunto de cada sector asegura el tratamiento, la toma a cargo del paciente en los diferentes servicios y etapas de tratamiento y 3) el eje de asistencia desplazado del hospital a los servicios extrahospitalarios, o sea, el paciente debe ser atendido, en lo posible, en su propia comunidad para evitar el efecto cronificante de la institucionalización (Desviat, 1994).

En el caso del Reino Unido, en 1943 los enfermos mentales fueron organizados en el hospital de Northfield por Wilfred Ruprecht Bion y John Rickman (Desviat, 1994). Los hospitales cuidaban tanto a la población civil como a los excombatientes con trastornos derivados de su experiencia en la guerra. En este periodo, además de los problemas provocados por el conflicto bélico, se evi-

denciaron las crisis sociales del país: indigencia, enfermedad, miseria y desempleo. Debido a la escasez de recursos materiales y humanos durante el periodo de guerra, la comunidad terapéutica, fundamentada en una perspectiva por superar las instituciones totales y parciales, ofreció una forma de organizar los recursos existentes para atender a la población. La psicoterapia institucional y la comunidad terapéutica, como modalidades de atención psiquiátrica, buscaron recuperar la experiencia del paciente suscitada por la enfermedad mental y por la intervención médica recibida (Desviat, 1994). La reforma psiquiátrica del Reino Unido respondió a un ejercicio de actuación de los involucrados junto al fortalecimiento de las políticas y servicios de salud y la prueba está en la Promulgación de la Ley de Creación del Servicio Nacional de Salud en 1948.

En 1954, en el Reino Unido se organizó una comisión para estudiar la legislación referente a la enfermedad y retraso mental, cuyas recomendaciones fueron brindar cuidado apropiado a la gente con trastornos mentales y en 1959 se estableció que los enfermos mentales deben ser tratados como el resto de los pacientes. De ahí que el Ministerio de Salud de este país fomentara la creación de unidades psiquiátricas en los hospitales generales y en los hospitales de día, lo cual ocasionó la disminución de los ingresos psiquiátricos. La importancia de las políticas y servicios de salud británicas radican en la planificación regionalizada y en la oferta de servicios completos, lo cual, a su vez, impide el riesgo de centralización de la administración en salud. Debido a que los servicios de salud en general y los servicios comunitarios locales dependían de los hospitales psiquiátricos, su cierre fue descartado. De hecho, las políticas de salud orientaron el fortalecimiento tanto de los servicios locales en hospitales gene-

rales y hospitales de día como de los programas de atención parcial y de los servicios residenciales locales.

En el caso de Italia, a finales de 1961 Franco Basaglia llegó al Hospital Psiquiátrico de Gorizia y tomó el cargo de director después de trece años de práctica psiquiátrica en una clínica universitaria (Desviat, 1994). Junto con un equipo de psiquiatras, primero, transformó el hospital en una comunidad terapéutica y, luego, propuso devolver a la sociedad al enfermo mental, desmontando el manicomio. En 1962, la fórmula de gobierno centro-derecha dio paso a gobiernos centro-izquierda, los cuales ensayaron reformas sociales en los ámbitos de la administración centralizada, escolares y sanitarios. El movimiento antiinstitucional se conformó en el campo de una coyuntura política y gubernamental que posibilitó el reclamo y la acción social.

Para Basaglia, la comunidad terapéutica era una etapa provisional que debía ser negada y la acción política ser llevada a cabo al exterior para interpelear los mecanismos de exclusión al enfermo mental (Desviat, 2007; Basaglia, [1968] 1972). La acción política fue posible gracias al sostén de las organizaciones de base, tales como los sindicatos y las organizaciones estudiantiles. El objetivo era negar y desmontar el manicomio, su ideología y sus prácticas. El movimiento antiinstitucional reconocía la enfermedad mental y la psiquiatría, pero se oponía y rechazaba el mandato de la sociedad y de las clases dominantes de que los psiquiatras aislaran y anulaban socialmente a los enfermos mentales.

Los efectos de este movimiento presentaron una paradoja: la destrucción del manicomio y de la psiquiatría celadora implicó construir servicios

alternativos con el fin de establecer nuevas formas de sociabilidad y de subjetividad para quienes necesitan atención psiquiátrica, en contraste, la ley 180 del Estado italiano significó el fin de la psiquiatría alternativa debido a que el conjunto de objetivos y de las prácticas que proponía se convirtieron en una prescripción jurídica de Estado. En Italia, el Partido Radical propuso un referéndum para la revocación de la legislación psiquiátrica italiana vigente desde 1904 (Desviat, 1994).

La Ley 180 fue aprobada en mayo de 1978 y asumió normativamente lo que constituye la condición de posibilidad de desinstitucionalización, el cierre del manicomio y la creación de los servicios psiquiátricos alternativos en la comunidad; estableció la prohibición de nuevos ingresos en hospitales psiquiátricos a partir de mayo de 1978 y de ningún tipo a partir de diciembre de 1981; promovió la creación de servicios psiquiátricos comunitarios por áreas geográficas; suprimió el estatuto de peligrosidad social del enfermo mental e incluyó la protección de sus derechos civiles.

Por último, la reforma psiquiátrica en España se conformó después de la dictadura, en un contexto de transición política hacia la reconstrucción democrática de la sociedad (Desviat, 1994). El modelo español abogó por una atención comunitaria alternativa al hospital psiquiátrico y la creación de estructuras intermedias, de rehabilitación y reinserción social y de programas conjuntos con servicios sociales. El marco político y la herencia del falangismo social establecieron las principales condiciones de una atención comunitaria caracterizada por la universalidad, la zonificación y la instauración de un sistema de atención primaria. De hecho, un primer antecedente de la reforma psiquiátrica española sucedió en la Segunda República (1931-1939), en particular, en

un proyecto de reforma orientado a transformar la legislación referente al internamiento de los enfermos mentales con base en la superación de las prácticas manicomiales. La Liga de Higiene Mental organizó misiones en pueblos y ciudades para sensibilizar a los poderes gubernamentales sobre los problemas de salud mental, utilizando espacios públicos como universidades, escuelas y casas del pueblo. Una generación de psiquiatras, involucrados en proyectos de renovación política, cultural y científica, elaboró una psiquiatría donde convergieron búsquedas de respuestas formativas, legislativas y asistenciales. Los intentos de reforma fueron obturados por la victoria franquista en la guerra civil en 1939.

Hasta 1971, en un ambiente politizado contra la dictadura, los psiquiatras residentes y los de los manicomios plantearon de nueva cuenta la necesidad de una reforma. No obstante, fue hasta la década de 1980 cuando comenzaron las reformas psiquiátricas en diputaciones y comunidades con gobiernos de izquierda. En 1977, los servicios asistenciales de salud mental se acotaban a los hospitales psiquiátricos, a las consultas de neuropsiquiatría, a un conjunto heterogéneo de centros de salud mental municipales y de la red benéfica estatal y a pocas camas en hospitales generales universitarios.

Las reformas psiquiátricas acontecidas en Francia, Reino Unido, Italia y España son ejemplos paradigmáticos de la transformación de los servicios de salud mental a partir de las políticas públicas y suponen brindar un trato distinto al enfermo mental alejado de las prácticas manicomiales. La materialización de estas reformas ocurrió debido a la convergencia de interés intelectual, político, económico y social. Sin embargo, cada reforma tuvo un desarrollo desigual debido a la ausencia o

insuficiencia de recursos sociales, psiquiátricos y comunitarios alternativos al manicomio o al hospital psiquiátrico.

