



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

**Facultad de Derecho
Facultad de Psicología
Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades**

“Más allá del cráneo, más allá de los muros hospitalarios: la Salud Mental como Derecho Humano”

T E S I S

para obtener el grado de

MAESTRO EN DERECHOS HUMANOS

presenta

A.S. Guillermo Saldaña Medina

Director de tesis

Dr. Omar Sánchez-Armass Capello



San Luis Potosí, S.L.P., a octubre de 2015



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

Facultad de Derecho
Facultad de Psicología
Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades

“Más allá del cráneo, más allá de los muros hospitalarios: la Salud Mental como Derecho Humano”

Tesis presentada por A.S. Guillermo Saldaña Medina

Subcomité de tesis

Dr. Omar Sánchez-Armass Capello (Director)
Dra. Sarah Antonieta Navarro Sánchez (Asesora)
Dr. Guillermo Luévano Bustamante (Asesor)

Jurado del examen de grado

Presidente _____ **Firma** _____

Secretario _____ **Firma** _____

Vocal _____ **Firma** _____

Resultado: _____



San Luis Potosí, S.L.P., a _____ de _____ de 2015



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

Facultad de Derecho
Facultad de Psicología
Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades

“Más allá del cráneo, más allá de los muros hospitalarios: la Salud Mental como Derecho Humano”

Tesis presentada por A.S. Guillermo Saldaña Medina

Subcomité de tesis

Dr. Omar Sánchez-Armas Capello (Director)
Dra. Sarah Antonieta Navarro Sánchez (Asesora)
Dr. Guillermo Luévano Bustamante (Asesor)

Jurado del examen de grado

Presidente Omar Sánchez-Armas Capello Firma [Firma]

Secretario Sarah Antonieta Navarro Sánchez Firma [Firma]

Vocal Dr. Héctor Marroquín Segura Firma [Firma]

Resultado: Aprobado por unanimidad, con Mención Honorífica



Programa Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC)



Generación 2013-2015

San Luis Potosí, S.L.P., a 30 de Octubre de 2015



San Luis Potosí, S.L.P. a 04 de octubre de 2015

**COMITÉ ACADÉMICO DE LA
MAESTRÍA EN DERECHOS HUMANOS
P R E S E N T E**

Estimados miembros del Comité Académico.

Los suscritos, miembros del subcomité de tesis de la estudiante **Guillermo Saldaña Medina**, generación 2013-2015 de la Maestría en Derechos Humanos de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, como resultado de un proceso de acompañamiento, donde hemos evaluado el fondo, la forma y la metodología de la tesis **“Más allá del cráneo, más allá de los muros hospitalarios: la Salud Mental como Derecho Humano.”**,

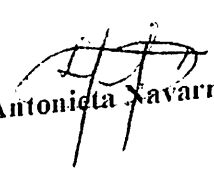
HACEMOS CONSTAR

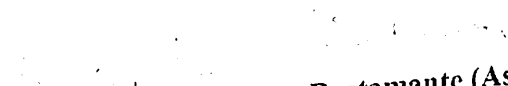
Que la referida tesis realizada por **Guillermo Saldaña Medina** para obtener el grado de Maestro en Derechos Humanos cumple con los requisitos necesarios para acceder al examen de grado.

Sin más por el momento, nos despedimos.

Atentamente


Dr. Omar Sánchez-Armass Capello (Director de tesis)


Dra. Sarah Antonieta Xavarro Sánchez (Asesora)


Dr. Guillermo Luévano Bustamante (Asesor)

*A mi madre, Cristina Medina viuda de Saldaña,
quien me enseñó a tener siempre la certeza de 'algo' o 'alguien' que:*

*“hace justicia al huérfano, y a la viuda;
que ama también al extranjero dándole pan y vestido”.*

Deuteronomio 11:25

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a todos mis interlocutores de la clínica psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña”, el Centro Integral en Salud Mental de San Luis Potosí y el área de *Counseling and Testing Services* en *Washington State University*.

Agradezco a la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, en especial a la Maestría en Derechos Humanos, por hacerme parte de su comunidad y permitirme realizar con éxito estos estudios de posgrado. De igual forma estoy agradecido con el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el financiamiento del Programa Nacional de Posgrados de Calidad y del Foro Bilateral sobre Educación Superior, Innovación e Investigación, así como con *Washington State University* por permitirme realizar mi estancia corta de investigación.

Agradezco a mi comité de tesis por su asesoría en la realización de este trabajo.

ABREVIATURAS

CADH: Carta Africana de Derechos Humanos.

CDN: Convención sobre los Derechos del Niño.

CETFDM: Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

CIDH: Carta Internacional de los Derechos Humanos.

CISAME: Centro(s) Integral(es) de Salud Mental.

CISEFDR: Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial.

CITTPCID: Convención Internacional contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanas y Degradantes.

CNDH: Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

CSE: Carta Social Europea.

CTS: *Counseling and Testing Services*.

DUDH: Declaración Universal de los Derechos Humanos.

EM (principios): Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONU: Organización de las Naciones Unidas.

ETFDPD: Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad.

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

ISSSTE: Instituto de Seguridad y de Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

MHFA: *Mental Health First Aid*.

SEDENA: Secretaría de la Defensa Nacional.

TDA: Trastorno por Déficit de Atención.

TEC: Terapia electroconvulsiva.

PACADHDESC: Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

PICDP: Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

PIDESC: Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales.

REAP: Red Estatal de Atención Psiquiátrica.

SAGARPA: Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación.

UPIC: Unidad de Pacientes para Intervención en Crisis.

WSU: *Washington State University*.

ÍNDICE

1.0 CAPÍTULO PRIMERO: INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Pregunta e hipótesis.....	6
1.3 Objetivos	9
1.3.1 Objetivo general.....	9
1.3.2 Objetivos específicos	9
1.4 Apartado metodológico	11
1.5. Estado de la cuestión.....	12
1.6. Antecedentes: Políticas de la Salud Mental	15
1.6.1. Ámbito internacional.....	15
1.6.2. El caso de México	19
1.6.3. El caso de San Luis Potosí	23
2.0 CAPÍTULO SEGUNDO: LEGISLACIÓN SOBRE SALUD MENTAL	26
2.1 Introducción	26
2.2 Legislación internacional.....	26
2.3 Legislación nacional	39
2.4 Legislación local: Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña	41
2.5 Conclusión	42
3.0 CAPÍTULO TERCERO: EPISTEMOLOGÍA Y ÉTICA DE LA SALUD MENTAL: UNA VISIÓN EXTERNALISTA DE LA MENTE	45
3.1 Introducción	45
3.2 El sujeto capitalista	46
3.3 Una fundamentación material de la Mente	47
3.4 La visión externalista de la mente	50
3.5 Enfoque biopsicosocial y enfoque holístico de la Mente	51
3.6 Los Derechos Humanos en la sociedad de control	54
3.7 Conclusión	57
4.0 CAPÍTULO CUARTO: TRABAJO ETNOGRÁFICO EN TORNO A LOS DERECHOS HUMANOS DE LA SALUD MENTAL	59
4.1 Introducción	59
4.2 Cotidianeidad en el hospital	60

4.3 Problemática social reflejada en campo.....	66
4.4 El modelo de atención <i>Counseling and Testing Services</i> de la Universidad del Estado de Washington.....	68
5.0 CAPÍTULO QUINTO: LA PREVENCIÓN COMO FUNDAMENTO ÉTICO DE LA SALUD MENTAL	72
5.1 Hacia una Salud Mental preventiva	72
5.2 <i>Mental Health First Aid</i> como modelo preventivo	75
5.3 La Salud Mental preventiva como Derecho Humano.....	78
5.4 Hacia una ética integral de la Salud Mental	80
6.0 CONCLUSIONES GENERALES	83
6.1 ANEXO 1: Formato de encuesta de medición de cobertura de derechos y condiciones en instituciones psiquiátricas.....	86
6.2 ANEXO 2: Cifras de la clínica psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña” (Junio de 2015). 88	
6.3 ANEXO 3: Resultados y análisis de encuesta	90
REFERENCIAS	108

1.0 CAPÍTULO PRIMERO: INTRODUCCIÓN

El presente trabajo aborda la defensa de Derechos Humanos de las personas con padecimientos mentales, se realizó investigación documental en torno a legislación de Derechos Humanos, así como literatura antropológica y filosófica. También se realizó trabajo de campo, en su mayoría en la clínica psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña” en San Luis Potosí, México, en el verano y otoño de 2014; a principios de 2015 se llevó a cabo, además, una estancia breve de trabajo de campo en el área de *Counseling and Testing Services* en la universidad del estado de Washington, Estados Unidos de América.

La extensión de esta obra consta de cinco capítulos. El primer capítulo describe aspectos generales propios del proyecto de investigación tales como el planteamiento del problema, la pregunta de investigación, los objetivos, el apartado metodológico, el estado de la cuestión y los antecedentes en torno a las políticas de la Salud Mental. El segundo capítulo aborda la legislación concerniente a la Salud Mental pasando por los niveles internacional, nacional y local. El tercer capítulo consiste en una reflexión teórica que se erige sobre una epistemología que busca integrar lo biológico, lo psíquico y lo sociocultural; se deriva de aquí una ética que promueve una defensa de Derechos Humanos incluyente a las personas con padecimientos mentales pero que también denota el compromiso de la sociedad en el mantenimiento de la Salud Mental en general. El cuarto capítulo consiste en los aspectos etnográficos propios de la investigación de campo, tanto en la clínica “Dr. Everardo Neumann Peña”, como en *Counseling and Testing Services* de *Washington State University*. El quinto capítulo consiste en una síntesis de la información recabada tanto de manera documental como en trabajo de campo; se presentan los principales hallazgos en trabajo de campo, que se complementan con el anexo 3; además de presentar el modelo preventivo en Salud Mental *Mental Health First Aid*, se argumenta la necesidad de considerar a la Salud Mental preventiva como Derecho Humano. Se cuenta al final del escrito con una sección con conclusiones generales, y tres anexos, en donde podrán encontrarse el

formato de encuesta (anexo 1), un apartado con cifras generales de la clínica “Dr. Everardo Neumann Peña” al momento que se realizaba la investigación de campo (anexo 2), y los resultados e interpretaciones de la encuesta realizada en la clínica según los principios EM (anexo 3).

CAPÍTULO PRIMERO: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

Históricamente, las personas con padecimientos mentales han sido excluidas y marginadas de la sociedad civil. En el periodo conocido como la 'época clásica', que va desde la alta edad media hasta la revolución francesa, a los denominados 'locos' se les remitía a navíos¹ que eran dirigidos hacia la nada con el fin de que no regresaran o eran reclusos en calabozos². Los métodos de contener a las personas con padecimientos mentales han ido modificándose a lo largo del tiempo, disminuyendo quizá su brutalidad: encadenamientos, torturas, prácticas quirúrgicas intrusivas; pero aumentando su efectividad y capacidad de control: fármacos especializados, vigilancia digital.

En todo el mundo, principalmente en los países desarrollados, la época en que las personas eran reclusas a grandes centros hospitalarios con el fin de lograr una 'cura' están quedando atrás desde mediados del siglo XX. Actualmente los organismos internacionales de salud como la Organización Mundial de la Salud promueven estrategias descentralizadas de tratamiento psiquiátrico en que los pacientes únicamente acuden a los hospitales o centros de salud a recibir medicamento y terapia, pero no se encuentran propiamente internos en una institución mental.

La finalidad de este tipo de políticas en la Salud Mental es la de promover la inclusión a la comunidad de las personas diagnosticadas con enfermedades mentales. En México, la secretaría de Salud ha acatado en su legislación estas políticas internacionales, como puede corroborarse en el 'cambio' dirigido a través de la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994³, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica:

¹ Foucault, Michel (1976) Historia de la locura en la época clásica I y II. México: FCE. p.21

² Ibíd. p.79

³ Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994 Para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica. México: Secretaría de Salud.

Una característica fundamental de este cambio, es la tendencia hacia la reinserción social de la persona enferma al medio al que pertenece, favoreciendo la continuidad del tratamiento a través de la implementación de programas extrahospitalarios y comunitarios tales como hospitales de día, servicios de consulta externa, centros de día, casas de medio camino, talleres protegidos, entre otros, con especial énfasis en la prevención, desde una perspectiva integral que considera la complejidad de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de las enfermedades mentales. Para fortalecer esta tendencia es indispensable continuar el proceso modernizador de la organización y funcionamiento de los servicios de salud, que permita superar los rezagos aún prevalecientes.

Además de que la Secretaría de Salud confirma que existe la necesidad de fortalecer las políticas de reinserción de los pacientes a la comunidad, habrá que tomar en cuenta también que las políticas actuales en Salud Mental son un inevitable reflejo del neoliberalismo imperante. Para el estado puede resultar más costeable invertir en medicamento gratuito para el paciente y dejarlo vivir en el entorno familiar, que invertir en mejorar los programas e infraestructura de las instituciones, aún existentes, encargadas de atender de tiempo completo a las personas con padecimientos mentales.

La OMS promueve la desaparición paulatina de las clínicas psiquiátricas de tiempo completo al afirmar que “se pueden aplicar desincentivos financieros para que no se recurra a los centros psiquiátricos especializados. Se pueden utilizar los incentivos financieros para fomentar la atención en hospitales generales y en la comunidad⁴”. Las nuevas políticas de Salud Mental promueven la inclusión de las personas con padecimientos mentales, pero habrá que preguntarse si los pacientes no terminan siendo de igual manera excluidos en su propio entorno, sea el familiar, o el propio de la localidad en la que viven. Por lo tanto, al reconocer el contexto

⁴ Organización Mundial de la Salud. (2001) Proyecto de política de Salud Mental: paquete de orientación sobre política y servicios. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

biopsicosocial de la enfermedad mental es necesario dar relevancia a cada espacio social y ambiental de las personas diagnosticadas con enfermedades mentales.

En el caso de San Luis Potosí, México, por ejemplo, según la información etnográfica recabada en la clínica de tiempo completo “Dr. Everardo Neumann Peña”, es poco viable la descentralización de la atención psiquiátrica mientras no se fortalezcan mecanismos de apoyo y seguimiento a los pacientes desde la asistencia y el trabajo social por parte del Estado. Es común que los pacientes psiquiátricos dados de alta sean reingresados en la institución al no existir lazos sociales y un entorno ambiental favorable para el bienestar biopsicosocial de las personas. Es un hecho que los Derechos Humanos de las personas con padecimientos mentales sean mayormente vulnerados en el exterior de la clínica que dentro de ella, por lo que también se vuelve un derecho, para estas personas y la población general, el fortalecimiento de políticas de seguimiento, como la ya existente Red Estatal de Atención a Pacientes psiquiátricos (REAP), y la creación de campañas de Salud Mental preventivas para la población.

1.2 Pregunta e hipótesis

¿Son las personas con padecimientos mentales sujetos de Derechos Humanos?