### **El sistema de salud mental de Estados Unidos y Canadá**

Por otra parte, el sistema de salud de Estados Unidos se ha caracterizado por la atención centrada en la capacidad adquisitiva del individuo y la falta de una política universal de salud. El ciudadano puede tener servicio médico gratuito si tiene más de 65 años o si el Estado lo reconoce como indigente. De hecho, el esquema de este país se caracteriza por el abandono de toda responsabilidad pública en salud. La atención sanitaria americana ha estado dominada por lo seguros, los cuales pagan a hospitales privados los servicios solicitados por sus clientes (Desviat, 1994). A principios de 2010, en este país se aprobó la reforma del sistema de salud, mediante la cual se busca expandir los servicios médicos a la sociedad como paso para una cobertura universal, controlar los costos crecientes del sistema de salud y mejorar el sistema de prestación de salud (Ganduglia, 2010).

En la historia americana temprana, las prácticas y discursos sobre el loco y la sinrazón eran muy similares a las de Europa. En la época colonial, los locos eran identificados con los criminales y los pobres; algunos eran depositados en zonas alejadas; en otros casos, eran encarcelados o se les enviaba a alberges o casas de caridad y aún otros más vagaban por el campo. La creación de asilos o manicomios se extendió por Estados Unidos mediante instituciones privadas. En 1869, la atención psiquiátrica se institucionalizó con la inauguración del Williard Asylum en Nueva York (Desviat, 1994). En 1909, se creó el Comité Nacional para la Higiene Mental, lo que después se

convirtió en la Asociación Nacional para la Salud Mental, un movimiento opositor a las formas custodiales de atención y defensor de un tratamiento en la comunidad. Salvo la creación en 1930 de una División de Higiene Mental en el Departamento de Salud Pública, hubo pocos cambios hasta después de la Segunda Guerra Mundial.

El 5 de febrero de 1963, el presidente John F. Kennedy propuso un programa nacional de salud mental para resaltar la importancia del cuidado al enfermo mental (Desviat, 1994). El tema central fue la asistencia comunitaria, materializada en el programa *Community Mental Health Centers Act of 1963*, mediante el cual se promovía la creación nacional de servicios para la prevención y diagnóstico de la enfermedad mental, la asistencia y el tratamiento de los enfermos mentales y su rehabilitación. Los principios orientadores del trabajo de los Centros de Salud Mental Comunitarios fueron la accesibilidad, información adecuada a la población de referencia sobre la existencia de los programas, gratuidad, disponibilidad, énfasis en la prevención de la enfermedad, búsqueda de las necesidades de toda la población y delegación de responsabilidades a la administración frente al enfermo y su familia. Sin embargo, el funcionamiento de estos centros era inviable debido a la carencia de un sistema nacional de salud y cobertura universal.

Las nociones de prevención, riesgo y población en riesgo y teoría de la crisis son los elementos conceptuales de la psiquiatría preventiva y comunitaria en Estados Unidos, es decir, un modelo construido a partir de categorías epidemiológicas y de salud pública (Caplan, [1964] 1980). La psiquiatría preventiva se refiere al cuerpo de conocimientos profesionales, tanto teóricos como prácticos, que pueden ser utilizados para planear

y llevar a cabo programas para reducir la frecuencia, la duración y el deterioro de las enfermedades mentales en una comunidad. Se ensayó un modelo de atención en salud mental que trascendiera la asistencia centrada en el sujeto enfermo, para proyectarse en la comunidad tratando de producir cambios positivos en asilos, escuelas, centros laborales y la sociedad. El objetivo era modificar los factores predisponentes a la enfermedad y posibilitar el bienestar o la información necesaria para lograrlo por medio de programas generales de promoción de la salud y la selección de grupos de riesgo. De hecho, la perspectiva de este modelo se sustentó en la noción de aportes básicos que consta del bienestar físico y de los aportes psicosociales y socioculturales.

A diferencia de los centros comunitarios, en 1967 se crearon los centros de intervención en crisis, los cuales son lugares alternativos a la hospitalización tradicional y situados en el hospital general, en los centros de salud mental comunitarios, en las estructuras preventivas o como intervenciones en poblaciones consideradas de riesgo (Desviat, 1994). El modelo de estos centros consiste en la identificación de grupos y sectores de la población en situaciones de riesgo, la evaluación de la persona, del contexto situacional y de los factores precipitantes, la planificación de la actividad terapéutica rápida en crisis, la intervención para ayudar a la persona a un conocimiento intelectual del significado durante y después de la crisis. La crítica a los centros de intervención en crisis radica en la sobreutilización de sus servicios, lo cual provoca una dependencia total del paciente ambulatorio hacia los servicios de atención psiquiátrica. Al carecer de un sistema universal de salud mental, los esfuerzos se ven copados por intervenciones rápidas y llegan a modificar o adecuar las aportaciones del psicoanálisis, terapias

sistémicas, conductistas y psicofarmacológicas. Lo que caracteriza al modelo norteamericano es un enfoque pragmático y una visión a corto plazo en la atención a la salud mental.

Por otra parte, en la década de 1960 Canadá experimentó cambios en su vida política y económica, la salud y la educación (Desviat, 1992). En 1962 el gobierno canadiense creó una comisión de investigación para evaluar el estado de los hospitales psiquiátricos, la cual emitió dos recomendaciones principales: prohibir la construcción de nuevos hospitales psiquiátricos y considerar la enfermedad mental como cualquier otra. De hecho, después de la Segunda Guerra Mundial, Québec había puesto en marcha un plan estatal de actuación social para enfrentar las desigualdades existentes en la sociedad, el cual comprendió la adopción de un régimen nacional y universal de cobertura ante la enfermedad.

El modelo sanitario de Québec se caracteriza por un sistema de salud comunitario descentralizado y financiado por recursos públicos y privados, la inclusión de la sociedad civil en la gestión de las prestaciones y un plan cuyos objetivos están orientados hacia las epidemias de la sociedad moderna. Aunque los problemas a resolver fueron la disminución de las desigualdades y el fomento de la prevención y la autonomía, la universalización no ha garantizado por sí sola la equidad. En consecuencia, se destinaron más recursos a las poblaciones más vulnerables, a quienes se les denomina grupos de riesgo.

La salud pública define como grupos de riesgo a un conjunto de personas que, por su condición biológica, conductual, social o económica, son más susceptibles a determinadas enfermedades o al desarrollo de estados de salud deficientes

(Desviat, 1994). Gracias a los estudios epidemiológicos y la creación de indicadores, al sistema de salud canadiense se le facilita identificar a los grupos de riesgo para realizar acciones apropiadas sin la espera de la demanda, como sucede, en contraste, con los modelos asistenciales tradicionales. A su vez, estas intervenciones facilitan la aceptación de la población y son más proclives a identificar sus necesidades sanitarias.

La desinstitucionalización canadiense estuvo sustentada en la descentralización y regionalización de los servicios, la interrupción de construcción de nuevos hospitales psiquiátricos, la edificación de servicios de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales, la creación de redes alternativas y de una oficina en el Ministerio de Sanidad. El sistema de salud mental se caracteriza por su gratuidad, universalidad y accesibilidad, y el desarrollo de servicios complementarios de rehabilitación y prevención. Para Desviat (1994) la psiquiatría canadiense es de orientación psicodinámica, humanista y comunitaria, situada entre el sector francés y la psiquiatría comunitaria americana.

## **Reformas y reestructuraciones en América Latina**

En 1990 se publicó lo que se conoce como Declaración de Caracas, un documento que consta de las bases conceptuales y las recomendaciones para América Latina y el Caribe relativas a la reestructuración de los servicios psiquiátricos. Los representantes de Brasil, Chile, Ecuador, España, Argentina, México, Panamá, República Dominicana, Uruguay y Venezuela acordaron modificar los servicios de atención psiquiátrica de sus países con el fin de superar las prácticas manicomiales (Desviat, 1994; OPS, 1990). Este documento

resalta que las necesidades de atención psiquiátrica y de salud mental en América Latina son de tal magnitud que demandan nuevas respuestas, las cuales deben ser creativas, diferentes y razonablemente osadas. La situación de los servicios de ese entonces era insatisfactoria y se avizoró que se agravaría aún más en la siguiente década. La Declaración proclamó la necesidad de promover medios terapéuticos y un sistema garante del respeto a los derechos humanos y civiles de los pacientes con trastornos mentales y de superar el hospital psiquiátrico al establecer modalidades de intervención alternativas en las redes sociales de la propia comunidad. Los efectos de esta iniciativa causaron movimientos de actualización legislativa y de sensibilización de la necesidad del cambio, reconocimiento y salvaguardia de los derechos de los pacientes y de la reforma de los modos de asistencia en casi todos los países de la región.

A principios de la década de 1990, las condiciones económicas de la mayoría de los países de América Latina y el Caribe estaban en declive, las cuales los encauzaron a un endeudamiento externo a la par de una inflación desmesurada y creciente. Los gobiernos de los países de la región habían sido incapaces de brindar respuestas al problema del subdesarrollo e incremento de la pobreza extrema y las necesidades sociales habían aumentado como efectos de las crisis económicas, agudizadas por el gasto social y el deterioro de los servicios sociales básicos. A este problema se sumaba el proceso acelerado de urbanización, desempleo, desintegración social, criminalización de sectores jóvenes, incremento de enfermedades con componentes psicosociales como las cerebrovasculares, cirrosis, suicidio, accidentes automovilísticos y desnutrición.

Los servicios de atención psiquiátrica de la región se caracterizaban por su dispersión y duplicación escasa de servicios, en su mayoría de tipo manicomial, sin relación alguna con el resto de los sistemas sanitarios. A esto se sumaba unas prestaciones sociales escasas o inexistentes y la ausencia de recursos sociales de apoyo comunitario. Los procesos de reforma ensayados en América Latina en la década de los setenta y ochenta se caracterizaron por responder a momentos coyunturales y, en consecuencia, fueron irrelevantes debido a la falta de asignación de recursos para el seguimiento de proyectos.

En 1990, la estrategia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso ampliar la cobertura de atención para que toda persona pudiera acceder a los servicios de salud, por lo cual, enfatizó la necesidad de cambiar el modelo de servicios, de uno medicalizado a otro que promueva las acciones universales de prevención y cuidado; se hizo hincapié en descentralizar y democratizar los servicios por medio de sistemas locales de salud y del desarrollo de atención primaria como forma de utilizar con mayor eficiencia los limitados recursos de la región. En América Latina, la psiquiatría colectiva de Brasil se convirtió en un caso paradigmático (Desviat, 1994; Amarante, 2009; Saraceno, 2003).

A raíz de la II Conferencia Nacional de Salud Mental, se presentó un proyecto de ley en el Senado brasileño que proponía la extinción progresiva de los manicomios y su sustitución por otros recursos asistenciales y la reglamentación del internamiento psiquiátrico voluntario (Desviat, 1994). La transformación de los servicios psiquiátricos en Brasil sucedió en un momento de transición política, de articulación de la sociedad civil posterior a los años de dictadura militar. La constitución democrática de 1988 consideró la salud

como un derecho de todos y un deber del Estado asegurar el acceso universal e igualitario a las medidas y servicios para la promoción, protección y recuperación de la salud.

En el contexto de la salud mental y la atención psicosocial brasileño, la crisis es vista como una situación social más que biológica o psicológica y, por este motivo, se trata de un proceso social (Amarante, 2009). La crisis es resultado de una serie de factores que involucran a terceros, sean familiares, vecinos, amigos e, incluso, desconocidos. Se trata de un momento que puede ser resultado de una disminución de la solidaridad de unos para con otros, de una situación de precariedad de recursos para poder tratar a las personas en su domicilio. Desde esta perspectiva, la reforma brasileña pretendió articular una red de relaciones entre sujetos que escuchan y cuidan, como médicos, enfermeros, psicólogos, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales, entre otros, con sujetos que viven los problemas, tales como familiares y usuarios. En Brasil, los decretos ministeriales instituyeron varias modalidades de atención, entre las cuales están el hospital de día, los talleres terapéuticos y, en particular, los centros de atención psicosocial, los cuales buscan disponer de operadores de diversas categorías profesionales, tales como músicos, artistas plásticos y artesanos, con base en las posibilidades de cada servicio, unidad o de la creatividad de cada uno. Este tipo de servicios pueden ser considerados más territoriales cuando sean capaces de desarrollar relaciones con los recursos existentes en el ámbito de su comunidad como asociaciones civiles solidarias para la invención de estrategias de atención psicosocial.

El principio de intersectorialidad está presente en estos centros, es decir, se trata de estrategias que acompañan a los sectores sociales, incluyendo la salud en general, la salud mental, las políticas pú-

blicas y la sociedad como un todo. Estos servicios deben salir de su sede y buscar en la sociedad vínculos complementarios y amplificadores de los recursos sociales existentes. En suma, la idea de la reforma psiquiátrica brasileña es que las políticas de salud mental y atención psicosocial deben organizarse en red a partir de la formación de una serie de puntos de encuentro, trayectorias, cooperación, iniciativas y actores sociales involucrados.

A partir del Decreto 106 del 11 de febrero de 2000, en Brasil se instituyeron los servicios residenciales terapéuticos, lugares destinados a personas que habían sido internadas en instituciones psiquiátricas por un periodo de al menos dos años (Amarante, 2009). Hasta 2009, la expectativa era que la residencia se extendiera a todos aquellos que también tuvieran dificultades de vivienda o convivencia familiar. Esta medida supone una alternativa para las personas que han vivido internamientos prolongados, pero también para aquellas que nunca han pasado por un hospital psiquiátrico, lo cual evitaría el proceso de institucionalización del enfermo mental.

Una de las áreas relevantes de la reforma brasileña es la Estrategia de Salud de la Familia, surgida en 1994 bajo el nombre de Programa de Salud de la Familia (Amarante, 2009). El equipo básico de esta estrategia consta de un médico, un enfermero, un auxiliar de enfermería y de cuatro a seis agentes de salud, quienes deben vivir en el propio territorio de actuación del equipo. Cada equipo es responsable de la atención de 800 familias aproximadamente. Esta estrategia es considerada una de las formas de atención primaria en salud, cuyo foco es la familia y pretende revertir el modelo asistencial biomédico, centrado en la enfermedad y su tratamiento.

La estrategia de salud de la familia ofrece la posibilidad de promover, educar a la comunidad y desarrollar prácticas para pensar y tratar con la salud. Se considera que la mayoría de los problemas de salud pueden y deben ser resueltos en el ámbito de la red básica, esto es, por medio de medios más simples, sin muchas sofisticaciones tecnológicas de diagnóstico y tratamiento. En el caso de la salud mental, a nivel terciario las respuestas son estandarizadas, masificadas, elementales y priman las medicaciones sedativas, contenciones en cama y el aislamiento. En contraste, es en el nivel primario de la red básica donde las acciones deben ser más complejas: trabajar con la familia, las personas en crisis, los vecinos y los actores sociales en el territorio adonde viven.

La reforma psiquiátrica brasileña representa un caso paradigmático en América Latina y su énfasis en la enfermedad como proceso social ubica los recursos de la comunidad como los lados fuertes para promover la salud y prevenir las enfermedades. La intersectorialidad como estrategia evita, por una parte, la centralización administrativa de los servicios de salud mental y, por otra, permite que cada sector esté interconectado.

### **Tarea pendiente: superar el hospital psiquiátrico**

En 2001, la OMS señaló la importancia de resolver los problemas de la salud mental en el mundo con base en la superación del hospital psiquiátrico como eje de atención por medio de servicios comunitarios, lo cual supone un cambio en las políticas de salud mental, la distribución de recursos, la formación de profesionales, la modificación de la legislación en materia de salud y el reconocimiento de los derechos humanos y civiles del paciente psiquiátrico. En este apartado

revisamos las recomendaciones de la OMS para ubicar la salud mental en el marco de la salud pública y los problemas relativos al realizar un cambio de paradigma.