En el principio de la investigación llegué a considerar que estas personas no eran sujetos de Derechos Humanos, ya que los atributos de su subjetividad no coinciden plenamente con los del sujeto del capitalismo: un sujeto que por ser productor/consumidor y racional es funcional al régimen capitalista hegemónico: imperialista, global y neoliberal. Las personas con padecimientos mentales escapan a este tipo de subjetividad; fenómeno que comienza a evidenciarse ya en el periodo de tiempo entre los siglos XVII y XVIII, conocido como la era de la ilustración, que se empalma con la época clásica demarcada por Foucault y con respecto a la cual elabora una historia de la locura:

La necesidad, descubierta en el siglo XVIII, de dar a los alienados un régimen especial, y la gran crisis de la internación que precede poco tiempo a la Revolución, se ligan a la experiencia que se ha adquirido con la obligación general de trabajar. No fue preciso llegar al siglo XVII para ‘encerrar’ a los locos, pero sí es en esta época cuando se les comienza a ‘internar’, mezclándolos con una población con la cual se les reconoce cierta afinidad. Hasta el Renacimiento, la sensibilidad ante la locura estaba ligada a la presencia de trascendencias imaginarias. En la edad clásica, por vez primera, la locura es percibida a través de una condenación ética de la ociosidad y dentro de una inmanencia social garantizada por la comunidad del trabajo. Esta comunidad adquiere un poder ético de reparto que le permite rechazar, como a un mundo distinto, todas las formas de inutilidad social. Es en este *otro mundo*, cercado por las potencias sagradas del trabajo, donde la locura va a adquirir el estatuto que le conocemos. Si existe en la locura clásica algo que hable de *otro lugar* y de *otra cosa*, no es porque el loco venga de otro cielo –el del insensato– y luzca los signos celestes;

es porque ha franqueado las fronteras del orden burgués, para enajenarse más allá de los límites sagrados de la ética aceptada⁵.

El racionalismo que viene a regir al sujeto del capitalismo surge también en esta época, erigiéndose sobre la duda del pensamiento científico y filosófico de René Descartes, una duda que es a su vez una 'certeza':

Ahora bien, esta certidumbre ha sido adquirida por Descartes, quien la conserva sólidamente: la locura ya no puede tocarlo. Sería una extravagancia suponer que se es extravagante; como experiencia de pensamiento, la locura se implica a sí misma, y por lo tanto se excluye del proyecto. Así, el peligro de la locura ha desaparecido del ejercicio mismo de la Razón. Ésta se halla fortificada en una plena posesión de sí misma, en que no puede encontrar otras trampas que el error, otros riesgos que la ilusión. La duda de Descartes libera los sentidos de encantamientos, atraviesa los paisajes del sueño, guiada siempre por la luz de las cosas ciertas; pero él destierra la locura en nombre del que duda, y que ya no puede desvariar, como no puede dejar de pensar y dejar de ser⁶.

Foucault resultó un buen punto de partida para abordar la problemática en torno a las personas con padecimientos mentales como 'sujetos de derecho', lo cual en un inicio, para mí, incurría en una falacia. Finalmente fue necesario para mí considerar otros enfoques filosóficos alternativos al post-estructuralismo europeo. La formación crítica y decolonial, propia de la institución en que me formé como maestro de Derechos Humanos, fortaleció mi postura en contra del etnocentrismo y el antropocentrismo, pero también me impulsó más allá del relativismo, para llegar a la comprensión de que las personas con padecimientos mentales son innegables sujetos de Derechos Humanos.

El estatus de universalidad de este tipo de derechos, debe trascender al sistema económico capitalista, así como al régimen neoliberal ya que se establecen como

⁵ Óp. Cit. Foucault, Michel. p.116-117

⁶ Óp. Cit. p.77-78

válidos para todos los seres humanos. De tal manera, se vuelve posible una fundamentación ética para los Derechos Humanos y la Salud Mental, descentrada del sujeto abstracto del capitalismo, basada en la concretitud de la vida y las relaciones del ser humano con otros organismos y el medio ambiente en general. Esta propuesta, tema de un capítulo posterior, surge de mi experiencia en trabajo de campo y de la literatura de diversos autores adscritos a la teoría de sistemas, la cibernética, el materialismo dialéctico, la antropología social, el enfoque biospsicosocial en la psiquiatría, y las neurociencias.

La perspectiva ética que se propone, va de acuerdo a la tradición de Derechos Humanos, que fácticamente incluye a las personas con padecimientos mentales, pero más allá de la concepción racional y capitalista del sujeto, está sustentada en la materialidad de las relaciones vivas entre el organismo y el entorno, busca establecerse también como una alternativa a una ética biomédica ortodoxa centrada en la modificación de las condiciones bioquímicas del organismo, que, como consecuencia, beneficia únicamente a las transnacionales farmacéuticas y puede ser un pretexto para que el estado deslinde responsabilidades hacia sus ciudadanos. Una perspectiva reduccionista de este tipo, ante la complejidad del tema de la Salud Mental, pretende volver funcionales a las personas con trastornos mentales, pero deja de lado toda una simbiosis de las persona con su entorno.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

El objetivo general inicial de esta investigación era demostrar un desfase entre lo expresado en torno a Derechos Humanos de las personas con padecimientos mentales en tratados internacionales y su aplicación local, a esto se consideraba atribuir un incumplimiento de derechos al no coincidir el sujeto de derecho fundamentado en los tratados con la subjetividad real de las personas con padecimientos mentales. Al consultar en extenso la literatura de Derechos Humanos, en especial, la de una postura crítica y decolonial, pude percatarme de un error inicial en el planteamiento, ya que la postura hegemónica de Derechos Humanos, que posee un sesgo capitalista, racional y occidental, no se establece como la única fundamentación viable. Esto llevó a replantear el objetivo general de esta tesis, ahora centrándose únicamente en demostrar el cómo se lleva cabo el cumplimiento de Derechos Humanos de las personas con padecimientos mentales, también denominadas ‘enfermos mentales’ o ‘pacientes psiquiátricos’, en determinados contextos: La clínica psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña en San Luis Potosí, México y el departamento *Counseling and Testing Services* en *Washington State University* en Estados Unidos de América.

1.3.2 Objetivos específicos

Observar cómo se lleva a cabo el cumplimiento de Derechos Humanos en las prácticas hospitalarias de la clínica psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña” en el municipio de Soledad de Graciano Sánchez, San Luis Potosí, México y en las prácticas de atención y seguimiento a los usuarios de *Counseling and Testing Services* de *Washington State University*, en Washington, Estados Unidos de América.

Fundamentar una ética de Salud Mental desde una perspectiva crítica y decolonial, que integre el enfoque biológico, psíquico y social. Se propone una postura ética descentralizada de un sujeto de derecho racional y capitalista, basada en las

interrelaciones de lo vivo, promoviendo a lo mental desde un criterio holístico e integrador, recalcando la relación entre organismo y medio ambiente.

Recomendar una política preventiva de Derechos Humanos y Salud Mental, que pueda instaurarse en San Luis Potosí desde las prácticas observadas en *Washington State University*, esto es el modelo australiano *Mental Health First Aid*, que tiene como finalidad capacitar a la población en general ante las contingencias de Salud Mental que pueden presentarse en la vida diaria, lo que permite concientizar a las personas sobre el papel de todos los ciudadanos en el mantenimiento de la Salud Mental y reducir el estigma social de las personas con padecimientos mentales.

1.4 Apartado metodológico

Inicialmente se realizó una búsqueda documental de los tratados internacionales y legislación nacional concernientes a la Salud Mental y los Derechos Humanos; toda esta documentación se encuentra difundida a través de la red y representa un fácil acceso a la población en general. De aquí se realizó una compilación que permitió la redacción de un capítulo de la presente tesis, además, legislaciones internacionales como los denominados Principios EM sirvieron como una guía para desarrollar un instrumento cualitativo de cumplimiento en Derechos Humanos con respecto a las prácticas y políticas de la clínica “Dr. Everardo Neumann Peña”.

La metodología de tipo etnográfico utilizada para la investigación cuenta con dos aspectos. Uno es el hermenéutico, basado en el trabajo de la antropología médica y psiquiátrica de Ángel Martínez-Hernández⁷, que consiste en “la apertura al dominio cultural en el que viven los individuos que presentan síntomas, los entienden y los interpretan”; una orientación en la que se reflejan las influencias de la filosofía hermenéutica europea, así como de autores destacados de la antropología simbólica e interpretativa de los años sesenta y setenta del siglo XX como Victor Turner y Clifford Geertz. El trabajo de Martínez-Hernández se ha centrado en torno a entrevistas a pacientes psiquiátricos, independientemente de que la presente investigación no se encuentre dirigida directamente hacia ellos, la metodología es útil también para realizar una labor hermenéutica con el personal que interpreta los síntomas y la cotidianidad de los pacientes en la clínica “Dr. Everardo Neumann Peña” destinada a la realización del trabajo de campo.

El segundo aspecto metodológico a considerar es de tipo observacional, al proceder inductivamente con la verificación de los Derechos Humanos de los pacientes psiquiátricos, a través de una encuesta al personal de la clínica “Dr. Everardo Neumann Peña”. En un inicio se consideró partir de una guía sobre legislación internacional que se encuentra presente como anexo en el *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud*

⁷ Martínez-Hernández, Ángel (1998) Antropología *versus* psiquiatría: el síntoma y sus interpretaciones. Revista de la Asociación Española Neuropsiquiatría. 15 (68) 645-659 p.647

*Mental, Derechos Humanos y Legislación*⁸; lo que se pretendía hacer era adaptar dicha guía al contexto local de la clínica Dr. Everardo Neumann Peña, en una lista de control extensa. Por las condiciones de trabajo de campo, no fue posible realizar todas las entrevistas necesarias para abordar todos los temas enumerados en dicha clínica y mucho menos realizar encuestas al personal que asimilaran toda la información requerida. Por tal razón, se optó por realizar una encuesta breve, que pudiera ser aplicada a una parte significativa del personal de la clínica, basada específicamente en los Principios para la Protección de Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención en Salud Mental (Principios EM), decretados por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en 1991. El instrumento consiste en diez reactivos provenientes de los incisos del treceavo principio EM, los cuales son evaluados en una escala Likert del uno al cinco. El mismo personal de la clínica fue el encargado de realizar esta evaluación a través de una encuesta que expresaba su consideración sobre el grado de cumplimiento de determinado derecho.

1.5. Estado de la cuestión

Esta obra de tesis se podría considerar un trabajo de antropología médica aplicada; la antropología médica se encarga de estudiar la representación y organización humana en torno a los procesos de salud y enfermedad; la antropología aplicada se aboca a situaciones sociales concretas con la finalidad de colaborar en procesos de evaluación, autogestión y empoderamiento que son del mismo interés del grupo social que se está estudiando.

Esta investigación contó con las características de ambas vertientes en la antropología ya que se trabajó con la representación y, en especial, con la organización en torno a la Salud Mental en la clínica “Dr. Everardo Neumann Peña” y el departamento de *Counseling and Testing Services*; pero también, la investigación estuvo dirigida hacia la defensa y promoción de Derechos Humanos de los pacientes

⁸ Organización Mundial de la Salud (2006) Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

psiquiátricos, misma que derivó en un interés por extender esta defensa y promoción de la Salud Mental a la sociedad en general.

Existe una vasta literatura de la antropología médica y la Salud Mental de donde destacan el *Manual de Estudios Sociales en Salud y Medicina* de Gary Albrecht, Ray Fitzpatrick, y Susan Scrimshaw, la *Enciclopedia de la Salud y el comportamiento de Norman Anderson*, y el *Manual de la psicología de la salud* de Andrew Baum, Tracey Revenson, and Jerome Singer⁹. En el idioma español existe el antecedente del trabajo de Ángel Martínez-Hernández de donde destaca la etnografía que realiza a través de la red asistencial de Barcelona que derivó en la obra *¿Has visto cómo llora un cerezo?: pasos hacia una antropología de la esquizofrenia*¹⁰.

En México podemos tomar en cuenta trabajos propiamente de antropología aplicada, como *La Salud Mental en contextos interculturales* de Armando Barriguete Méndez (et al) en donde se busca, a través de un enfoque intercultural, sensibilizar y capacitar a profesionales de salud para trabajar con población indígena en el ámbito de la Salud Mental. Del trabajo realizado por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz destaca el artículo de Información y educación, base para la prevención Salud Mental, en donde, partiendo de la experiencia documental y en campo, se realizan observaciones sobre la necesidad de fortalecer el aspecto de la Salud Mental preventiva en México. También podría considerarse aquí el trabajo de campo realizado para la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, y la Secretaría de Salud que permitió la redacción del Informe sobre el sistema de Salud Mental en México (IESM-OMS), en donde se presentan aspectos concernientes a las políticas, legislación, servicios e infraestructura en México; la investigación se llevó a cabo en cada entidad federativa, siendo la principal colaboradora para el caso de San Luis Potosí, la entonces directora de Salud Mental del estado, la Dra. Natalia Narvaéz, ahora directora del CISAME y quien fue posible entrevistar para el presente trabajo de tesis.

⁹ Acadia, Spencer (2013) Reference and Research for Medical Sociology, Medical Anthropology and Health Psychology. Reference & User Services Quarterly. 53 (2) p.119-125.

¹⁰ Martínez-Hernández, Angel (2000) *¿Has visto cómo llora un cerezo?: pasos hacia una antropología de la esquizofrenia*. Barcelona: Edicions Universitat Barcelona.

Existen pocos antecedentes en San Luis Potosí que se hayan encargado de realizar un trabajo antropológico de la Salud Mental. Podemos señalar aquí el proyecto de investigación de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí a cargo del Dr. Gustavo Aviña Cerecer denominado “Salud Mental y contexto sociocultural” en los años de 2007 y 2008, del cual formé parte como investigador; de aquí derivó también el reporte de proyecto profesional como trabajo de titulación de la Lic. Perla María Ponce de León. En este proyecto se realizó trabajo de campo en varias localidades del estado de San Luis Potosí de las zonas altiplano, media y huasteca; realizando investigación en centros de salud con personal médico y de enfermería, y en los domicilios de pacientes adscritos a la Red Estatal de Atención Psiquiátrica, llevando a cabo entrevistas con ellos mismos y sus familiares.

Es posible afirmar que el proyecto de investigación que aquí se presenta es el primero que se realiza desde la antropología médica aplicada con un enfoque de Derechos Humanos en el estado de San Luis Potosí, posiblemente el primer trabajo de tesis de este tipo, a nivel nacional; además de ser la primer tesis de antropología en que la clínica psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña” colabora con permitir el acceso a sus espacios, con la gestión de la Dra. Sarah Antonieta Navarro Sánchez.

1.6. Antecedentes: Políticas de la Salud Mental

1.6.1. Ámbito internacional

La OMS¹¹ establece que las personas con trastornos mentales pueden, en algunos casos, representar un riesgo para sí mismos y para los otros debido al deterioro de sus alteraciones en la conducta y un deterioro con respecto a su capacidad de decisión. La OMS establece que “esto tiene consecuencias para la gente que está en relación con ellos: familiares, vecinos, compañeros de trabajo, y la sociedad en general”¹². Esta afirmación nos permite aludir a Michel Foucault, al tener en cuenta que, una subjetividad que no se adapta a los requerimientos del contexto sociocultural se le adjudica una etiqueta anómica de ‘enfermo mental’ y se le somete a un régimen disciplinario con el fin de ajustar dicha subjetividad a un funcionamiento que derive en un criterio funcional para la sociedad.