En 2001, la OMS estimó que sólo una pequeña minoría de los 450 millones de personas que padecen un trastorno mental o del comportamiento está en tratamiento (OMS, 2001). En particular, en los países en desarrollo a las personas con enfermedades psiquiátricas se les abandona a su suerte a enfrentar sus padecimientos, razón por la cual muchas de ellas se convierten en víctimas y en objetos de estigmatización y discriminación.

Los trastornos mentales constituyen un problema de salud pública en todas las sociedades y representan el 12% de la carga global de las enfermedades (OMS, 2005; Saraceno, 2007). Del total de personas afectadas por trastornos mentales en el mundo, la OMS estima que 150 millones padecen depresión, 25 millones están afectadas por esquizofrenia, 38 millones sufren epilepsia, 90 millones tienen trastornos relacionados al consumo de alcohol o de drogas y cerca de un millón se suicida cada año. La incidencia de los trastornos mentales aparece con mayor frecuencia en la población joven en edad productiva.

Los enfermos mentales enfrentan la estigmatización y discriminación en la mayoría de los países; las familias soportan una proporción significativa de los costes económicos por la ausencia de redes integrales de apoyo de salud mental financiados por fondos públicos, lo cual agrava la carga emocional de cuidar a los miembros enfermos; la calidad de vida de los cuidadores disminuye, experimentan exclusión social y pérdida de oportunidades para vivir; los grupos en circunstancias adversas son los más vulnerables y los servicios

de salud mental están infrafinanciados, en particular, en los países en vías de desarrollo.

La OMS aseveró que la aparición de las enfermedades mentales está influenciada por factores biológicos, psicológicos y sociales, afecta a personas de todas las edades en todos los países, es causa de sufrimiento tanto para las familias y las comunidades como para los individuos y cada vez existen más evidencias científicas validadas internacionalmente para afirmar que estas enfermedades se asientan en el cerebro, por lo que para esta organización los conocimientos acerca de la salud mental y del funcionamiento de la mente proporcionan el fundamento necesario para comprender mejor el desarrollo de los trastornos mentales y del comportamiento.

El concepto de salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales, sino una gama de factores relativos al desarrollo físico, mental, social y ambiental para garantizar en cierta medida el bienestar de los individuos y de la sociedad. Comprender los trastornos mentales y conductuales implica asumir un enfoque biopsicosocial, esto es, cambiar el paradigma científico y la opinión pública acerca de que los trastornos mentales sólo radican en afectaciones del cerebro o del sistema nervioso central, o del funcionamiento psicológico y de factores externos como la guerra, la pobreza, el racismo, entre otros.

La salud pública tiene como tarea integrar una visión biopsicosocial explicativa y de intervención para prevenir y atender a las personas con algún trastorno mental. Sin embargo, este enfoque integrativo está obturado porque el hospital psiquiátrico sigue siendo el eje de atención en salud mental en el mundo. Para la OMS, su cierre es definitivo si y sólo si se crean servicios comunitarios

de atención para las personas con algún trastorno mental. Desde este punto de vista, el cierre de los hospitales psiquiátricos debe realizarse a la par de la creación y puesta en práctica de servicios comunitarios de forma paulatina; crear servicios comunitarios sin cerrar los hospitales psiquiátricos, de acuerdo con la OMS, es un peligro para la viabilidad de los primeros porque se mantendría la visión y las prácticas hospitalarias y asilares como principales formas de atención sin dar paso al cambio de paradigma.

En 2001, la OMS emitió diez recomendaciones para reformar los servicios de salud mental: dispensar el tratamiento en la atención primaria, asegurar la disponibilidad de psicotrópicos; prestar atención en la comunidad, educar al público, involucrar a las comunidades, las familias y los usuarios, establecer políticas, programas y legislación nacionales, desarrollar recursos humanos, establecer vínculos con otros sectores, vigilar la salud mental en las comunidades y apoyar nuevas investigaciones biológicas y psicosociales.

El informe de la OMS sobre la salud de 2010 (OMS, 2010) enfatizó brindar una cobertura universal, evitar el recorte al gasto de asistencia sanitaria y buscar opciones que mejoren la eficiencia, como los prepagos de los servicios por un gran número de personas con la consiguiente mancomunación de los fondos para cubrir los costes de la asistencia sanitaria de todos los involucrados. El énfasis puesto en la cobertura universal y el problema de su financiamiento es relevante en una época de crisis económicas, políticas y sociales en el ámbito global.

La importancia de la cobertura universal radica en que la promoción y la protección de la salud son esenciales para el bienestar humano y para un

desarrollo socioeconómico sostenido; se asume que la salud para todos contribuye a mejorar tanto la calidad de vida como la paz y la seguridad en el mundo. Pero la promoción y preservación de la salud se encuentran más allá de los límites del sector sanitario porque las circunstancias en las que las personas crecen, trabajan y envejecen influyen en gran medida en la manera en la que ellas viven y mueren. La educación, la vivienda, la alimentación y el empleo tienen efectos sobre la salud de las personas, por lo que corregir las desigualdades en estos ámbitos disminuirá las que se producen en la salud.

De acuerdo con la OMS, hay tres obstáculos para lograr la cobertura universal: la disponibilidad de recursos, puesto que ningún país ha logrado garantizarla; la dependencia excesiva de los pagos directos de medicamentos con o sin receta y las cuotas de consultas y procedimientos cuando la gente necesita asistencia y, por último, el uso ineficiente e inequitativo de los recursos. La identificación de estos obstáculos simplifica el modo de solucionarlos debido a que los gobiernos de cada país llevan a cabo o postergan reformas sanitarias conforme a sus propias políticas, proyectos y programas y contextos sociales.

Las tendencias de la reforma sanitaria en el mundo han estado orientadas a la descentralización y a la reforma de los sistemas de financiación de la salud. El proceso de descentralización comenzó en los países industrializados y ha influenciado a los países en vías de desarrollo, lo cual implica cambios en el sistema político y económico como respuestas al fenómeno de la globalización, a la adecuación de las necesidades locales y a la transformación por conflictos civiles y desplazamiento de la población.

Las reformas de la financiación han estado orientadas a la mejora del acceso a la atención sanitaria, la equidad de los servicios y la promoción del uso de tecnologías con el fin de obtener mejores resultados a partir de la perspectiva coste-beneficio. Para los gobiernos, estas reformas representan un método para controlar el coste de las prestaciones sanitarias y para repartir el gasto en la población.

Las oportunidades que ofrecen las reformas son la integración de los servicios de salud mental en los de la salud en general y el incremento del presupuesto para los trastornos mentales; los riesgos incluyen la marginalización de los servicios, su fragmentación y exclusión debido a la descentralización, el incremento de los gastos sufragados por los pacientes y la exclusión del tratamiento de trastornos mentales por los seguros públicos y privados.

La salud mental de las sociedades está influenciada por factores macrosociales y macroeconómicos ajenos al sector salud. Las políticas gubernamentales influyen negativa o positivamente en la salud mental de la población al tomar en cuenta o ignorar que sus decisiones sobre el ámbito político, económico y social causan efectos en la salud mental. A esto se suman varios factores de riesgo favorecedores de trastornos mentales: la pobreza, la urbanización descontrolada, la delincuencia, el desempleo, entre otros.

En suma, todo proceso de reforma de servicios de salud mental está destinado a enfrentar, solucionar y postergar problemas en los ámbitos sociales, colectivos, políticos, ideológicos y económicos. La realidad social de cada región y país delimita la forma en la que se pueden llevar a cabo reformas sanitarias en general y de salud mental en particular. Si bien corresponde a los gobiernos llevar a cabo estas reformas conforme

a las recomendaciones basadas en la evidencia, éstas no pueden ser realizadas sin la participación de los involucrados: familiares, pacientes, profesionales, asociaciones civiles, entre otros.

La OMS (2005), en su conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental, recomendó mejorar los servicios de salud mental con base en el conocimiento disponible sobre la comprensión, el tratamiento y la atención sanitaria de las personas que padecen trastornos mentales, considerando las reformas y las políticas gubernamentales en otros sectores. El conjunto de guías comprende las políticas, los planes y programas, la financiación, la legislación y derechos humanos, el fomento, la mejora de la calidad, la organización, la planificación y presupuestos de los servicios de salud mental.