La OMS establece que el riesgo de agresión asociado a personas que padecen trastornos mentales es relativamente bajo y existe en la sociedad occidental una creencia en gran medida errónea sobre la peligrosidad de los trastornos mentales; esto no deberá impedir bajo ninguna circunstancia la puesta en marcha de legislación sobre Salud Mental, pues las personas con trastornos mentales soportan condiciones de vida extremadamente duras en algunos países. Estas personas se enfrentan a una alta marginación social y económica debido a la discriminación y a la ausencia de protección legal frente a tratos abusivos e inadecuados. Se les niega una serie de oportunidades implícitas en los derechos fundamentales de los individuos, tales como la educación, el trabajo y el disfrute de servicios públicos y privados. A su vez, la OMS señala que pudieran existir ciertas leyes que no discriminan activamente a las personas con trastornos mentales, pero que, sin embargo, colocan trabas y cargas innecesarias sobre estas; en algunos países las personas con trastornos mentales pueden ser

¹¹ *Ibíd.*

¹² *Ibíd.* P.9

objetos de vejaciones que se traducen en la negación arbitraria de derechos que son garantizados a los ciudadanos que no padecen trastornos mentales. Según la OMS¹³

Las violaciones de Derechos Humanos y libertades básicas y la denegación de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales a aquellas personas que sufren de trastornos mentales son un suceso común alrededor del mundo, tanto en ámbitos institucionales como en la comunidad. El abuso físico, sexual y psicológico es una experiencia cotidiana para muchas personas con trastornos mentales. Además, estas personas se enfrentan con una injusta denegación de oportunidades laborales y con discriminación en el acceso a servicios, seguros de salud y políticas de vivienda.

Las políticas sobre Salud Mental se traducen en mecanismos encargados de proteger los Derechos Humanos de las personas con trastornos mentales que llegan a ser muy complejos y detallados, lo que puede provocar que parezcan inadecuados en legislación que no está específicamente destinada a tratar sobre Salud Mental. Al existir un desfase entre las políticas y la legislación de Salud Mental la OMS establece que se requiere de prestar más tiempo a una discusión legislativa, por el hecho de que pudiera existir la necesidad de efectuar múltiples modificaciones a la legislación existente. En torno a la relación existente entre la política de Salud Mental y la legislación, la OMS¹⁴ afirma:

La legislación sobre Salud Mental es esencial para complementar y reforzar la política sobre Salud Mental, pero no es su sustituta. Proporciona un marco legal que asegura la consideración de temas complejos, como son el acceso a los servicios de Salud Mental, la prestación de una atención con calidad humana y técnica, la rehabilitación y el seguimiento, la total integración de las personas con

¹³ Organización Mundial de la Salud (2006) Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Pp. 1-2.

¹⁴ Organización mundial de la Salud (2003) Legislación sobre Salud Mental y Derechos Humanos de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. P.11.

trastornos mentales en la comunidad y la promoción de la Salud Mental en diferentes sectores de la sociedad.

Existen algunos aspectos clave entre las políticas y legislación sobre Salud Mental que destaca la OMS¹⁵ como son los Derechos Humanos, la integración a la comunidad, la vinculación con otros sectores y las mejoras hacia la calidad de la atención médica. Con respecto a los primeros, para la OMS tienen el imperativo de establecerse como una dimensión clave para el “diseño, desarrollo, seguimiento y evaluación de los programas y políticas de Salud Mental¹⁶”. Podemos aquí incluir derechos fundamentales como son el derecho a la igualdad, la dignidad, el respeto a la privacidad y autonomía individual, a la información y la participación, así como a la no discriminación. La legislación sobre Salud Mental deberá actuar como un instrumento que logre codificar y consolidar estos derechos que la OMS menciona como esenciales para la política sobre Salud Mental.

Otro aspecto clave sobre la legislación y las políticas de Salud Mental sería la integración a la comunidad, según la OMS este es un tema de radical importancia para la mayoría de los países que han desarrollado o revisado políticas de Salud Mental. Destacan situaciones en estas legislaciones como el ingreso involuntario, que debe estar restringido a situaciones muy particulares, en las que el individuo represente una amenaza para sí mismo y las personas en su entorno, y cuando las alternativas que estén basadas en los servicios comunitarios no resulten factibles.

El siguiente aspecto que señala la OMS es la vinculación de las políticas y la legislación de Salud Mental con otros sectores, esto quiere decir que la legislación busca evitar la discriminación contra las personas con trastornos mentales en el ámbito laboral. Ejemplo de ello pueden ser la protección contra despidos que se asocien al que las personas hayan sido diagnosticadas con alguna enfermedad mental; otro sería la promoción de una discriminación de tipo positivo que permita mejoras al acceso de las personas con enfermedades mentales hacia empleos remunerados. Cabe destacar

¹⁵ Id.

¹⁶ Íd.

también aquí la cuestión de la vivienda; al respecto de ello, la legislación puede volver más permisivo su acceso, para así evitar la segregación espacial y geográfica de las personas con trastornos mentales. Esto se establece como una pugna con el fin de que las autoridades proporcionen viviendas subvencionadas hacia las personas afectadas por algún trastorno mental. Otra vinculación a destacar sería una cuestión netamente económica: la promoción de pensiones hacia las personas diagnosticadas con algún trastorno mental por minusvalía, lo que contribuye hacia una situación económica más justa y equitativa con respecto a los demás ciudadanos.

El último aspecto a recalcar sobre la política y legislación de Derechos Humanos serían las mejoras hacia la calidad de la atención médica. Las disposiciones legislativas con respecto a las condiciones generales de vida y la protección contra el tratamiento inhumano o degradante permiten establecer mejoras significativas hacia la eficacia de los dispositivos de Salud Mental. A través de la legislación es posible fijar estándares mínimos respecto a las condiciones de vida y el tratamiento en los dispositivos de Salud Mental. Se pueden establecer, a su vez, requisitos y habilidades mínimas que acrediten a los profesionales de la Salud Mental y puedan asegurar que exista un mínimo de conocimientos que deban cumplirse para desempeñar su función bajo determinado régimen de Estado. De igual manera, es posible fijar estándares mínimos de personal al acreditar los dispositivos de Salud Mental; esto puede funcionar como un incentivo que promueva la inversión para el desarrollo de recursos humanos óptimos.

1.6.2. El caso de México

El Programa de Acción específico (2007-2012) en Salud Mental¹⁷ señala que en México en el año 2000, por orden de la Secretaría de Salud, se realizó la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica; se demostró que una tercera parte de la población adulta en comunidades urbanas ha padecido en algún momento, a lo largo de su vida, algún trastorno mental. Los trastornos más frecuentemente detectados fueron los de ansiedad en un 14.3%. Seguidos a los trastornos relacionados al abuso de sustancias en un 9.2% y los trastornos afectivos, en un 9.1%. En la población femenina los trastornos más frecuentes fueron los afectivos y de ansiedad; en los hombres, los trastornos por abuso de sustancias. La comorbilidad se encontró asociada a un trastorno psiquiátrico en el 33% de los casos, además de que los trastornos de ansiedad se encontraron asociados con algunas otras patologías. Los estudios con población rural son más escasos, aunque existen indicadores como el de depresión (5.3% población urbana, 3.3 población) y esquizofrenia (0.4 ambas regiones) que arrojan luz sobre la magnitud del problema de Salud Mental en las zonas rurales

Según un estudio¹⁸ de la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y la Secretaría de Salud, en México, del total del presupuesto asignado a la salud, solamente el 2% se destina al ámbito de la Salud Mental; según se establece¹⁹ “de este monto, se destina el 80% a la operación de los hospitales psiquiátricos; dadas estas condiciones, las acciones enfocadas al trabajo comunitario se ven reducidas”. De aquí, al igual que en otros países, surge la necesidad de incrementar la inversión en la atención comunitaria y de puertas abiertas, aunque como ya se ha mencionado, esto no deberá significar tampoco una disminución en la calidad de atención de los hospitales psiquiátricos.

¹⁷ Secretaría de Salud (2007). Programa de Acción Específico 2007-2012 Salud Mental. México: Secretaría de Salud.

¹⁸ Secretaría de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. (2011) Informe de la evaluación del sistema de Salud Mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS). México: Secretaría de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.

¹⁹Ibíd. P.6

Sin duda, el modelo de tiempo completo o modelo terciario es el eje de la atención psiquiátrica; en el país existen 46 hospitales psiquiátricos, 13 unidades de internamiento en hospitales generales y 8 establecimientos residenciales. Habrá que agregar que el acceso a estos centros de atención se ve restringido por barreras geográficas, debido a que la mayoría de estos se ubican en las grandes ciudades o muy cercanos a estas, por lo que el acceso a atención psiquiátrica se dificulta en gran medida para población rural e indígena, a pesar de las leyes y normas existentes en pos de la igualdad en la atención en salud. El estudio²⁰ pone en evidencia también que:

Se cuenta con 544 establecimientos de Salud Mental ambulatorios que ofrecen atención a 310 usuarios por cada 100,000 habitantes en contraste con los hospitales psiquiátricos que atienden a 47 usuarios por cada 100,000. La mayoría de los pacientes son adultos; la población de niños y adolescentes asciende a 27% en unidades ambulatorias y a 6% en hospitales psiquiátricos.

Lo anteriormente mencionado, con respecto a población joven, es importante de tomar en consideración ya que la Encuesta Nacional de Epidemiología psiquiátrica evidencia que el inicio de la mayoría de los trastornos psiquiátricos se da en las primeras décadas de vida; advierte que “el 50% de los trastornos mentales inician antes de los 21 años de edad. De acuerdo con otros estudios, 24.7% de los adolescentes se encuentran afectados por uno o más problemas de Salud Mental. Los trastornos más recurrentes entre adolescentes son problemas de aprendizaje, retraso mental, trastornos de ansiedad y por déficit de atención, depresión y uso de sustancias, así como intentos de suicidio²¹.

La secretaría de Salud²² señala que el 50% de los pacientes, que reciben atención psiquiátrica, se atiende en servicios hospitalarios. México sería uno de los países en donde un mayor porcentaje de los pacientes es atendido en servicios

²⁰ Id.

²¹ Id.

²² Id.

especializados independientemente de la gravedad de su trastorno, lo que aumenta los costos del tratamiento y vuelve más amplia la brecha para su atención. Se establece:

Las últimas políticas y acciones mundiales de Salud Mental plantean que la atención primaria [o preventiva] debe de ser el punto donde se articule la atención de la Salud Mental comunitaria. En este sentido, a México le falta mucho por hacer ya que solamente un 30% de estos establecimientos cuentan con protocolos de evaluación y tratamiento para condiciones claves de Salud Mental y realizan al mes por lo menos una referencia a un especialista en Salud Mental. Del mismo modo, el porcentaje de cursos de actualización y/o de educación, relacionado con temas de Salud Mental dirigidos a los profesionales que trabajan en este nivel, es menor al 15%. El número total de recursos humanos que trabajan en dispositivos de Salud Mental asciende a 10,000 y la tasa por cada 100,000 habitantes se distribuye de la siguiente manera: 1.6 psiquiatras, 1 médico, 3 enfermeras, 1 psicólogo, 0.53 trabajadores sociales, 0.19 terapeutas, 2 profesionales/técnicos de salud. Estos recursos son insuficientes, mal distribuidos y la mayoría de ellos están concentrados en los hospitales psiquiátricos.

A su vez, México cuenta con diversas organizaciones de familiares y usuarios, que cuentan con regulación administrativa por parte de la Junta de Asistencia Privada, sin embargo, gozan de una limitada regulación operativa. Existe un organismo encargado de supervisar las campañas de educación y concientización al público sobre Salud Mental por parte de la Secretaría de Salud, así como diversas agencias gubernamentales, no gubernamentales y organizaciones profesionales que promueven este tipo de políticas. Pero es preciso señalar que “todavía falta una efectiva promoción y atención de la Salud Mental²³”, además de que son pocas las escuelas de nivel medio y medio superior que cuentan con psicólogos y trabajadores sociales que lleven a cabo campañas de promoción y prevención.

²³ Id.

1.6.3. El caso de San Luis Potosí

1.6.3.1. Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña

El estado de San Luis Potosí, cuenta con la clínica psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña”; única en su tipo, además de que se encarga de ingresar pacientes psiquiátricos de otras entidades que no cuentan con instituciones de atención psiquiátrica de tiempo completo, como, por ejemplo, el estado vecino de Querétaro.

La clínica se encuentra ubicada, en un entronque al oriente de la ciudad de San Luis Potosí en el kilómetro ocho de la carretera San Luis-Matehuala, después de transitar alrededor de un kilómetro y medio a través del entronque, pasando por fraccionamientos privados de construcción reciente y una institución perteneciente a la SAGARPA. La clínica cuenta con amplios jardines para el esparcimiento de los internos y un estacionamiento frontal, además de una variedad de áreas como son las salas o pabellones de los internos, baños, comedores, talleres, biblioteca, cocinas y áreas especializadas según el tratamiento médico. También existe un área denominada UPIC (Unidad de Pacientes para Intervención en Crisis) designada a pacientes que ingresan en calidad de observación y que son acompañados en su estancia por familiares.

Resulta conveniente la optimización referente al tema de Derechos Humanos en la clínica, en especial por un proceso de certificación en el que se encuentra actualmente. Observadores de la Comisión Nacional de Derechos Humanos han acudido en fechas recientes a realizar evaluaciones en la clínica, y reportaron algunos aspectos a mejorar por parte de la institución; principalmente, el conocimiento por parte de todo el personal del hospital sobre legislación nacional e internacional en Derechos Humanos y Salud Mental. Sin embargo, en una sola ocasión registrada han acudido representantes de la comisión de Derechos Humanos a realizar capacitación, lo cual no parece ser suficiente para que el personal sea ampliamente conocedor de legislaciones nacionales e internacionales.

1.6.3.2. Red Estatal de Atención a Pacientes Psiquiátricos

En el año de 1994, con el fin de mejorar la calidad de vida que padecen algún problema de Salud Mental y sus familiares, la Secretaría de Salud del Estado de San Luis Potosí, creó la Red Estatal de Atención Psiquiátrica (REAP)²⁴; a través de esta, se brinda atención, control y seguimiento a las personas que así lo requieran.

Los usuarios de la red pueden acudir a los 174 Centros de Salud distribuidos en la Zona altiplano, Zona Centro, Zona media y Zona huasteca del estado; así como en los Hospitales Comunitarios de Villa de Arista, Ciudad del Maíz, Xilitla, Aquismón, Ébano, Salinas de Hidalgo y Axtla de terrazas.

Existen otras unidades de salud especializadas que prestan servicio a los incorporados a la REAP: los CISAME de Ciudad Valles y San Luis Potosí, la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña” en el municipio de Soledad de Graciano Sánchez, así como el Hospital Central “Ignacio Morones Prieto” en la capital del estado.

En el año de 2008 se encontraban incorporadas a la Red Estatal de Atención Psiquiátrica un total de 3 mil 300 personas, de los cuales el 44 por ciento era constituido por pacientes con epilepsia, el 18 por ciento con personas con esquizofrenia, el 10 por ciento con pacientes con trastornos afectivos, y un 28 restante, con otros padecimientos mentales diversos. La cifra de pacientes inscritos a la REAP ha presentado aumentos muy considerables a lo largo del tiempo, para el año de 2010 la cifra se había incrementado casi al doble con una adscripción de 6 mil 492 usuarios.