Las tendencias de las reformas sanitarias orientan a descentralizar los servicios, esto es, la ubicación de zonas geográficas y la distribución de los servicios y los recursos a los sectores en situaciones adversas; en consecuencia, esto implica modificar la financiación sanitaria de acuerdo al contexto de cada país e integrar los servicios de salud mental en la atención sanitaria, en particular, en el nivel de atención primaria (OMS, 2005). Esta recomendación puede brindar atención en salud mental mediante los servicios sanitarios en general cuando algún país carezca gravemente de cuadros profesionales especializados, reducir el estigma social que implica padecer un trastorno mental y reducir los costos de atención.

Las políticas gubernamentales macroeconómicas pueden tener efectos positivos y negativos en la salud mental (OMS, 2005). La pobreza es considerada como un factor determinante de los trastornos mentales debido a que las personas experimentan estados de adversidad ambiental y

psicológica; la urbanización indiscriminada incrementa el riesgo de carecer de vivienda, de pobreza y de exposición a adversidades ambientales como la contaminación; la carencia de vivienda puede generar estrés y angustia en las personas y el desempleo es un desencadenante de depresión y comportamiento autodestructivo.

La legislación laboral puede favorecer un ambiente de trabajo seguro, pero el empleo por sí mismo no garantiza la salud mental. Los sistemas de seguridad social pueden proporcionar una cobertura adecuada para las discapacidades atribuidas a los trastornos mentales. Mediante las escuelas es posible llevar a cabo acciones de prevención y promoción en el campo de la salud mental. Puesto que las personas con trastornos mentales tienen una relación significativa con el sistema judicial penal, son necesarias las políticas preventivas de encarcelamiento inapropiado y la canalización de estas personas a los establecimientos para su tratamiento.

A partir de lo expuesto, la cronicidad de las enfermedades mentales y el empobrecimiento global de los pacientes no están determinados por la enfermedad en sí, sino por una cantidad de ámbitos sociales, políticos, familiares, morales y culturales que pueden ser modificados mediante la reforma de los servicios psiquiátricos. Estas recomendaciones sugieren que la atención al enfermo mental tiene sentido si es llevada a cabo por los actores y programas involucrados que constituyen, en conjunto, los factores de riesgo y protección. Debido a la institucionalización, la vulneración de los derechos humanos y el abandono que implica el orden manicomial y asilar, es necesario cambiar el paradigma de los servicios de salud mental, de la hospitalización a la asistencia comunitaria.

De acuerdo con los principios de asistencia, una perspectiva comunitaria tiene enormes beneficios, tales como evitar la violación de derechos humanos, establecer diagnósticos oportunos e intervenciones puntuales, brindar continuidad en la asistencia, contar con una amplia gama de servicios, incluir a los pacientes y familiares en los programas, establecer redes de apoyo e integrar los servicios de salud mental en la atención primaria. La atención comunitaria en salud mental tiene como fin rehabilitar a las personas con trastornos mentales.

La idea de habilitar implica realizar la siguiente interrogante: ¿cómo pueden rehabilitar los servicios de salud mental comunitarios lo que no está habilitado? Desde el punto de vista de la OMS, la rehabilitación está fundamentada en evitar la minusvalía y disminuir la discapacidad del paciente psiquiátrico. La rehabilitación tiene que ver con la familia y la comunidad, escenarios sociales donde la asistencia comunitaria ofrezca marcos de intervención para incluir a familiares, pacientes, comunidades, redes y profesionales en los cuidados al paciente.

Las ideas de empresa social, la rehabilitación psicosocial, los componentes de la asistencia, la integración de la salud mental en la salud pública son determinantes en la configuración de servicios intersectoriales y de inclusión en servicios de primer nivel de atención en salud. De hecho, los gobiernos deben ser los responsables de garantizar los servicios de salud mental y, de forma paralela al funcionamiento del hospital psiquiátrico, de poner en marcha planes y programas de intervención psicosocial o psiquiatría comunitaria con base en el diseño de políticas públicas para la prestación de este tipo de servicios que, de alguna manera, garanticen su viabilidad. El diseño de políticas de salud mental debe enfrentar y

solucionar problemas relativos al financiamiento, el diseño de políticas de salud mental, establecer bancos de información, identificar grupos vulnerables, respetar los derechos humanos e influir en la legislación en el ámbito.

Si las políticas de salud mental están orientadas a superar la psiquiatría asilar como eje de atención, el desarrollo de servicios comunitarios de salud mental debe ser paralelo al cierre paulatino de los hospitales psiquiátricos, donde éstos quedarían como una posibilidad de atención. De hecho, las políticas públicas deben garantizar que los servicios de salud mental sean integrados en los hospitales generales con vinculación a los servicios comunitarios.

Cabe resaltar que el cierre paulatino de los hospitales psiquiátricos y la creación de servicios de salud mental comunitarios implica la adquisición de fondos, el establecimiento de redes, la focalización de la población a atender y dado que la mayoría de los países en desarrollo carecen de profesionales formados académicamente en salud mental y servicios comunitarios, es imprescindible revisar los planes y programas de estudio de las universidades para que los profesionales de la salud mental orienten su quehacer en ese sentido.

Otro de los aspectos importantes es la concienciación de la población acerca de los trastornos mentales, donde los medios masivos de información pueden jugar un papel clave en la difusión de información sobre este ámbito. Además, los recursos comunitarios pueden ser elementos para propiciar el involucramiento de la población y un cambio de actitud y representación sobre los trastornos mentales y su tratamiento. Resolver los problemas de la salud mental puede pasar a la modificación de las prácticas y las representacio-

nes, pero con esto, también las estructuras sociales que las preceden y las determinan.

De hecho, en muchos países en desarrollo, los programas de asistencia a personas con trastornos mentales no son prioritarios; no se dispone de servicios psiquiátricos para la población en general y los únicos existentes están en los hospitales, los cuales están centralizados, de grandes dimensiones; el manicomio es una comunidad aparte; las leyes son anacrónicas y se carece de formación de cuadros de profesionales para el trabajo comunitario (OMS, 2001).

De acuerdo con un trabajo realizado en conjunto entre la OMS y *World Organization of Family Doctors* (WONKA), la integración de la salud mental en los servicios de atención primaria en salud puede ser una forma de eliminar problemas suscitados por la hospitalización, deshospitализación y manicomialización (OMS y WONKA, 2008). Algunos países como Argentina, Belice, Brasil, Chile, India, Irán, Arabia Saudita, Sudáfrica y Uganda han realizado programas piloto para integrar los servicios de salud mental en los de atención primaria, de manera que el paciente sea atendido en su misma comunidad y sea socialmente integrado.

En los países en desarrollo donde se han organizado nuevos servicios de salud mental, por regla general, se han constituido como parte de la atención primaria de salud debido a la falta de profesionales capacitados y recursos para prestar servicios especializados. La opción de utilizar todos los recursos comunitarios disponibles posee el atractivo de capacitar a los individuos, las familias y las comunidades para que hagan de la salud mental un objetivo de los ciudadanos más que de los profesionales. En general, la atención en salud mental no está recibiendo los apoyos necesarios

en los países en desarrollo. Incluso en países donde programas piloto han demostrado el valor para integrarla en la atención primaria de salud, ese enfoque no se ha hecho extensivo a la totalidad de sus territorios.

## Los servicios de salud mental en México

La creación de los hospitales psiquiátricos en México y el cierre de El Manicomio General de la Ciudad de México, mejor conocido como La Castañeda, marcaron el inicio de la psiquiatría mexicana moderna. A pesar de la construcción de nuevas unidades hospitalarias y de las reformas psiquiátricas suscitadas en la década de 1950 y 1960, prevalecieron las corrientes organicistas y el orden manicomial y asilar. En la actualidad, los servicios de salud mental están adheridas a prácticas biomédicas y han evitado su reestructuración con base en las recomendaciones internacionales y las experiencias de otros países.

La historiografía de la locura, de las psicosis, de las enfermedades mentales y de la psiquiatría en México es escasa, en el sentido de que quienes se han abocado a esta tarea pertenecen a disciplinas ajenas al oficio de la historia y sus formas de hacerla corresponde a sus motivaciones y perspectivas particulares y circunstanciales, a saber: la historia construida por psiquiatras, quienes fueron funcionarios de alto nivel y destacaron los grandes logros políticos e institucionales de hospitales y manicomios, la historia revisionista y sustentada en el estudio de archivos y la descripción del funcionamiento de nosocomios y la historia fundamentada en una perspectiva que objetiva los intereses del sujeto que investiga (Sacristán, 2005). En términos del quehacer historiográfico, es evidente las limitaciones que este trabajo contiene, dentro de las cuales en este apartado sólo señalaremos algunos acontecimien-

tos importantes en la forma de atender la locura y los trastornos mentales en México. En particular, retomamos una lectura sobre la construcción del Manicomio General y otra sobre la transición psiquiátrica en México a partir de la instauración del hospital psiquiátrico como eje de atención en salud mental.

La historia mexicana refiere la existencia de dos hospicios para dementes: el de San Hipólito, fundado por Bernardino Álvarez en 1560 y el de La Canoa o Divino Salvador, fundado por José Sáyago en 1680 (Rodríguez, 1993; Calderón, [2002] 2008; Sacristán, 2005). Estos hospicios atendieron a locos, pervertidos, desenfrenados, mendigos y viajeros. Aunque hasta finales del siglo XIX fueron administrados por la iglesia católica, su funcionamiento perduró hasta la creación del Manicomio General en 1910 en la Ciudad de México.

La Constitución de 1867 prohibió que los hospicios quedaran en manos de particulares y órdenes y asociaciones religiosas, por lo que su administración pasó a ser responsabilidad de la Dirección General de Beneficencia Pública, una dependencia de la Secretaría de Gobernación. Años más tarde, cuando el presidente de México Porfirio Díaz giró instrucciones para construir el Hospital General de la Ciudad de México, se asistía a una especie de modernización de la atención médica y existía la voluntad de la administración pública por incorporar los avances científicos a la medicina mexicana.

En el II Congreso Médico Panamericano de 1886, el Dr. Samuel Morales Pereyra y el Dr. Antonio Romero, integrantes de la Junta General nombrada por el Secretario de Gobernación, el General Manuel González Cosío, proyectaron en una ponencia la edificación de un manicomio para la Ciudad de México (Rodríguez, 1993). El antece-

dente de este trabajo fue un documento titulado *El manicomio* de 1884, publicado por la Oficina Tipográfica del Ministerio de Fomento, cuyo contenido aborda la literatura sobre higiene mental y propone establecer un manicomio con base en las experiencias de Bélgica, Estados Unidos, Inglaterra y Francia. En esos años, México carecía de alienistas debido a la inexistencia de la especialidad en el país.

El contenido de *El manicomio* refería que el estudio de la locura estaba olvidado y retirado de la observación de especialistas y justificaba la conveniencia de colocar a los locos en sitios más o menos aislados, donde la caridad pública pudiera hacerse cargo de ellos (Rodríguez, 1993). Los miembros de la Junta General retomaron las ideas de Philippe Pinel sobre el tratamiento moral basado en la paciencia y la observación patológica, el cual brinda, por una parte, los principios generales para la construcción, la organización y la separación de los enfermos por tipo de afección y, por otra, establece la importancia del médico en la observación y dirección material de los enfermos; de Jean-Étienne Esquirol retomaron su experiencia sobre la dirección de los primeros asilos para enajenados y la importancia atribuida a la medicina mental.

La tesis central de la ponencia del Dr. Morales y del Dr. Romero giró en torno al problema de aislar o liberar a los enfermos mentales, esto último en dos modalidades: colocándolos a vivir con familias o ubicándolos en colonias de locos. La Junta rechazó estas dos modalidades porque, de acuerdo con las experiencias europeas y norteamericanas y las doctrinas psiquiátricas, el asilamiento se juzgaba como el primero y el más importante de todos los medios de tratamiento para los enajenados y, además, por su inviabilidad en el contexto mexicano debido al modo de ser so-

cial, las costumbres y la falta de educación de la sociedad. Entonces, el encierro del enajenado estaba justificado por una supuesta protección y una pretendida ineptitud social (Rodríguez, 1993).

La opción del encierro se justificó debido a los aparentes fracasos de creación de comunidades de locos o a colocarlos a vivir con familias en las experiencias europeas. Los autores referían que estos dos sistemas brindaban resultados de curación muy inferiores a los obtenidos por el sistema de reclusión completa en manicomios cerrados, el cual, en consecuencia, era el único adoptable en el contexto mexicano, procurando tener en el interior del manicomio suficiente extensión de terreno para desaparecer la idea del claustro, expandir el ánimo de los aislados y entregarlos al trabajo de horticultura y floricultura. A la ineptitud de la sociedad mexicana se sumó el conocimiento de los avances científicos, factores que justificaron el encierro de los locos.

La curación de la locura en esa época estaba caracterizada por una mezcla de eliminación de síntomas, control del padecimiento y reinserción social del paciente en el menor tiempo posible. La identidad de la locura y la peligrosidad son un hecho único indivisible y la necesidad de aislar al loco para reeducarlo era el dispositivo social propuesto por el régimen porfirista (Rodríguez, 1993). En cuanto a los recursos económicos destinados a los locos, la Junta General eligió la reclusión y la centralización de los servicios en una institución, en la que ellos estarían en buenas condiciones y contarían con cama, vestido y alimento.

El fracaso del manicomio comenzó el mismo día en que se inauguró debido a la falta de una planificación adecuada y lo que fue una institución calculada para albergar a 800 personas, recibió

hasta cinco veces esa cantidad. La ausencia de una planificación, el hacinamiento y la falta de mantenimiento fueron las causas más evidentes de la cronicidad y la institucionalización de los pacientes.

Hay cuatro acontecimientos determinantes en la instauración del modelo asilar del manicomio: la aplicación del positivismo en las ciencias y las actividades humanas, la tradición mexicana de recluir a los locos en hospicios regulados por la iglesia y el Estado, la ausencia de médicos alienistas y especialistas en el país y el encargo a la Junta General para estudiar y proyectar la construcción del manicomio sin considerar las modalidades terapéuticas existentes en el mundo. En conclusión, la construcción del Manicomio General de la Ciudad de México, conocido como *La Castañeda* (1910-1967), responde a la demanda de orden y progreso por el Estado.

Por otra parte, María Eugenia Ruiz-Velasco Márquez (2007), quien estudió la transición psiquiátrica en México, se preguntó sobre la forma en la que se concretó su aislamiento en la década de los años sesenta cuando predominaban las recomendaciones internacionales y las críticas a la psiquiatría y sus representantes; sus hallazgos señalan que en esa década hubo un retroceso en la psiquiatría mexicana en relación con las tendencias internacionales. De 1965 a 1995, predominaron los enfoques organicistas; de hecho, hubo pocos intentos de reforma psiquiátrica y los que emergieron, se caracterizaron por su irrelevancia. Además, había un rechazo relacionado con la transformación institucional por parte de las posturas psiquiátricas tradicionales de ese periodo.