La atención que se presta a los pacientes y familiares de la REAP se realiza fundamentalmente en los Centros de Salud, ahí se estabiliza al paciente y evalúa; en el caso de que este requiera atención especializada se le envía a las áreas de especialidad y se le orienta con la finalidad de llevar un mejor seguimiento del caso. Los hospitales de Rio Verde, Matehuala y Ciudad Valles, cuentan con médico psiquiatra, y se cuenta en los 174 centros de salud con los medicamentos prescritos para cada usuario registrado en la REAP.

Las terapias y el tratamiento de los usuarios de la REAP son totalmente gratuitos, ya que la red está dirigida a las personas que no cuentan con servicios de

²⁴<http://www.slpsalud.gob.mx/sala-de-prensa/archivo/371-se-consolida-la-red-estatal-de-atencion-psiQuiatrica.html>

seguridad social como los que son provistos por el IMSS e ISSSTE y la SEDENA, con la excepción de las personas afiliadas al Seguro Popular, que también son responsabilidad de los Servicios de Salud en el Estado.

2.0 CAPÍTULO SEGUNDO: LEGISLACIÓN SOBRE SALUD MENTAL

2.1 Introducción

A continuación, se presenta una serie de legislaciones internacionales que a manera de pactos y tratados tocan el tema de la Salud Mental; no existe propiamente un derecho destinado a las personas con padecimientos mentales, pero por el mero hecho de ser seres humanos, estos son considerados como sujetos de Derechos Humanos, independientemente del régimen político y económico. Existen legislaciones concretas referentes a la Salud Mental como los “Principios para la protección de enfermos mentales y mejoramiento de la atención en Salud Mental” (Principios EM) que se establecen como recomendaciones a los países de la ONU, referentes al tema de la Salud Mental, así como legislaciones nacionales, en el caso de México, como es la norma NOM-025-SSA2-1994; existen también legislaciones locales en las instituciones psiquiátricas como es el caso de la clínica “Dr. Everardo Neumann Peña”.

2.2 Legislación internacional

La OMS²⁵ establece una clasificación genérica en torno a los instrumentos internacionales que pueden servir como referente al tema de Salud Mental, misma que puede establecerse en dos tipos: los instrumentos que obligan de una manera legal a los Estados que han ratificado tratados, pactos y convenciones internacionales; y aquellos que se establecen como estándares internacionales en materia de Derechos Humanos. Estos son considerados como principios o directrices, y se consolidan internacionalmente a través de declaraciones, resoluciones o recomendaciones. La OMS se encarga de señalarlos específicamente de la siguiente manera:

²⁵ Organización Mundial de la Salud (2006) Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. P.9.

Son ejemplos del primer tipo tratados internacionales de Derechos Humanos tales como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PICDP)²⁶, y el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (PIDESC)²⁷. Los instrumentos de la segunda categoría, que incluyen Resoluciones de la Asamblea General de Naciones Unidas como los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (Principios EM)²⁸, aunque no son legalmente vinculantes [como los anteriores], pueden y deben influir la legislación de los países, dado que representan el consenso de la opinión internacional sobre la materia.

La OMS señala que existe una percepción generalizada por el hecho de que los instrumentos de Derechos Humanos relativos a la Salud Mental y a la discapacidad se establecen como resoluciones no vinculantes y no convencionales de carácter obligatorio, la legislación para cada país sobre Salud Mental queda sujeta a la discrecionalidad de su propio gobierno. Sin embargo, nada es más alejado de la verdad; para la OMS,²⁹ “dado que los gobiernos tienen “la obligación, bajo el derecho internacional de los Derechos Humanos de asegurarse de que sus políticas y prácticas se adecuen a las normas obligatorias del derecho internacional en cuanto a Derechos Humanos”; se puede afirmar que estas normas instauran una protección internacional hacia las personas diagnosticadas con trastornos mentales. Cabe señalar que en México, a partir de la reforma constitucional del año 2011, los tratados internacionales de Derechos Humanos ratificados por el estado poseen una igual validez jurídica que la

²⁶ Organización de las Naciones Unidas (1966) Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Nueva York: Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/D47.pdf>

²⁷ Organización de las Naciones Unidas (1966) Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas. Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/D50.pdf>

²⁸ Organización de las Naciones Unidas (1991) Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. Nueva York: Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. <http://www.pgjdf.gob.mx/temas/4-6-1/fuentes/6-A-5.pdf>

²⁹ *Ibíd.* p.10

misma constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, lo que se expresa en el artículo primero³⁰:

En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los Derechos Humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece.

La “Carta Internacional de Derechos Humanos” se encuentra conformada por la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH)³¹, por el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El artículo 1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, al afirmar que todos los seres humanos son nacidos libres y con una igualdad en dignidad y derechos, extiende su cobertura hacia las personas con trastornos mentales, las cuales poseen el derecho al goce y protección de sus derechos fundamentales. Además, en el año de 1996, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales adopta la Observación General No. 5; se especifica aquí la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales a personas con discapacidad tanto mental como física.

La OMS³² hace la observación de que el Comité de Derechos Humanos, que ha sido establecido como órgano de monitoreo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, “aún no ha elaborado una Observación General específica sobre los derechos de las personas con trastornos mental”. No obstante, dicho comité ha emitido la Observación General No. 18; esta define la protección contra la discriminación en

³⁰ Estados Unidos Mexicanos (2015) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México: H. Congreso de la Unión. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm>

³¹ Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. (1998 [1948]) Declaración Universal de los Derechos Humanos. Santiago: Oficina Regional de Educación de la UNESCO para América Latina y el Caribe. <http://unesdoc.unesco.org/images/0017/001790/179018m.pdf>

³² *Ibíd.* p.10

contra de las personas con alguna discapacidad, lo que se establece bajo el artículo 26 del pacto.

En el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su artículo número 12, se establece el derecho de todas las personas al disfrute del óptimo nivel posible de salud física y mental:

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
 - a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, el sano desarrollo de los niños;
 - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
 - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
 - d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

El derecho a la salud es reconocido en otras convenciones, tal es el caso de la Convención internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (CISEFDR)³³; esto podemos observarlo en el apartado e, inciso i, del artículo 5:

- e) Los derechos económicos, sociales y culturales, en particular:
 - i) El derecho al trabajo, a la libre elección de trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo, a la protección contra el desempleo, a igual salario por trabajo igual y a una remuneración equitativa y satisfactoria;
 - ii) El derecho a fundar sindicatos y a sindicarse;

³³Organización de las Naciones Unidas (1965) Convención internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial. Nueva York: Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas.

- iii) El derecho a la vivienda;
- iv) El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales.

Para un enfoque de género es relevante también el tema de la Salud Mental, debido a la vulnerabilidad del género femenino ante el incumplimiento de Derechos Humanos por parte del género masculino, aunado a la vulnerabilidad propia de cualquier persona con algún padecimiento mental. Con respecto a la protección de las mujeres diagnosticadas con trastornos mentales se vuelven relevante el artículo 11 (apartado 1, inciso 'e' y 'f' y apartado 2) y 12 de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CETFDM)³⁴:

Artículo 11:

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del empleo a fin de asegurar a la mujer, en condiciones de igualdad con los hombres, los mismos derechos, en particular:

(...)

e) El derecho a la seguridad social, en particular en casos de jubilación, desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otra incapacidad para trabajar, así como el derecho a vacaciones pagadas;

f) El derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción.

Artículo 12:

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a

³⁴Organización de las Naciones Unidas (1979) Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Nueva York: Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100039.pdf

servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

Las personas pueden ser diagnosticadas con trastornos mentales independientemente de su edad; es necesario también establecer y promover una protección hacia la infancia, por lo que el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)³⁵ establece:

1. Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

Existe de igual forma la Convención Internacional contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanas y Degradantes (CITTPCID)³⁶, la cual es fundamental para proteger la integridad física de las personas con trastornos en sus procesos de internamiento, tratamiento y rehabilitación; el artículo 16 de esta convención obliga a los Estados a prevenir este tipo de acciones sobre los individuos:

1. Todo Estado Parte se comprometerá a prohibir en cualquier territorio bajo su jurisdicción otros actos que constituyan tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes y que no lleguen a ser tortura tal como se define en el artículo 1, cuando esos actos sean cometidos por un funcionario público u otra persona que actúe en el ejercicio de funciones oficiales, o por instigación o con el consentimiento o la aquiescencia de tal funcionario o persona. Se aplicarán, en particular, las

³⁵ Organización de las Naciones Unidas (1989) Convención sobre los Derechos del Niño. Nueva York: Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Programas/Discapacidad/Conv_DNi%C3%B1o.pdf

³⁶ Organización de las Naciones Unidas. Convención Internacional contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanas y Degradantes. Nueva York: Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. <http://www.pgjdf.gob.mx/temas/4-6-1/fuentes/11-A-2.pdf>

obligaciones enunciadas en los artículos 10, 11, 12 y 13, sustituyendo las referencias a la tortura por referencias a otras formas de tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes.

2. La presente Convención se entenderá sin perjuicio de lo dispuesto en otros instrumentos internacionales o leyes nacionales que prohíban los tratos y las penas crueles, inhumanas o degradantes o que se refieran a la extradición o expulsión.

La OMS³⁷ observa que algunas instituciones ofrecen distintos tipos de trato inhumano y degradante, además de que la falta de recursos financieros y profesionales no implica una excusa hacia este tipo de situaciones en la que las personas con trastornos mentales pueden verse inmersas; estas pueden ser:

La falta de un ambiente seguro e higiénico; la falta de comida y de vestido; la falta de calefacción y ropa de abrigo adecuada; la falta de servicios adecuados de salud para prevenir la diseminación de enfermedades contagiosas; la falta de personal suficiente, que lleva a que se exija a los pacientes llevar a cabo labores sin paga, o a cambio de privilegios menores; y los sistemas de restricción física, como aquellos que fuerzan a la persona a soportar sobre su propio cuerpo su orina y heces, o le impiden pararse y moverse libremente durante largos periodos de tiempo.

Además de los ya mencionados sistemas internacionales encargados del monitoreo de Derechos Humanos, existen varias convenciones abocadas a su protección, y que, al igual que en los sistemas internacionales aluden al tema de Salud Mental. Se presenta a continuación las referencias que se pueden encontrar en el contexto de Europa, África y las Américas. La región europea cuenta con el reconocimiento de salud a través de la Carta Social Europea³⁸ (CSE):

Artículo 11

³⁷ *Ibidem*. P.12.

³⁸ Consejo de Europa (1996) Carta Social Europea. Estrasburgo: Consejo de Europa. <http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/presentation/escrbooklet/Spanish.pdf>

Derecho a la protección de la salud

Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud, las Partes se comprometen a adoptar, directamente o en cooperación con organizaciones públicas o privadas, medidas adecuadas para, entre otros fines:

1. eliminar, en lo posible, las causas de una salud deficiente;
2. establecer servicios educacionales y de consulta dirigidos a la mejora de la salud y a estimar el sentido de responsabilidad individual en lo concerniente a la misma;
3. prevenir, en lo posible, las enfermedades epidémicas, endémicas y otras, así como los accidentes.

En el continente africano se dictaminó la Carta de Banjul, o Carta Africana de Derechos Humanos (CADH)³⁹, la cual, en relación a la Salud Mental en su Artículo 16 establece lo siguiente:

1. Todo individuo tendrá derecho a disfrutar del mejor estado físico y mental posible.
2. Los Estados firmantes de la presente Carta tomarán las medidas necesarias para proteger la salud de su pueblo y asegurarse de que reciben asistencia médica cuando están enfermos.

Para el caso de las Américas, se estableció el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PACADHDESC)⁴⁰; aquí, en su artículo 10 sobre el derecho a la salud se instaura lo siguiente:

³⁹ Organización de la Unidad Africana (1981) Carta Africana de Derechos Humanos. Nairobi: Asamblea de Jefes de Estado y Gobierno de la Organización de la Unidad Africana

⁴⁰ Organización de los Estados Americanos. (1988) Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. San Salvador: Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos.

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.
2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:
 - a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
 - b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
 - c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
 - d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;
 - e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud,
 - f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

Otro aspecto que cabe destacar del PACADHDESC se refiere en específico a los derechos de las personas con discapacidad, y los países que la ratifiquen están comprometidos a destinar medidas hacia la provisión de recursos y un ambiente necesario para alcanzar el mayor desarrollo posible de la personalidad de aquellos con discapacidad. El artículo que aborda esta problemática sería el número 18, sobre la protección a minusválidos, este establece:

Toda persona afectada por una disminución de sus capacidades físicas o mentales tiene derecho a recibir una atención especial con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad. Con tal fin, los Estados partes se comprometen a adoptar las medidas que sean necesarias para ese propósito y en especial:

- a. ejecutar programas específicos destinados a proporcionar a los minusválidos los recursos y el ambiente necesario para alcanzar ese objetivo, incluidos programas laborales adecuados a sus posibilidades y que deberán ser libremente aceptados por ellos o por sus representantes legales, en su caso;
- b. proporcionar formación especial a los familiares de los minusválidos con el fin de ayudarlos a resolver los problemas de convivencia y convertirlos en agentes activos del desarrollo físico, mental y emocional de éstos;
- c. incluir de manera prioritaria en sus planes de desarrollo urbano la consideración de soluciones a los requerimientos específicos generados por las necesidades de este grupo;
- d. estimular la formación de organizaciones sociales en las que los minusválidos puedan desarrollar una vida plena.

En materia de discriminación hacia las personas con trastornos mentales en la región de las Américas se vuelve esencial el reconocimiento de la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (ETFDPD)⁴¹. Esta convención toma a consideración a todas las personas con discapacidades físicas o mentales y promueve su plena integración a la sociedad. En su preámbulo la convención establece lo siguiente:

Teniendo presente el Convenio sobre la Readaptación Profesional y el Empleo de Personas Inválidas de la Organización Internacional del Trabajo (Convenio 159); la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental (AG.26/2856, del 20 de diciembre de 1971); la Declaración de los Derechos de los Impedidos de las Naciones Unidas (Resolución N° 3447 del 9 de diciembre de 1975); el Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad, aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas (Resolución 37/52, del 3 de diciembre de 1982); el Protocolo Adicional de la Convención Americana sobre Derechos

⁴¹Organización de las Naciones Unidas (1999) Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad. Nueva York: Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. http://www.dgri.sep.gob.mx/formatos/4_oea_11.pdf

Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador"; los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental (AG.46/119, del 17 de diciembre de 1991); la Declaración de Caracas de la Organización Panamericana de la Salud; la Resolución sobre la Situación de las Personas con Discapacidad en el Continente Americano (AG/RES. 1249 (XXIII-O/93)); las Normas Uniformes sobre Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (AG.48/96, del 20 de diciembre de 1993); la Declaración de Managua, de diciembre de 1993; la Declaración de Viena y Programa de Acción aprobados por la Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos (157/93); la Resolución sobre la Situación de los Discapacitados en el Continente Americano (AG/RES. 1356 (XXV-O/95)); y el Compromiso de Panamá con las Personas con Discapacidad en el Continente Americano (resolución AG/RES. 1369 (XXVI-O/96)); y comprometidos a eliminar la discriminación, en todas sus formas y manifestaciones, contra las personas con discapacidad.

Pasamos ahora a la segunda categoría establecida por la OMS⁴² de los instrumentos encargados de proteger los derechos de las personas con enfermedades mentales que se han desarrollado según Resoluciones de la Asamblea General de Naciones Unidas, estos estándares han sido establecidos por el consenso de la opinión internacional, aunque no son legalmente vinculantes.

El primer estándar internacional que hacemos mención son los Principios de Naciones Unidas para la Protección de Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención en Salud Mental⁴³. Este instrumento jurídico consta de 25 principios conocidos como principios EM, que han servido como marco de desarrollo en una larga lista de países en donde México se encuentra incluido. La OMS⁴⁴, señala que los principios establecen estándares con respecto al tratamiento y condiciones de vida en las

⁴² Óp. Cit. Organización Mundial de la Salud (2006).

⁴³ Óp. Cit.

⁴⁴ *Ibíd.* P.15.

instituciones de Salud Mental, aunque también estos se aplican en general a las personas con trastornos mentales, estando o no internadas; además, se extienden a las personas admitidas en instituciones psiquiátricas que no hayan sido diagnosticadas con un trastorno mental.

Otro estándar internacional a destacar son las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad⁴⁵; derivadas de la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos, el mismo año en Viena, reiteran la protección por derecho internacional de los Derechos Humanos hacia las personas con discapacidades de tipo física y mental; los derechos fundamentales, según la convención, por su carácter de universalidad, incluyen de manera indudable a las personas con discapacidad.

La OMS⁴⁶ considera que las normas uniformes decretadas en Viena son un “instrumento internacional novedoso y revolucionario, porque consagran la participación ciudadana de las personas con discapacidad como un derecho humano internacionalmente reconocido”. Se espera que los gobiernos del mundo otorguen oportunidades a las personas con discapacidad, así como a sus organizaciones, para la realización del derecho de participación ciudadana. Esto con el fin de participar en la elaboración de legislación a favor de las personas con discapacidad física y mental.

Dentro de la segunda categoría de instrumentos especializados en la protección de los derechos de las personas con trastornos mentales, encontramos también a los estándares técnicos que sirven como guías en principios de política públicas; los estándares han sido desarrollados en las agencias de Naciones Unidas, las conferencias mundiales y otros grupos profesionales. Señalamos aquí la Declaración de Caracas⁴⁷, la Declaración de Madrid⁴⁸, los Estándares Técnicos de la OMS de 1996⁴⁹ y

⁴⁵ Organización de las Naciones Unidas (1994) Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas. <http://www.un.org/spanish/disabilities/standardrules.pdf>

⁴⁶ Op. Cit. (2006) P.16.

⁴⁷ Organización Panamericana de la Salud (1990) Declaración de Caracas. Caracas: Organización Mundial de la Salud. https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf

⁴⁸ Congreso Europeo para las personas con discapacidad. Declaración de Madrid. Madrid: S.D. <http://www.ub.edu/integracio/docs/normativa/internacional/Declaracio-Madrid.pdf>

⁴⁹ Op. Cit. (2006) P.16.

la Declaración de Salamanca y Marco de Acción para las Necesidades Educativas especiales⁵⁰.

La Declaración de Caracas, según la OMS⁵¹, se adopta como una resolución por parte de un grupo transdisciplinario de “legisladores, profesionales de la Salud Mental, líderes de Derechos Humanos y activistas”; se encarga de señalar que, una confianza exclusiva en la internación de las personas con trastornos mentales en instituciones psiquiátricas, aísla a los individuos de su ambiente natural, lo que puede agudizar su grado de discapacidad. Como alternativa a esto, la Declaración promueve servicios de Salud Mental comunitarios e integrados, lo que implica una reestructuración de la atención psiquiátrica ya establecida.

La Declaración de Madrid busca proteger los derechos de las personas con trastornos mentales estableciendo una serie de directrices, estándares de conducta y una práctica profesional especializada. La OMS⁵² señala que esta declaración “insiste en la necesidad de que el tratamiento se base sobre una relación de colaboración con las personas con trastornos mentales, y delimitar el tratamiento involuntario sólo a casos de excepción”.

La OMS⁵³, en el año de 1996, desarrolló los denominados: Diez Principios Básicos sobre Legislación de Atención en Salud Mental, lo que viene a considerarse según esta organización como una interpretación posterior a los principios EM; además, pretende servir como una guía de asistencia hacia los países abocados al desarrollo de leyes de Salud Mental. Estos diez principios son los siguientes:

1. Promoción de la Salud Mental y prevención de los trastornos mentales.
2. Acceso a atención básica en Salud Mental.

⁵⁰ Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (1994) Declaración de Salamanca y Marco de Acción para las Necesidades Educativas especiales. Salamanca: Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura. http://www.unesco.org/education/pdf/SALAMA_S.PDF

⁵¹ Óp. Cit. (2006) P.16.

⁵² Óp. Cit. (2006) 17.

⁵³ Ibíd. P.18.

3. Evaluación de Salud Mental de conformidad con principios aceptados internacionalmente.
4. Preferencia por el tipo menos restrictivo de atención en Salud Mental
5. Autodeterminación.
6. Derecho a ser asistido en el ejercicio de la autodeterminación.
7. Existencia de procedimientos de revisión.
8. Mecanismo de revisión periódica automático.
9. Cualificación del personal que toma decisiones.
10. Respeto de los derechos y de la legalidad.

La declaración de Salamanca y el Marco de Acción para las necesidades Educativas Especiales fue adoptada en el año de 1994 por la conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales; aquí se consagró el derecho a una educación inclusiva que logre la integración educativa hacia los niños con discapacidad mental. La OMS⁵⁴ establece que para esta declaración es fundamental la implementación de la Declaración Mundial sobre Educación para Todos (DMET) con el fin de lograr el cumplimiento del derecho establecido por el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales.

2.3 Legislación nacional

En México existe la norma NOM-025-SSA2-1994⁵⁵, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. Esta norma se elaboró con la finalidad de uniformar criterios de operación, actividades, actitudes del personal de Salud Mental en las unidades que se presten los servicios. Los servicios de Salud Mental, según esta norma, deberán de proporcionarse en forma continua e integral, además de con calidad y calidez humana. La aplicación de esta norma se

⁵⁴ Ibíd. 17.

⁵⁵ Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994 Para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica. México: Secretaría de Salud.

extiende para las unidades en donde se presten servicios de atención integral hospitalaria para personas agudamente perturbadas, así como de estancia en sectores público, social y privado adscritos al Sistema Nacional de Salud.

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos el derecho a la protección de la salud, en calidad de derecho autónomo, fue elevado a rango constitucional en el año de 1983 con la reforma al artículo cuarto, adicionándose el siguiente párrafo⁵⁶:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que se dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.

Desde el ámbito jurídico, el derecho a la salud, y por ende a la Salud Mental, es un derecho público y subjetivo a favor del gobernado; impone al Estado el deber de proteger convenientemente la salud de los ciudadanos, a través de la organización y el accionar de los medios necesarios para ello. Además del deber del Estado en la protección de los derechos de los pacientes psiquiátricos, también es necesario que promueva una cultura de prevención y concientización, con respecto a la Salud Mental en la población, a través de campañas que informen sobre los derechos de las personas con padecimientos mentales, y que permitan, aunque sea a grandes rasgos, un conocimiento por parte de la población sobre las características de los principales padecimientos y sobre cómo puede ayudarse a dichas personas en caso de cualquier contingencia; esto podrá reducir en una gran medida el estigma y la discriminación hacia estas personas.

⁵⁶Secretaría de Salud (2007). Programa de Acción Específico 2007-2012 Salud Mental. México: Secretaría de Salud.

2.4 Legislación local: Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña

La legislación local de la clínica “Dr. Everardo Neumann Peña” concretiza y va de acuerdo con respecto a la normatividad de los tratados internacionales y legislación nacional, en el contexto de la atención a los usuarios de los servicios de Salud Mental que provee la clínica. Es posible observar dicho reglamento en el área de consulta externa, en donde existe una mayor afluencia de personas a lo largo del día.

Derechos Humanos y de respeto a la dignidad de los usuarios

1. Recibir un trato digno y humano.
2. No ser sujeto de discriminación.
3. Que a su ingreso al hospital se le informe de las normas que rigen el funcionamiento del mismo.
4. Un ambiente seguro, higiénico y humano.
5. Ser alojados en áreas adecuadas.
6. Recibir alimentación balanceada, de buen sabor y aspecto.
7. Tener acceso a recursos clínicos y de laboratorio.
8. Recibir información oportuna y en lenguaje comprensible del diagnóstico médico en la forma más respetuosa posible.
9. Recibir oportunamente atención médica especializada.
10. Que la atención médica sea conforme a las normas éticas y de Salud Mental.
11. Que toda medicación sea prescrita por un especialista
12. Confidencialidad
13. Negarse a participar como sujeto de investigación científica.
14. Solicitar revisión clínica en su caso.
15. Recibir tratamiento orientado a la reintegración de la vida familiar, laboral y social.
16. Ser protegido contra explotación, abuso o trato degradante.
17. No ser sometido a restricciones físicas o reclusión involuntaria.

18. Comunicarse libremente con otras personas dentro de la institución, enviar y recibir correspondencia.
19. Tener comunicación con el exterior y recibir visita familiar.
20. Gozar de permisos terapéuticos para visitar a sus familiares.
21. Recibir asistencia religiosa si así lo desean.

2.5 Conclusión

Hemos realizado de manera somera una cartografía de los aspectos legislativos nacionales, internacionales y locales relevantes para el tema de Salud Mental. Se logra observar en los tratados internacionales que, con excepción de los “Principios para la protección de enfermos mentales y mejoramiento de la atención en Salud Mental” (Principios EM) no existe algún derecho de carácter vinculante establecido en específico beneficio de las subjetividades diagnosticadas como enfermos mentales; a lo mucho existen estándares internacionales que sirven únicamente como guía para establecer legislaciones locales sobre Salud Mental. Existe una dificultad que conlleva al hecho de establecer legislación de Derechos Humanos a las personas con enfermedades mentales, pues la noción de individuo se adecúa a una subjetividad funcional a un régimen sociocultural, político y económico en pro del liberalismo (ahora neo-liberalismo) y del capitalismo (ahora denominado capitalismo tardío).

Los Derechos Humanos forman parte de una sociedad que por un lado se encarga de normatizar a los individuos y por el otro de ejercer una disciplina sobre ellos, directamente sobre su corporalidad. Irónicamente los Derechos Humanos forman parte del mismo sistema político y la misma sociedad que comete las injusticias hacia los seres humanos, en este caso: los pacientes psiquiátricos. Pero la diferencia con estos es su carácter anómico y residual que se resiste en ser encasillado por la mirada médica; es bien sabido que la enfermedad mental, lejos de ser una enfermedad es un conjunto de síntomas manifestados por la subjetividad de los individuos que intentan de ser representados por el diagnóstico médico.

La enfermedad mental, se resiste a su propia normatización y disciplina; la misma sociedad encargada de fabricar 'locos' es la misma que se encarga de ejercer coerción sobre ellos; quizá con la locura no estamos hablando de otra cosa que de una situación de rebeldía pulsional en contra de los aparatos represivos de la sociedad y el Estado. Podemos ser ingenuos en pretender que legislar sobre Derechos Humanos y perfeccionar los mecanismos disciplinarios, pueda erradicar las denominadas 'enfermedades mentales'; sin embargo, una mejora en las condiciones de vida de la población global, quizá pueda contribuir, en una mayor medida, a que las crecientes estadísticas de enfermedades mentales, vayan a la baja.

En el presente apartado, se remarca la importancia de una existencia de legislación pertinente y especializada de Derechos Humanos, hacia las personas con trastornos mentales; un gran avance en ello lo constituye la creación de legislaciones nacionales como la norma mexicana norma NOM-025-SSA2-1994, así como el establecimiento de normatividades locales como en concordancia con leyes nacionales e internacionales como la del reglamento interno de la clínica psiquiátrica "Dr. Everardo Neumann Peña". Sin embargo, la finalidad que se está proponiendo en este trabajo de tesis, va más allá de la intención de normatizar y disciplinar al 'enfermo' en aras de un restablecimiento a la sociedad. Lo que se intenta poner a reflexión es la importancia de legislación y políticas internacionales, que se traduzcan en prácticas concretas en las sociedades el Estado y los sectores especializados en Salud Mental que garanticen la protección de las personas con padecimientos mentales.

Desde el ámbito jurídico, el derecho a la salud, y por ende a la Salud Mental, es un derecho público y subjetivo a favor del gobernado; impone al Estado el deber de proteger convenientemente la salud de los ciudadanos, a través de la organización y el accionar de los medios necesarios para ello. Además del deber del Estado en la protección de los derechos de los pacientes psiquiátricos por medio de legislaciones, también es necesario que promueva una cultura de prevención y concientización en la sociedad, a través de campañas que informen sobre los derechos de las personas con padecimientos mentales, y que permitan, un conocimiento por parte de la población sobre las características de los principales padecimientos y sobre cómo asistir a dichas

personas en caso de cualquier contingencia; esto podrá reducir en una gran medida el estigma y la discriminación hacia estas personas y es una temática a abordar en el último capítulo del presente trabajo de tesis.

3.0 CAPÍTULO TERCERO: EPISTEMOLOGÍA Y ÉTICA DE LA SALUD MENTAL: UNA VISIÓN EXTERNALISTA DE LA MENTE

3.1 Introducción

La corriente hegemónica de los Derechos Humanos surge de los ideales ilustrados de la revolución francesa y se concretiza en el periodo de posguerra del siglo XX. Ahí podemos ver el reconocimiento de la dignidad humana basada en un sujeto abstracto marcadamente masculino, demarcado dentro de una conducta moral androcéntrica y una forma de pensar ‘racional’, y dentro del mundo ‘occidental’ (perteneciente a las civilizaciones noratlánticas industrializadas. Esta subjetividad ha sido moldeada según la subsistencia del sistema-mundo de producción capitalista, como el ‘sujeto capitalista’. No todas las subjetividades humanas pueden adscribirse a este molde, de estas, el ejemplo quizá más evidente sean las personas con padecimientos mentales pues si bien pueden poseer criterios hegemónicos como ser varones y pertenecer a un país ‘desarrollado’, siguen siendo marginales a las sociedades capitalistas.

Este capítulo tiene la finalidad de proponer una fundamentación de Derechos Humanos más allá del ‘sujeto capitalista’ basándose en criterios de materialidad alejados del etnocentrismo y el antropocentrismo. Desde la perspectiva que se propone, es posible seguir fundamentando derechos que protejan la conciencia y el ‘ser’ (en el) humano, pero bajo la premisa de que la mente y la conciencia son coextensivas al medio social y natural, y correlativas entre los seres humanos y otras especies. Fundamentar a los Derechos Humanos, desde esta perspectiva, es análogo al reconocimiento de una Salud Mental integral, monista y holística⁵⁷.

⁵⁷ En este capítulo se realiza un énfasis al tema de la Salud Mental desde una postura ética que como autor propongo, la cual funge como un *continuum* entre la intersubjetividad y el ambiente, el cerebro y la cultura; puede encontrarse un mayor abordaje de tipo epistemológico en mi manuscrito: Saldaña-Medina, Guillermo. En prensa. La artificialidad necesaria: ética, etología y ecología. (Ensayo para acreditar la materia “Ética en Derechos Humanos” a cargo del Dr. Antonio Salamanca. Edición, por confirmar.) Se realiza también un abordaje más amplio hacia una visión ética descentrada del sujeto, desde el derecho natural, en mi manuscrito: Saldaña-Medina, Guillermo. En prensa. “Conformaciones del derecho natural y la ética en Spinoza” En prensa. *Revista de Derechos Humanos y Estudios Sociales (REDHES)*. San Luis Potosí: Universidad Autónoma de San Luis Potosí (Ensayo para acreditar la materia de “Epistemología de Derechos Humanos” a cargo de la Dra. Mylai Burgos.)