Ruiz-Velasco (2007) identifica tres momentos en los que el Estado mexicano se ocupó en las soluciones de los enfermos: la creación del Manicomio

de La Castañeda, el cual se volvió un depósito para enfermos; la creación de los grandes hospitales asilares en 1968 en la zona suburbana de la Ciudad de México y la creación del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” (HPFBA), una institución que ha brindado mejores condiciones de tratamiento, asumiendo las nociones de reintegración a la comunidad y convirtiéndose en un centro de enseñanza e investigación y, por último, la creación del Instituto Mexicano de Psiquiatría en 1980 y, desde el año 2000, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Las soluciones innovadoras al problema de la enfermedad mental generaron obstáculos al paso del tiempo debido a la inexistencia de monitoreo y transformación ante la demanda creciente y la oposición de incluir alternativas de tratamiento distintas a la perspectiva asistencial, manicomial y hospitalaria. Además, las propuestas asistenciales en la creación de hospitales asilares y del HPFBA han absorbido la mayor parte del presupuesto destinado a los servicios de atención psiquiátrica. En otras palabras, la política de centralización de este rubro ocasiona que los recursos sean asignados a ambientes hospitalarios asilares, lo cual deja de lado la oportunidad de utilizar los recursos en otras esferas.

A pesar de la existencia de otras modalidades de tratamiento, la psiquiatría mexicana se ha adherido al paradigma biomédico, una tendencia que descalifica por antonomasia otros enfoques provenientes de campos no médicos, como las ciencias sociales. De hecho, estas últimas son consideradas como amenazas a las prácticas actuales de los hospitales psiquiátricos porque cuestionan los efectos de las prácticas terapéuticas dominantes, la burocratización de los servicios de salud mental y la forma en la que el gobierno federal canaliza los recursos, entre otros ámbitos.

Las generaciones de especialistas en psiquiatría se educan en un campo que perpetúa el paradigma biomédico, a pesar de que los organismos internacionales refieren que los pacientes tienen un mejor pronóstico cuando se les brindan tratamientos psicosociales y farmacológicos en lugar de centrar la atención en los últimos. La psiquiatría en México presentó un retroceso en relación con las tendencias internacionales a partir de la década de 1960 y, en la actualidad, su adherencia biomédica son efectos de ese pasado que reducen a la psiquiatría a un enfoque asistencial que obstaculiza algún cambio de paradigma. Para comprender el estado de los servicios de salud mental en México, es necesario ubicarlo en el sistema de salud.

De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el sistema de salud mexicano se caracteriza por ser un esquema centralizado y excluyente en la prestación de los servicios de salud (OCDE, 2005). La población mexicana rebasa los cien millones de habitantes, de los cuales, sólo cerca del 40% de la población cuenta con algún tipo de seguridad social como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). La población carente de seguridad social puede acudir a los servicios que brinda la Secretaría de Salud regulada por el gobierno federal y un sector reducido cuenta con ingresos que le permiten adquirir servicios médicos en clínicas y hospitales privados de alto costo.

En la zona centro del país se encuentran las principales instituciones prestadoras de servicios de salud. En las ciudades y las zonas urbanizadas de los estados de la república se ubican los mejores servicios de salud, lo cual dificulta que la población dispersa en zonas marginadas y rurales pueda recibir asistencia médica especializada. Los

hospitales de alta especialidad se concentran en la Ciudad de México, mientras que los de primer y segundo nivel se ubican de forma dispersa en los estados de la república. Esta distribución territorial de los servicios provoca que la mayor parte de los recursos financieros se transfieran al centro del país, que la población de los estados tenga que viajar de sus lugares de origen a la ciudad, con el gasto económico, emocional y físico que esto conlleva y que los cuadros de profesionales de la salud prefieren brindar asistencia en las instituciones de la zona centro del país. Aunque a partir de la década de 1990, el Gobierno Federal ha llevado a cabo acciones para descentralizar los servicios de salud de manera que cada estado se responsabilice de sus recursos y tome sus propias decisiones, la burocracia del sistema de salud ha dificultado el proceso. Además, la ausencia de un esquema universal de salud es uno de los factores que obstaculiza brindar asistencia sanitaria a la población.

En particular, es necesario centrar la atención en los efectos de la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 16 de noviembre de 1995. Esta norma estableció la modernización de los modelos de servicios de atención psiquiátrica (DOF, 1995). De hecho, la perspectiva subyacente a esta norma implica mantener una perspectiva predominantemente biomédica.

La hospitalización, ya sea voluntaria o involuntaria, se brinda a aquellos usuarios que necesiten atención médica. Una vez que los usuarios son dados de alta, ellos pueden acudir a la consulta externa y a programas psicosociales brindados en los centros comunitarios con programas diseñados para esto. Los efectos de la Norma Oficial,

por un lado, excluyen los enfoques psicosociales, puesto que el modelo biomédico es el que predomina como parte de los procedimientos rehabilitadores en los hospitales, es decir, la psiquiatría hospitalaria engloba todo tipo de prácticas en la atención de usuarios en términos operativos y legales.

### **Evaluaciones de los servicios de salud mental en México a principios del siglo XXI**

Los resultados de dos evaluaciones de los servicios de salud mental en México, publicados en 2004 y 2010 respectivamente, echaron por tierra la normatividad junto con los planes, programas, metas, estrategias y acciones del Gobierno Federal que en la década de los 90 propusieron reformar los servicios de salud mental en el país. El desplazamiento del paradigma psiquiátrico hospitalario y especializado por alternativas comunitarias ha quedado en letra muerta.

Cabe destacar algunos de los resultados derivados de la Evaluación de Servicios de Salud Mental en la República Mexicana, realizado en 2002 por expertos internacionales a solicitud del Dr. Julio Frenk, ante el Programa Regional de Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y su similar en la OMS. El objetivo de esta evaluación fue conocer y asesorar a las autoridades de la Secretaría de Salud de México sobre el Plan de Acción en Salud Mental 2001-2006, el Plan Maestro en Infraestructura para la Atención a la Salud Mental en el Estado de México y Distrito Federal 2001-2006, el Plan de Desarrollo de Infraestructura para la Salud y las experiencias innovadoras y algunos desarrollos de los servicios de salud mental en estados de la República Mexicana.

El programa de trabajo incluyó la visita a hospitales psiquiátricos, hospitales generales, centros de salud, hogares de tránsito, casas de medio camino, centros comunitarios de salud mental y centros de rehabilitación. El programa focalizó las referencias relacionadas con las necesidades y los cuidados de las personas con trastorno mental severo debido a su gravedad, su tendencia a la larga evolución y ser origen de gran número de discapacidades.

Estos ámbitos ofrecen los mejores indicadores para evaluar si una red comunitaria de servicios de salud mental ha desarrollado la diversidad necesaria de componentes, si están cohesionados y si operan con la calidad mínima requerida (OPS y OMS, 2004).

En general, los resultados de la evaluación de los servicios de salud mental fueron desfavorables. Las críticas resaltaron la ambigüedad de los documentos informativos y de los planes estratégicos de los centros visitados y cuestionaron el concepto de niveles, donde los servicios de salud mental suelen tener sólo dos niveles de atención y dado que el tercero se reserva a hospitales con recursos altamente especializados, no son característicos de los hospitales psiquiátricos. De hecho, el tercer nivel es utilizado para clasificar actividades asistenciales relacionadas con la rehabilitación y la prevención terciarias. Sin embargo, se carece de una red amplia y sofisticada para clasificarlas de esa manera puesto que varias de las instituciones se basan en el conteo de camas (OPS y OMS, 2004).

En relación con los servicios comunitarios, éstos ofrecen un buen servicio ambulatorio a los pacientes, brindan apoyo a sus familiares, enseñan atención de la salud a escuelas y empleados públicos, toman medidas preventivas e insisten en la reducción del consumo de alcohol y de la violencia

familiar; sin embargo, en los centros de salud se excluyen las necesidades de las personas con trastornos mentales y de quienes tienen dificultades de aprendizaje (OPS, 2004). En el caso de los hospitales generales visitados, las únicas camas disponibles para enfermos psiquiátricos corresponden al sistema público de seguridad social. Y en el caso de Instituto Nacional de Psiquiatría, sus servicios de atención están orientados a enfermos neuropsiquiátricos, su infraestructura y recursos técnicos es buena, pero carece de integración en una red asistencial comunitaria (OPS y OMS, 2004).

En particular, los hospitales psiquiátricos muestran el lado más desfavorable de los servicios de salud mental (OPS y OMS, 2004). Por ejemplo, los pacientes con trastornos esquizofrénicos y afines están mal atendidos por el sistema sanitario existente, dominado por la deficiente atención y custodia y algunos de ellos se encuentran en condiciones deplorables. De acuerdo con el Plan Maestro en Infraestructura para la atención a la Salud Mental en el Estado de México y Distrito Federal 2001-2006, se previó cambiar los hospitales psiquiátricos por edificios nuevos, lo cual perpetuará el aislamiento de los pacientes y la estigmatización de los servicios psiquiátricos.

En este sentido, se sugiere que la hospitalización debe ser el último recurso y debe promoverse dentro de los hospitales generales. De acuerdo con esto, si se crea un sistema integral de establecimientos comunitarios, se prescindirá de hospitalizar a la gran mayoría de los pacientes. Además, los hospitales psiquiátricos del país tienen un diseño panóptico, la condición jurídica del paciente es clara, es decir, no se respetan sus derechos humanos ni civiles, hay una mezcla de categorías diagnósticas, existe un contexto de insuficiente especificidad en los programas terapéuticos, el número de reingresos es alto, los pro-

gramas de rehabilitación se reducen a la física y la reinserción social está limitada por la escasa interacción con organismos de la comunidad y la seguridad social.

Por otra parte, de acuerdo con el informe de 2010 de *Disability Rights International* (DRI) y la Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos (CMDPDH), el contexto de los servicios de salud mental en México es deplorable, la tendencia está centrada en fortalecer las prácticas hospitalarias asilares, lo cual desalienta la posibilidad de vincular las instituciones existentes con la comunidad y otros servicios de salud. DRI y la CMDPH visitaron veinte instituciones que internan a miles de niños y adultos en la Ciudad de México y en los estados de Jalisco, México, Oaxaca, Puebla y Veracruz. En la mayoría de estas instituciones los abandonados se consumen de por vida (DRI y CMDPH, 2010). La única excepción entre los lugares que fueron visitados es el HPFBA, un hospital que cuenta con recursos de personal considerablemente mayores a los de otras instituciones y que atiende a personas por periodos más cortos.

Cuando los pacientes son dados de alta del HPFBA, es enviada al sistema de albergues residenciales a puerta cerrada en la Ciudad de México si no pueden vivir independientemente o carecen de familia que cuide de ellos en la comunidad. Una vez ubicados en estos albergues, conocidos como Centros de Asistencia e Integración, los individuos se convierten en abandonados. Ya sea que estas instituciones se mantengan limpias o que se sometan a los pacientes a condiciones precarias, todas aíslan y segregan innecesariamente a las personas, violando así sus derechos humanos.

En México, la negación de la capacidad jurídica de las personas con discapacidad internadas en

instituciones imposibilita a los individuos a buscar la aplicación de sus demás derechos. El artículo 19 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad establece la obligación de todos los gobiernos de alejarse de las instituciones para garantizarle a toda persona con discapacidad una oportunidad de vivir en la comunidad. El informe de investigación de DRI señala que México está avanzando en la dirección opuesta: aunque el gobierno de México es líder mundial en conseguir el reconocimiento internacional de los derechos de personas con discapacidad, el sistema de salud mexicano segrega a miles de personas por el resto de su vida en instituciones de estancia prolongada.

### **Reflexiones finales**

Este trabajo muestra que las posibilidades de reforma psiquiátrica están determinadas por varios factores entrelazados como la estructura del sistema de salud y los servicios de salud mental, las leyes sobre salud mental, el reconocimiento de los derechos humanos y civiles de las personas con trastornos mentales, la disponibilidad de recursos para su financiamiento, la formación de profesionales de la salud mental médicos y no médicos, el desarrollo socioeconómico y cultural de cada país, la sensibilización moral de la sociedad y los significados que el Estado y los gobiernos asignan a la salud mental ya que la definición que le atribuyen ha influenciado significativamente en los modos de afrontar los trastornos mentales.

Sin embargo, con base en la revisión de la literatura hay un tema poco abordado: los factores psicosociales que mantienen, sustentan, posibilitan u obstaculizan las transformaciones de las prácticas y discursos relativos a las enfermedades mentales, para lo cual se requiere sustentar la mirada investigativa desde alguna teoría que enlace

los fenómenos psicológicos con los sociales en un terreno específico dado. La tendencia a superar el hospital psiquiátrico y sus prácticas está orientado a una perspectiva comunitaria, sin embargo, las acciones en este campo han sido insuficientes debido a la medicalización implacable de la

vida del paciente psiquiátrico y, además, hay una cuestión insuficientemente esclarecida: las prácticas y discursos producidos en torno al paciente psiquiátrico para reinscribirlo e integrarlo en la comunidad.

## Referencias bibliográficas

- Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio. Salud mental y salud psicosocial*. Buenos Aires: Topía.
- Basaglia, F. ([1968] 1972). “La institución de la violencia”. En Franco Basaglia *et al.* *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*. Barcelona: Barral, 127-169.
- Calderón, G. ([2002] 2008). *Las enfermedades mentales en México*. México: Trillas.
- Caplan, G. ([1964] 1980). *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Desviat, M. (1994). *La reforma psiquiátrica*. Madrid: Dor.
- Desviat, M. (2007). “Crítica a la razón psiquiátrica”, *Archipiélago. Cuadernos de crítica de la cultura*, Núm. 76: 29-37.
- Diario Oficial de la Federación 16 de noviembre de 1995: Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/025ssa24.html> (consulta 1 de abril de 2011).
- DRI y CMDPH (2010). Abandonados y desaparecidos: segregación y abuso de niños y adultos con discapacidad en México. <http://www.disabilityrightsintl.org/> (consulta 1 de abril de 2011).
- Ganduglia, C. (2010). “La reforma del sistema de salud de los Estados Unidos de América”, *Medicina*, vol. 70, Núm. 4: 381-385.
- Hochmann, J. (1971). *Hacia una psiquiatría comunitaria*. Tesis para una psiquiatría de los conjuntos. Buenos Aires: Amorrortu.
- OMS (2001). Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra.
- OMS (2005). El contexto de la salud mental. Asturias: Editores Médicos.
- OMS y WONKA (2008). Integrating Mental Health into Primary Care. A Global Perspective. Singapore.
- OMS (2010). Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra.
- OPS (1990). Declaración de Caracas. Adoptada por aclamación por la Conferencia: Reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina. Caracas. [http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion\\_de\\_Caracas.pdf](http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf) (consulta 1 de abril de 2012).
- OPS Y OMS (2004). Evaluación de servicios de salud mental en la República Mexicana. México.
- OCDE (2005). Estudios de la OCDE sobre los sistemas de salud: México. México: Secretaría de Salud.
- Rodríguez, C. (1993). “Del espacio mental al espacio físico. Justificación de la construcción de “La Castañeda”. En: Gabriel Araujo Puallada, Alicia Izquierdo Rivera y Raúl René Villamil Uriarte (Coords.), *Tramas. Subjetividad y procesos sociales*. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco, 25-38.
- Ruiz-Velasco, M. E. (2007). *Psicosis, subjetividad y respuestas institucionales*. Tesis doctoral en Cien-

- cias Sociales con Especialidad en Psicología Social de Grupos e Instituciones. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco.
- Sacristán, C. (2005). "Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna", *Frenia*, vol. V, Núm. 1: 9-33.
- Saraceno, B. ([1995] 2003). *La liberación de los pacientes psiquiátricos. De la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible*. México: Pax.
- Saraceno, B. (2007). La iniciativa para la reestructuración de la atención psiquiátrica en las Américas: implicaciones para el mundo. En Jorge J. Rodríguez (Ed.), *La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la declaración de Caracas* (pp. 6-20). Washington, D. C: Organización Panamericana de la Salud.