3.2 El sujeto capitalista

Lograr una reforma en las políticas de Salud Mental no es una tarea fácil, ya que lleva incluso a cuestionar los mecanismos de poder extendidos social e históricamente. Las maneras en las cuáles la denominada enfermedad mental se ha tratado a lo largo del tiempo obedecen al régimen político y económico hegemónico, el cual de igual manera, se encuentra adscrito a mecanismos específicos de poder, tanto médicos como jurídicos. Siguiendo a una genealogía en la cual se sustituye al poder de tipo soberano, ejercido de manera absoluta, desde el rey hacia sus gobernados, y que viene a modificarse entre el siglo XVII y XVIII, Michel Foucault⁵⁸ establece:

Habría, por decirlo así, una especie de tenaza jurídico-disciplinaria del individualismo. Tenemos al individuo jurídico tal como aparece en esas teorías filosóficas o jurídicas: el individuo como sujeto abstracto, definido por derechos individuales, al que ningún poder puede limitar salvo si él lo acepta por contrato. Y por debajo de ello, junto a ello, tenemos el desarrollo de toda una tecnología disciplinaria que puso de manifiesto al individuo como realidad histórica, como elemento de las fuerzas productivas, como elemento, también, de las fuerzas políticas; y ese individuo es un cuerpo sujeto, atrapado en un sistema de vigilancia y sometido a procedimientos de normalización.⁵⁹

El poder disciplinario es el encargado de 'fabricar', sujetos de acuerdo a las necesidades del sistema de producción capitalista y de aislar e intentar reincorporar mediante la práctica clínica a aquellos que no cumplan con los requerimientos impuestos por la hegemonía mercantilizante y occidentalizante. Cabe recalcar que, independientemente de que Gilles Deleuze⁶⁰, contemporáneo de Foucault, haya señalado que el mundo actual se encuentre en un periodo de transición entre una

⁵⁸ Foucault, Michel (2005) *El poder psiquiátrico*. Buenos Aires. FCE. P.79

⁵⁹ *Íd.*

⁶⁰ Deleuze, Gilles (1990 [2012]) "Post-scriptum sobre las sociedades de control". *Polis* (13) <http://polis.revues.org/5509>

‘sociedad disciplinaria’ y una ‘sociedad de control’, la práctica psiquiátrica hegemónica surge propiamente en el modelo disciplinario; en la medida en que logre ejercerse directamente y de una manera más efectiva sobre los cuerpos y sus procesos biológicos, se consolidará como un modelo de control a través de lo que se denomina como ‘microfísica’ o ‘biopoder’. El poder, desde la denominada ‘sociedad disciplinaria’ solamente puede ejercerse por contrato, por ejemplo, en las instituciones psiquiátricas deben ser las mismas personas sujetas a tratamiento o sus familiares los que autoricen con su signatura el ejercicio del poder psiquiátrico sobre su propia autonomía en un intento de reinserción social. Foucault esclarece en una gran medida la compleja situación del ‘enfermo mental’ ante el poder disciplinario del capitalismo, al afirmar que el enfermo mental “es sin duda el residuo de todos los residuos, el residuo de todas las disciplinas, aquel que, dentro de una sociedad, es inasimilable a todas las disciplinas escolares, militares, policiales, etcétera⁶¹”.

No es el sujeto individual en toda su corporeidad lo que el sistema disciplinario busca contener, es a la misma ‘locura’ como entidad abstracta y que resulta una amenaza a la estructura política, social y económica, pero es en el proceso en el que la integridad y el bienestar de personas concretas puede verse vulnerado; si el ‘conjuro’ y contención de la locura son inevitables para la estabilidad de la sociedad, cuando menos podemos pugnar porque las condiciones de vida de estas personas en los procesos de codificación y normalización psiquiátrica sean dignas para lo que concebimos como humano, por tal razón es necesario un reconocimiento de Derechos Humanos en los pacientes psiquiátricos.

3.3 Una fundamentación material de la Mente

En la combinación entre materialismo dialéctico y psicoanálisis expuesta en el trabajo de Wilhelm Reich, se advierte ya el papel preponderante del sistema económico en la

⁶¹ Ibíd. P.76

construcción de la subjetividad y sobre la imperiosa necesidad de tomar en cuenta el entorno social en la Salud Mental de cada sujeto, Reich⁶² advierte:

En pocas palabras, se puede decir que la estructura económica de la sociedad entra en relación de interacción con el yo instintivo del recién nacido a través de varias mediaciones: la clase a la que pertenecen los padres, la situación económica de la familia, las ideologías, la relación entre los padres, etc. De la misma manera en que este yo instintivo modifica su medio, este medio modificado ejerce influencia sobre él. Mientras las necesidades se satisfacen parcialmente, hay armonía. Pero en la mayor parte de los casos surge una oposición entre las necesidades y el orden social, cuyo representante es primero la familia y después la escuela. Esta oposición se traduce en una lucha que conduce a una transformación, y como el individuo es la parte más débil, el resultado final es una transformación de la estructura psíquica.

Dicha transformación en la estructura psíquica de las personas es lo que se establece propiamente como 'enfermedad mental'; las personas diagnosticadas con estas se establecen como subjetividades 'residuales' con respecto al sistema de producción capitalista; surge la necesidad en las instituciones del poder disciplinario de recuperar al individuo 'anormal'; se crean clínicas y terapias cada vez más especializadas hacia la Salud Mental, el ámbito del poder disciplinario se perfeccionará y derivará en una sociedad de control, tema que será abordado más adelante en este capítulo.

Habrá que cuestionarnos si, desde la práctica y el discurso médico en Salud Mental, será suficiente con codificar y transformar a las subjetividades residuales de los denominados enfermos mentales, sin buscar de igual manera un cambio sustancial desde la parte social. Surge así la pertinencia de adscribir un materialismo dialéctico capaz de tomar de manera integral los factores biopsicosociales que inciden en la enfermedad mental y generar una ética que haga énfasis en el continuum existente

⁶² Reich, Wilhelm (1980) Materialismo dialéctico y psicoanálisis. México: Siglo XXI. p.52

entre lo mental y lo ambiental. Desde la antropopsiquiatría genética, Vittorino Andreoli intenta establecer una relación dialéctica entre el sistema nervioso y el entorno socioambiental. En esta relación la enfermedad mental pone en evidencia una disincronía o desfase entre la potencialidad expresiva del organismo como un sistema psicobiológico y los condicionamientos socioculturales y ecológicos del ambiente. Andreoli⁶³ establece:

Hemos considerado a uno de los términos del sistema como fijo y al otro como variable y condicionante del primero. En realidad ambos términos son variables y existe una influencia recíproca y continuamente modificada como resultado de modificaciones precedentes. La enfermedad psiquiátrica se sitúa en esta dinámica del sistema encéfalo-ambiente y se plantea por lo tanto en la dimensión relativista, función también del momento particular de la dinámica entre los dos factores constituyentes del sistema. Una concepción antitética de la enfermedad como entidad definida y caracterizada independientemente del tiempo y de las posibles interacciones polifactoriales. La antropopsiquiatría genética [enfoque propuesto por Andreoli] se contrapone a la psiquiatría social y a la biológica por la adquisición de esta dimensión dinámica y relativista, planteándose como psiquiatría de los sistemas. La enfermedad mental es pues una variable dialéctica de un sistema cuyos factores se modifican recíprocamente. Ya hemos sostenido que los valores del hombre se sitúan precisamente en la relación entre encéfalo y ambiente, y hemos afirmado con Aloisi que en esta unión encuentran su lugar la dimensión ética y la autoconciencia.

Resulta similar, a lo establecido por Andreoli, la propuesta de Enrique Dussel⁶⁴ para la cual el 'deber ser' ético se adscribe a una base material "sujeto-ético-cerebral, en sus sistemas evaluativo-afectivo neuronales", pero a diferencia de ello, Andreoli

⁶³ Andreoli, Vittorino (1986) La tercera vía de la psiquiatría. Locura: Individuo, ambiente historia. México: Fondo de Cultura Económica. Pp. 238-239

⁶⁴ Dussel, Enrique (2011) Ética de la liberación en la edad de la globalización y la exclusión. Madrid: Trotta. p.105

agrega dialécticamente todos los factores medioambientales y socioculturales que inciden en el funcionamiento del cerebro. Es en el intersticio material entre lo biológico y lo sociocultural en el cuál podremos situar una ética que, al ser dialéctica, las mismas subjetividades cuestionen y trasciendan los mecanismos del poder disciplinario que los fabrican como sujetos de un sistema político y económico que, sin embargo, no es estático y forma parte de un devenir constante.

3.4 La visión externalista de la mente

El considerar al proceso mental como un continuum además de psíquico, biológico, social y ambiental, posibilita una ética que puede adscribirse dentro de lo que Roger Bartra⁶⁵ denomina un 'externalismo' de la conciencia; a contraparte de esta se dice de la visión 'internalista':

Establece que la conciencia es un proceso determinado por ciertos tipos de actividad cerebral interna en los individuos durante el proceso de su interacción con el mundo. En contraste, la visión "externalista" afirma que la conciencia es una construcción que depende de las relaciones sociales y culturales basadas en el lenguaje.

A esto habrá que agregar que dicha construcción es dada en consonancia con el medio ambiente que lo rodea. Bartra⁶⁶ señala: "el antropólogo Gregory Bateson comprendió sobre lo que llamó 'ecología de la mente', que la conciencia es parte de un sistema amplio que incluye el entorno social y el medio natural que rodea al individuo".

En Bateson, la conciencia es análoga al proceso mental; en toda su obra se encarga de demostrar que ésta se encuentra presente en todo lo vivo. La Mente se establece como una instancia inmanente a la naturaleza y al cosmos que trasciende a

⁶⁵ Bartra Roger (2006) Antropología del cerebro: la conciencia y los sistemas simbólicos. Barcelona: Pre-Textos. 145

⁶⁶ Bartra, Roger (2013) Cerebro y libertad: ensayo sobre la moral, el juego y el determinismo. México: FCE. Pp. 58-59.

la individualidad humana y que se compone de patrones, esta es una definición de Mente por parte del mismo Bateson: “La Mente está vacía⁶⁷, es ninguna cosa: nada. Sólo existe en sus ideas, y también, estas son nada. Las ideas son lo único inmanente, corporizado en sus ejemplos. Y los ejemplos, son, nuevamente, nada”⁶⁸.

Estas posturas, que caben dentro de lo que podríamos denominar corrientes externalistas de la mente o la conciencia,⁶⁹ se encuentran en concordancia con estudios recientes desde las neurociencias⁷⁰ y además poseen cierta influencia del materialismo dialéctico⁷¹; pueden situarnos en una perspectiva integradora de la conciencia con el entorno, lo que conlleva a una ética que consecuentemente deriva en una ecología, y además, se establece como revolucionaria al ser crítica de la política y el sistema económico en el que nos hayamos insertos. Nuestra civilización ‘occidental’, etnocéntrica y antropocéntrica, enajena del entorno y de los otros, estableciéndonos como entes individuales al servicio de la producción y el consumo capitalista.

3.5 Enfoque biopsicosocial y enfoque holístico de la Mente

Cabe señalar que desde la misma psiquiatría existen propuestas que pretenden integrar un enfoque biológico, psicológico y social, que conforman la denominada perspectiva ‘biopsicosocial’ propuesta el psiquiatra George Engel, y que resulta compatible con las propuestas éticas y epistemológicas aquí presentadas ya que se adscribe a la teoría de sistemas fundada por Von Bertalanffy incorporada en el pensamiento tanto de Andreoli como de Bateson, para expandir el panorama de análisis a la estructura y

⁶⁷ He decidido dejar el sustantivo ‘mente’ que es una traducción literal de los textos en inglés de Bateson, a diferencia de ‘espíritu’ que puede prestarse a una interpretación dogmática de acuerdo a la metafísica occidental. Aunque, cabe señalar que por la influencia de la filosofía oriental en la obra de Bateson, ‘mente’ y ‘espíritu’ son términos análogos.

⁶⁸ Extracto tomado de sitio web en inglés (<http://www.oikos.org/mind&nature.htm>) de la obra *Mind and Nature* (1979). Es posible encontrar la obra completa traducida al español como ‘Espíritu y Naturaleza’ (1993 [1979]) por editorial Amorrortu.

⁶⁹ Gregory Bateson y Roger Bartra

⁷⁰ Véase parte de la obra de Antonio Damasio: (1994) *Descartes’ error. Emotion, reason, and the human brain*. New York: Putnam y (2005) *En busca de Spinoza: neurobiología de la emoción y los sentimientos*. Barcelona: Crítica. Damasio es una clara influencia en la postura del exocerebro de Bartra, además de que recalca el papel que tienen las emociones en la vida social.

⁷¹ Vittorino Andreoli, Enrique Dussel y Wilhelm Reich

funcionamiento de lo psíquico, además de poseer un enfoque dialéctico materialista presente de igual forma en Bartra, Dussel, Andreoli y Reich, encargado de situar la conciencia en una base material: la estructura cerebral, pero siempre en estrecha relación con su aspecto fenomenológico, que la sitúa en el presente inmediato y en relación con el ambiente en que se despliega. Así es como define Engel⁷² su propuesta de una psiquiatría biopsicosocial:

Para proporcionar una base para la comprensión de los determinantes de la enfermedad y la incursión de tratamientos y pautas racionales del cuidado de la salud, un modelo médico deberá tomar en consideración al paciente, el contexto social en el que vive, así como el sistema complementario ideado por la sociedad para lidiar con los efectos disruptivos de la enfermedad, lo que implica tanto el rol del médico como el sistema de cuidados médicos. Esto requiere un modelo psicosocial. (...) Von Bertalanffy, argumentando la necesidad de una reorientación más concreta en las perspectivas científicas, que tuvieran como finalidad el abrir campo a enfoques holísticos susceptibles a la investigación

⁷² Engel, George L. (1977) The Need for a New Medical Model: A challenge for Biomedicine. *Science*, New Series. 196 (4286). 132-134. Traducción del original en inglés: To provide a basis for understanding the determinants of disease and arriving at rational treatments and patterns of health care, a medical model must also take into account the patient, the social context in which he lives, and the complementary system devised by society to deal with the disruptive effects of illness, that is, the physician role and the health care system. This requires a biopsychosocial model. (...) Von Bertalanffy arguing the need for a more fundamental reorientation in scientific perspectives in order to open the way to holistic approaches more amenable to scientific inquiry and conceptualization, developed general systems theory. This approach, by treating sets of related events collectively as systems manifesting functions and properties on the specific level of the whole, has made possible recognition of isomorphies across different levels of organizations, as molecules, cells, organs, the organism, the person, the family, the society, or the biosphere. From such isomorphies can be developed fundamental laws and principles that operate commonly at all levels of organization, as compared to those which are unique for each. Since systems theory holds that all levels of organization are linked to each other in a hierarchical relationship so that change in one affects change in the others, its adoption as scientific approach should do much to mitigate the holist-reductionist dichotomy and improve communication across scientific disciplines.

científica, desarrolló la teoría general de sistemas. Este enfoque, al tratar conjuntos de eventos relacionados colectivamente como sistemas que manifiestan funciones y propiedades en niveles específicos de la totalidad, ha hecho posible el reconocimiento de isomorfismos a través de diferentes niveles de organización, al comparar funciones y propiedades que son únicos para cada uno. Desde que la teoría de sistemas sostiene que todos los niveles de organización están unidos, unos con otros, en una relación jerárquica, eso implica que el cambio en uno afecte el cambio en otros; su adopción como enfoque científico debería contribuir en una gran medida a mitigar la dicotomía holista-reduccionista y perfeccionar la comunicación a través de disciplinas científicas.

La teoría de sistemas es por ende compatible con la fundamentación epistemológica y ética que aquí se propone. El ser humano se manifiesta en cuanto a tal como parte de la biósfera, como parte de lo vivo; es preciso encontrarlo en una relación con otros seres humanos, con otras especies vivas y con el entorno físico en general. La mente humana individual es sólo una parte de una Mente inmanente a la totalidad del entorno, regida por estructuras, procesos, funciones y ciclos que Bateson decidió reconocer como 'pautas'; mismas que vendrían a entretener una 'metapauta' o 'pauta de pautas' que conformarían el extenso de lo que denomina como Mente: "La pauta que conecta es una metapauta. Es una pauta de pautas. Es esa metapauta la que define esta amplia generalización: que, de hecho, son las pautas que conectan"⁷³.

Podríamos considerar a dichas pautas como leyes inherentes al universo, basta ver las complejas y armoniosas formas de la galaxia que resultan similares a la estructura de algunas plantas y nuestro mismo código genético, que en las matemáticas podemos reconocer como el número *phi*. Cada pauta puede situarse desde lo abstracto para concretarse en cualquiera de estos niveles de existencia. Bateson se encargó de demostrar a través del interaccionismo y la cibernética que estas pautas también son inherentes a lo sociocultural; algunos ejemplos de ello son la simetría y la

⁷³Bateson, Gregory (1993 [1979]) Espiritu y Naturaleza. Buenos Aires: Amorrortu. p.21

complementariedad entre grupos sociales (en sus estudios tanto de grupos tribales, como carreras armamentistas entre países), pero que también logró observar en la estructura física de plantas y animales, así como en el comportamiento de estos últimos.

Desde una perspectiva holística⁷⁴, las leyes humanas son pautas o leyes, establecidas culturalmente lo que implica la relatividad con respecto al contexto social e histórico de la cultura que las establece; aunque, es posible establecer leyes con un criterio ético universal pero siempre bajo el diálogo y el consenso intercultural, pero por lo que deberá ser material e ir más allá de las variaciones socioculturales de cada espacialidad y temporalidad. Deberá sustentarse también en criterios básicos que permiten la vida; de donde deriven luego los derechos a la cultura, que si bien poseen un estatus relativo, no dejan de ser criterios básicos de la vida de los pueblos; lo que debe protegerse es la diversidad, que es un elemento que posibilita la materialidad, pero también se erige sobre ella.

3.6 Los Derechos Humanos en la sociedad de control

Los Derechos Humanos se establecen como comunes a nuestra especie, de ahí que sea necesario fundamentarlos en criterios materiales que puedan situarse más allá de lo cultural; estos derechos son históricos y son producto de diversas luchas y rupturas con lo establecido; de hecho, este carácter revolucionario, según Antonio Salamanca⁷⁵, es lo que precisamente los dota de vitalidad, renovación y dinamismo. Es necesario reconocer el devenir constante que se inserta en los Derechos Humanos, del cual las luchas y revoluciones son su motor; precisamente, esto nos lleva a considerar que los Derechos Humanos deban estar en una actualización constante de la letra a la praxis, adecuando criterios globales con los locales: los Derechos Humanos no son letra muerta.

⁷⁴ Holístico en el sentido de la postura epistemológica que concibe una totalidad más allá de las partes, compatible con lo aquí planteado.

⁷⁵ Salamanca, Antonio (2006) El derecho a la revolución. San Luis Potosí: Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

Según David Sánchez Rubio⁷⁶, existe una prevalencia de una visión ‘generacional’ y ‘desarrollista’ de Derechos Humanos que otorga una posición privilegiada a los Derechos Humanos denominados de primera generación (Derechos civiles y políticos); esta fase de derechos condensa los valores de transición de la cultura capitalista burguesa con respecto al feudalismo. Sin embargo, los derechos de segunda generación (Derechos sociales, económicos y culturales y los de tercera generación (Derechos de los pueblos y de fraternidad) son dejados de lado porque en algunos casos podrían ir en contra de los intereses del proyecto hegemónico capitalista. Esto implica también, para el autor, que todos los movimientos sociales en pugna, que han permitido la lucha de Derechos Humanos en las tres generaciones, sean opacados por una letra muerta; consecuencia de ello, la amnesia colectiva hacia la realidad en la que los Derechos Humanos son normatividades insertas (necesariamente) en un devenir cambiante, y que son producto de colectividades y subjetividades emergentes, que han plasmado en derechos escritos el imperativo de salvaguardar la dignidad humana en cada época.

La figura del ‘enfermo mental’ se establece como un punto de inflexión que pone en evidencia los mecanismos de poder a través de los cuales es producido el sujeto del capitalismo, un poder que gradualmente está transformando la sociedad disciplinaria actual en una de control; se trata de un biopoder ejercido en un sistema económico globalizado y que actualmente se despliega a través de las políticas neoliberales de empresas transnacionales. Aquí es preciso recalcar el papel protagónico de las transnacionales farmacéuticas en la contención ‘bioquímica’ de la enfermedad mental, que a su vez se encuentra implicada en una construcción de la subjetividad capitalista. La coyuntura sociohistórica en la que nos encontramos nos permite comprender el tránsito de la sociedad disciplinaria a una sociedad de control en donde los mecanismos de la sociedad disciplinaria persisten pero logran una mutación al actuar a niveles ‘moleculares’, más imperceptibles y más inmanentes al tejido social. Esta transición

⁷⁶ Sánchez Rubio, David. (2010) “Sobre el concepto de “historización” y una crítica a la visión sobre las (de)-generaciones de Derechos Humanos”. Revista de Derechos Humanos y Estudios Sociales. 4(2): 41-55

hacia una sociedad de control descrita ya por Deleuze, y en la que el 'enfermo mental' lleva un papel importante es explicada por Michael Hardt y Antonio Negri⁷⁷:

En general, Foucault se refiere al Antiguo Régimen y a la edad clásica de la civilización francesa para ilustrar la aparición del poder disciplinario [donde surge la psiquiatría], pero, de manera más general, podemos decir que toda la primera fase de acumulación capitalista (en Europa y otras partes) se llevó a cabo según este paradigma de poder. La sociedad de control, en cambio, debería entenderse como aquella sociedad (que se desarrolla en el borde último de la modernidad y se extiende a la era posmoderna) en la cual los mecanismos de dominio se vuelven aún más 'democráticos', aún más inmanentes al campo social, y se distribuyen completamente por los cerebros y los cuerpos de los ciudadanos, de modo tal que los sujetos mismos interiorizan cada vez más las conductas de integración y exclusión social adecuadas para este dominio.

La propuesta planteada en esta obra se reconoce como un mecanismo más de 'contención' y 'normalización' hacia las personas con trastornos mentales; quizá pueda situarse más en el ámbito de 'control' que en el 'ámbito' disciplinario al proponer una visión más inmanente, horizontal y democrática de la Salud Mental, pero se pretende ir más allá al cuestionar de igual forma todas las prácticas sociales y políticas que inciden en la Salud Mental, y que son dejadas de lado al abocarnos en tratar únicamente los aspectos clínicos y biológicos; prácticas tan diversas como la explotación del ecosistema, el manejo de recursos, la distribución de los espacios, la representatividad y legitimidad política, el monopolio del uso de la fuerza por parte del estado, las alimentación, el cultivo del conocimiento, el tiempo libre.

Debe reconocerse que es socialmente necesario reinsertar la subjetividad del enfermo mental, pero también es necesario transformar al mismo sistema que crea los mecanismos que han incidido en la vida psíquica de las personas al grado de 'desfasarlo'; es aquí donde se podría proponer un aspecto emancipador de la Salud

⁷⁷ Hardt, Michael. Negri, Antonio (2005) Imperio. Barcelona: Paidós. p.44.

Mental y las personas que padecen sus trastornos. Irónicamente, la misma sociedad, que es un agente causal de la locura en las personas, es la misma que las excluye, y a su vez, las contiene a través de fármacos, aislamiento, sujeción física, discurso médico y aparato jurídico.

Es por tanto que se vuelve necesaria una constante renovación de la ética y la bioética, tanto en la sociedad como en la comunidad científica, para que de esta manera sea posible situar una ética más allá de los sistemas económicos y políticos; se sabe que los derechos civiles gozan de un amplio reconocimiento alrededor del mundo, pero no pasa lo mismo con los derechos económicos sociales y culturales, ni con los derechos de la naturaleza también establecidos como derechos de tercera generación. Esto se debe precisamente a que pueden poner en peligro el proyecto occidental de producción capitalista impulsado por el neoliberalismo. Al reconocer derechos que vayan incluso más allá de los requerimientos del modo de producción capitalista, nuestra civilización quizá logre entonces llegar a la utopía de una universalización real de derechos. No podemos concebir Derechos Humanos si no reconocemos quizá las únicas condiciones universales de lo humano: la biosociodiversidad y el cambio constante.

3.7 Conclusión

La Mente puede concebirse como una matriz de interconexiones de información en distintos niveles de conciencia, que además es intersubjetiva. Independientemente de que la mente trascienda el plano de lo físico, no significa que no posea una tangible materialidad. Comprender a los Derechos Humanos desde esta perspectiva permite contemplarlos como immanentes y necesarios a la armonía y el balance de la vida. La Salud Mental se establece como un criterio análogo a los Derechos Humanos que debe ser preservado en toda sociedad humana, para lo cual se vuelve necesario el establecimiento de leyes y políticas públicas en su beneficio. Las personas con padecimientos mentales se encuentran en un punto de inflexión que manifiesta las carencias tanto de Derechos Humanos como de Salud Mental en cada sociedad y los

aspectos que deben ser optimizados. Finalmente, la Salud Mental es responsabilidad de todos los seres humanos.

4.0 CAPÍTULO CUARTO: TRABAJO ETNOGRÁFICO EN TORNO A LOS DERECHOS HUMANOS DE LA SALUD MENTAL

4.1 Introducción

El trabajo de campo en la clínica psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña” consistió en visitas en los turnos matutino, vespertino y nocturno; inicialmente se propuso una calendarización periódica: de carácter diario en una fase corta de tiempo. El modo operativo del trabajo de campo tuvo que modificarse ya que la observación participante clásica de la etnografía, que se empezó a realizar en un principio, era poco adecuada para llevarse a cabo, ya que para que una persona pueda verse inserta de manera cotidiana en las actividades de la clínica tiene que proveer algún servicio, y de preferencia, ser un profesional en salud.

La estrategia de aproximación, por lo tanto, tuvo que cambiar: se desarrolló una encuesta⁷⁸ corta para llevar a cabo en un sector amplio del personal, que permitía percibir una autoevaluación del personal hacia el hospital en cuanto cumplimiento de Derechos Humanos, pero además la realización de la encuesta me permitió obtener información adicional en cuanto a las políticas, las prácticas y la cotidianidad de la clínica psiquiátrica. Desarrollé también entrevistas focalizadas a personal interno y externo a la clínica, como son el Dr. Luis Guerrero del comité de ética en investigación y la Dra. Natalia Narváez, directora del CISAME, además de que tuve la oportunidad de asistir a un seminario de bioética realizado por la clínica.

La labor de encuesta y de entrevista se encontró dirigida únicamente a personal y practicantes del hospital y no a usuarios, en respeto al trabajo de los profesionales y siendo prudente en torno al bienestar de los pacientes; decidí al menos no involucrarme directamente con ellos al no estar capacitado para realizar entrevistas con pacientes en tratamiento de tiempo completo. De hecho, desde un principio la investigación estuvo propuesta al comité de ética en investigación de esta manera ya que se encontraría

⁷⁸ Ver anexo 1 para formato de encuesta y anexo 3 para resultados.

enfocada en políticas públicas y prácticas médicas, y no en aspectos psicoterapéuticos e historias de vida.

A manera de subcapítulo se presentan descripciones e información recabada en una estancia corta de investigación que realicé en el área de *Counseling and Testing Services* en la Universidad del Estado de Washington, Estados Unidos de América, en donde se entrevistó a la directora de este departamento, la doctora Cassandra Nichols.

Las referencias directas en cuanto a la información recabada en campo son ausentes a lo largo de este trabajo, sin embargo queda de entendido que los testimonios y puntos de vista que contribuyeron para realizar este trabajo de investigación provienen de personal de distintas áreas de la clínica, como son psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería, camilleros y camilleras, personal administrativo y practicantes de distintas áreas. De igual manera, se decidió utilizar pseudónimos cuando se describen casos específicos de los pacientes psiquiátricos con el fin de proteger su identidad.

4.2 Cotidianeidad en el hospital

La clínica psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña se encuentra ubicada, en un entronque al norte de la ciudad de San Luis Potosí en el kilómetro ocho de la carretera San Luis-Matehuala, hacia el altiplano potosino. Para llegar es necesario transitar alrededor de un kilómetro a través del entronque, pasando por fraccionamientos privados recientes y una institución gubernamental perteneciente a la SAGARPA⁷⁹.

Con una extensión de aproximadamente 16 hectáreas, la clínica fue fundada en la década de los años setenta; además de amplios jardines para el esparcimiento de los internos y un estacionamiento. La construcción, que evidencia el estilo arquitectónico de la época en que fue construida, cuenta con un pasillo central al aire libre rodeado de áreas verdes y los pabellones de los pacientes del lado derecho, así como oficinas, biblioteca, auditorio y cocina del lado izquierdo.

⁷⁹ Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación.

Mi trabajo de campo comenzó en junio de 2014 una vez que mi propuesta de investigación fue aprobada por el comité de ética e investigación. En un principio consideré visitar la clínica en todos los turnos, que son matutino, vespertino y nocturno, y así fue; posteriormente decidí ir únicamente en el turno matutino, ya que es cuando la mayor parte del personal se encuentra presente. Desarrollé una encuesta⁸⁰ para aplicar al personal de la clínica basada en el principio trece de los “Principios para la protección de enfermos mentales y mejoramiento de la atención en Salud Mental” (Principios EM); esta encuesta, además de ayudarme a tener un panorama general de los derechos de los pacientes de la clínica, me permitió acercarme al personal e intercambiar puntos de vista y experiencias que formaron una parte importante de mi información en campo.

Mis entrevistas en la clínica se dieron únicamente con el personal, hubiera valorado mucho poder charlar con algunos pacientes pero la institución es muy estricta con respecto a la seguridad del personal y los pacientes, así que decidí no optar por esta opción ya que no tengo una preparación profesional para interactuar con pacientes psiquiátricos; salían de sus pabellones al patio o a ver alguna película en el auditorio, los mismos pacientes pasan frente a uno y saludan, incluso extendiendo la mano para saludar.

Es posible ver a las y los pacientes por las ventanas del corredor desde que despiertan; desayunando en el comedor, viendo televisión o simplemente observando hacia el exterior desde las ventanas. Las condiciones de los dormitorios son austeras pero limpias e iluminadas; es de reconocer el gran trabajo llevado a cabo por el personal de limpieza en toda la clínica pues las condiciones son óptimas, de hecho es el personal que más puede observarse en la clínica, en todos lugares y a todas horas. En el área interna de la clínica se encuentra el departamento de trabajo social; pueden observarse en una vitrina algunas manualidades a la venta realizadas por los internos del hospital. Existe una capilla con una virgen de Guadalupe, es el único símbolo religioso que puede observarse en toda la clínica. Desde el corredor pueden observarse del lado de los pabellones el área de comedores, y del otro lado, la biblioteca, el auditorio, una cámara de Gessel, baños, cocina, farmacia, el departamento de

⁸⁰ Ver anexo 1 para formato de encuesta y anexo 3 para resultados.

odontología y las oficinas de enseñanza con su sala de juntas. Existe una sala E de medicina preventiva donde se encuentran algunas aulas y consultorios. También existe una sala D, denominada 'hospital parcial' donde acuden familiares de los pacientes a apoyar con su tratamiento.

Los pagos de los usuarios de los servicios de la clínica pueden darse por ellos mismos y a través de las instancias IMSS e ISSSTE, en donde los usuarios únicamente tienen que pagar por sus medicamentos, y a través del Seguro Popular y la REAP, aquí los gastos de consultas y tratamiento son absorbidos completamente por el Estado. Por tales razones, cada que un nuevo paciente acude a la clínica, se le realiza un estudio socioeconómico; acuden personas tanto por su propia cuenta, como las que son canalizadas por el DIF y el CISAME. El área de urgencias se encuentra abierta las 24 horas y es común que lleguen a cualquier hora, incluso de madrugada, personas provenientes de diversos municipios del estado e incluso otras entidades.

Lo que pude constatar con mi observación en la clínica fue que existe un trato respetuoso del personal hacia los pacientes; es algo que se demuestra en cada interacción pero además de cordialidad. En lo que concierne a mi persona puedo afirmar que la interacción con el personal también fue muy buena aunque, sí debo señalar que, además de la distancia que suelen guardar normalmente las personas con las que se está trabajando en una investigación etnográfica, podía percibir un mayor distanciamiento e incluso un tipo de precaución por parte del personal al saber que me encontraba realizando una investigación de Derechos Humanos; sin embargo, en todos los casos ese distanciamiento desaparecía una vez que les hacía saber que yo era un estudiante de maestría y no un enviado de la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

El proceso de internamiento de un paciente empieza por una evaluación en el área de consulta externa, ahí se decide si la persona debe ingresar directamente a los pabellones asignados o a la Unidad de Pacientes para Intervención en Crisis (UPIC). Esta unidad es un área restringida con un pasillo de 10 metros aproximadamente, habitaciones de un lado, módulos de consulta del otro. Cuenta con un pequeño patio de unos dos por dos metros y una pequeña banca. En UPIC los pacientes en crisis son

ingresados, y se da la posibilidad de que puedan estar con un acompañante en lo que las condiciones mentales del paciente son evaluadas, se decidirá entonces si las personas son dadas de alta o son ingresados propiamente a los pabellones. UPIC es un área que todo el tiempo está en actividad además de que, por contar con la presencia por lo general de familiares, la afluencia de personas es alta.

En una ocasión que tuve oportunidad de realizar un recorrido de rutina con el personal médico y de enfermería en UPIC, pude constatar varios casos de personas ingresadas en el mes de junio de 2014. La primera paciente que puede observarse es “Kasandra” de 11 años de edad, diagnosticada con un trastorno depresivo mayor. La niña se resiste a comer; le es administrado valproato de magnesio, clonazepan y paroxetina.

En la sala contigua, diagnosticada dentro del cuadro esquizofrénico, está “Berenice” de 37 años que pide ver a sus hijos; juró ante la iglesia que iba a modificar su comportamiento. Es posible que sea pronto dada de alta; le han sido administrados Clonazepan y Olanzepan. “Berenice” encuentra afiliada al seguro popular.

Posteriormente nos encontramos con “Azalea” quien yace en su cama y entubada con suero; cuenta con un trastorno esquizoafectivo y además se encuentra embarazada. Ha recibido Terapia Electronvulsiva; se resiste al principio a tomarla pero accede al final. Se encuentra acompañada en la habitación por una mujer mayor que ella, probablemente su madre. Le es administrado a “Azalea” sulfato ferroso y ácido fólico.

“Noé”, de 23 años, es el siguiente paciente en el área de UPIC. Proveniente de EEUU, el joven se encuentra en la habitación de UPIC en compañía de su madre; con resistencia de su parte, ha sido remitido por la policía. El personal médico se encuentra dosificándolo con risperidona y clonazepan.

Al lado de la habitación de “Noé” se encuentra una mujer diagnosticada con epilepsia e irritabilidad; se resiste a tomar baño.

Los pabellones para los usuarios de tiempo completo de la clínica en internamiento son tres: C, F y G. El pabellón C es el área general de varones, es posible encontrar aquí pacientes con diagnósticos que van desde padecimientos

neurrológicos como retraso y parálisis cerebral, hasta padecimientos psiquiátricos como trastorno bipolar, trastornos de ansiedad y depresión mayor; cabe señalar que los pacientes cuentan también con enfermedades crónico-degenerativas como diabetes e hipertensión. En una conversación de protocolo con el encargado del pabellón en turno, surge el caso de un hombre que es ingresado a la institución a los 55 años y que actualmente cuenta con 85: ha llevado 30 años internado al no contar con una familia que pueda hacerse cargo de él. Existen procesos asistenciales con cuadros degenerativos, es ahí cuando se remarca el vínculo con el DIF. El encargado del pabellón dice el menú del día para el pabellón: arroz, ensalada y pescado. Al final del corredor del hospital es posible encontrar el departamento de limpieza y lavandería, puede observarse también que se vigila el control de desperdicios para evitar focos de infección.

El pabellón F está reservado para mujeres internadas en la clínica; se trata de un pabellón con una amplitud mayor que en los de varones, aunque están mezcladas todas las internas, y no se dividen, como en el caso de los varones, según el grado de trastorno psíquico en el paciente. En el pabellón femenino destaca el caso de “Fernanda” de 23 años, quien ha incurrido en agresiones hacia sí misma y el personal, se le ha administrado olanzepina y se le ha realizado una sujeción por 90 minutos; la paciente se encuentra actualmente bajo efecto sedativo.

“Érica” es una mujer de mediana edad, de la cual su caso también surge en alguna conversación protocolaria. La paciente sufre de convulsiones, autoagresiones y crisis de ansiedad; los médicos sugieren que “Érica” sea consultada por el neurólogo para realizarle un electroencefalograma. No se encuentra considerada aún su alta. En el momento que el personal se encuentra conversando sobre su caso llega una enfermera exaltada, afirmando como la mujer en esos momentos se autolesionaba mediante rasguños y mordidas a sí misma, unos ocho miembros del personal acuden a sujetarla, por lo que es necesario colocarle correas de cuero para sujetarla e impedir los daños que encontraba infligiéndose. Es tanta la fuerza de esta mujer en su estado de crisis que se vuelve necesario que sea sujeta por las ocho personas que acudieron a

ella. Después de realizar la contención el personal acude a lavarse las manos; se habla sobre la posible necesidad de vincular a la paciente con el DIF.

El último pabellón en el pasillo de la clínica es el G, reservado para varones con esquizofrenia crónica y aguda. Para distinguirlos de los demás, los pacientes usan un uniforme de color rojo. El pabellón cuenta con 24 pacientes, estacan los casos de dos de ellos en una visita realizada. El primer caso de ellos cuenta con una tendencia al ausentismo y alucinaciones auditivas; él habla en inglés, por lo que se trata posiblemente de un migrante; el segundo caso es el de un paciente conductas denominadas “hiper-sexuales” pero que en ese momento no parece estar presentando ningún problema para sí mismo, para los otros pacientes, ni para el personal; el respeto al personal y a los pacientes es fomentado constantemente por los especialistas que dialogan con los pacientes.

Se puede ingresar a la clínica por la caseta de vigilancia del lado del estacionamiento o por el área de consulta externa, donde también se encuentra un vigilante; ellos son los encargados de proporcionar un gafete de entrada para todas las personas que ingresan a la clínica, sean pacientes, acompañantes, médicos, practicantes, cualquier otro personal de la clínica, visitantes y proveedores. El horario del área de consulta externa es de 8:00 am a 2:00 pm.; es el primer paso de las personas que acuden a la clínica, el proceso de los pacientes que ingresan a consulta externa se observa de la siguiente manera:

1. El vigilante pregunta si se tiene una cita ya programada y si cuentan con seguro popular.
2. Se acude a caja a pagar o a entregar la póliza de seguro popular en el módulo de trabajo social.
3. Se pasa al consultorio de ‘toma de signos vitales’.
4. Se pasa a consulta al consultorio respectivo

4.3 Problemática social reflejada en campo

La problemática social es algo que puede reflejarse en la cotidianidad de los pacientes que se encuentran en o acuden a la clínica. Acuden hombres y mujeres de todas las edades y todo estrato socioeconómico, aunque es evidente que por tratarse de una dependencia del Estado acude mayormente población de escasos recursos que se encuentran adscritas al seguro popular.

Al hospital acuden personas de otros estados del país por ser de las pocas instituciones de tiempo completo en la región, algunos de estos estados son Guanajuato, Zacatecas, Estado de México, Querétaro, entre otros. Además existe una gran afluencia de pacientes que llega desde la huasteca, principalmente siendo remitidos por instituciones de allá. Hay casos también de personas que han estado internadas en la clínica provenientes de otros países como Estados Unidos, España, Argentina y Francia, ha habido casos en que la clínica ha sido recomendada en dichos países para que las personas se atiendan ahí; cabe recordar también que el modelo de atención psiquiátrica de tiempo completo está desapareciendo alrededor del mundo, principalmente en países de un alto crecimiento económico en donde la atención descentralizada y comunitaria se ha fortalecido, pero es interesante ver que personas de estos países sean recomendados para tratarse en la clínica. Además de estos casos también hay personas migrantes o hijos de migrantes que son atendidos en la clínica, en algunos casos la barrera del idioma puede dificultar el tratamiento de estas personas.

No es posible determinar a simple vista si los ingresos a la clínica son voluntarios o no, es común que los ingresos sean de tipo involuntario, pero siempre existe una aprobación documentada por familiares o personas a cargo de los pacientes. Hay casos también en los cuales las personas son remitidas por la policía, en algunos casos están personas deben ser tratados con algún sedante pues podrían representar un peligro para sí mismos y para personal, pacientes y familiares en la clínica, este tipo de situaciones son más fáciles de observar en el área de UPIC.

En la clínica existen casos en que el personal opta por denominar a los pacientes como 'hijos del estado'; estas personas no cuentan con algún familiar o tutor que se responsabilice de ellos, por lo que su situación de deterioro mental se agudizaría al ser dados de alta de la clínica para inevitablemente situarlos en condiciones de indigencia. Es precisamente este tipo de casos los que invalidan las propuestas de desaparición de hospitales psiquiátricos de tiempo completo, en la clínica Dr. Everardo Neumann, es el personal y los otros pacientes los que sustituyen las responsabilidades propias del entorno social y familiar.

Otro aspecto que llama la atención es la recurrencia de niños que llegan a ser atendidos al área de consulta externa; la clínica únicamente atiende a población adulta, en dado caso que se considere un internamiento para un menor de edad, este tendrá que transferirse a través del DIF a una institución especializada en menores en la ciudad de México. Es común que los padres de estos niños padezcan algún trastorno mental también debido a que el entorno familiar es un factor preponderante en la manifestación de los trastornos mentales.

4.4 El modelo de atención *Counseling and Testing Services* de la Universidad del Estado de Washington

La Universidad del Estado de Washington se encuentra ubicada en la ciudad de Pullman, al este del estado de Washington a unas 8 millas aproximadamente de la frontera con el estado de Idaho, en una región natural conocida como *palouse*. Dentro del campus universitario se encuentra en el edificio conocido como *Students Lighty Services* el departamento de *Counseling and Testing Services*. La sala de espera suele estar llena de las personas que acuden a consulta; unas persianas completamente cerradas contribuyen a mantener la privacidad del lugar. El área de CTS ocupa una tercera parte de la primera planta del edificio; existen varias oficinas dedicadas a consulta y trabajo grupal, así como las destinadas a miembros del staff y los practicantes.

En el departamento *Counseling and Testing Services* de la Universidad del Estado de Washington, se brinda un tipo de terapia psicológica conocida con el término de *counseling*, de manera individual, en pareja o en grupo. En esta última modalidad existen grupos para perfeccionar las habilidades de socialización, para apoyo en depresión y grupos de inclusión para homosexuales y personas trans-género. Se da terapia psicológica y además se canaliza al departamento de salud en los casos que sea necesario también un tratamiento psiquiátrico. Existen programas sobre consumo de drogas, tanto legales (incluyendo la marihuana que en Washington es legal) como no legales, sobre manejo de tiempo y sobre sexualidad. Hay *counseling* para pacientes en crisis también; en ocasiones es necesario ir a ver a los pacientes al hospital. Existen, de igual forma, evaluaciones para desintoxicación, se visita a los pacientes cuando ocurre alguna sobredosis. Las evaluaciones o *testing* incluyen todo tipo de trastornos, de aprendizaje como el TDA, síndromes y discapacidades.

Con respecto a la Salud Mental preventiva, el centro cuenta con una amplia oferta como talleres, tales como en manejo de stress, hay talleres de orientación para

padres; podrían considerarse también como talleres preventivos los concernientes al abuso de sustancias.

Los diagnósticos más comunes son los trastornos del carácter y de ansiedad; la depresión está incluida en los trastornos de carácter, los cuales son de un gran interés para la institución. El abuso de sustancias se está incrementando, existen testeos para determinarlo. El más común es el alcohol, seguido por la marihuana y después por las drogas de prescripción (opiáceos, analgésicos y estimulantes). Actualmente están utilizando el recientemente publicado DSM-V y todos los testeos estandarizados para el diagnóstico en Salud Mental.

Según las leyes del estado de Washington las personas son canalizadas a instituciones de tiempo completo en situaciones extremas como cuando las personas representan un problema para sí mismos o los demás, o en situaciones en las que sus condiciones mentales se ven empeoradas por situación de indigencia. Siempre son tomados en cuenta los derechos de los pacientes por lo que, por lo general, ingresan a instituciones especializadas por el menor tiempo posible. Se busca 'estabilizar' antes que 'hospitalizar', y que no sean tratados aisladamente, si no, en la comunidad. Se trata de que las personas acudan voluntariamente a los hospitales, se colabora con esto en CTS. Se procura la hospitalización voluntaria y se les lleva a las personas al hospital local para su estabilización, si no se recurre a instituciones de tiempo completo, como la de Spokane, la segunda ciudad más grande después de Seattle y con una relativa cercanía a Pullman; se les traslada por ambulancia o con ayuda de amigos o familiares. Existe un programa llamado *Mental Health Aid* tomado de Australia para el público en general para concientizar y preparar al público en general para tratar a personas con padecimientos mentales, es al mismo programa que asiste el cuerpo de policía.

Las políticas de CTS enfatizan en el respeto de los derechos individuales en todo contexto, se supone que debe ser igual en todo Estados Unidos; no se les da ningún seguimiento propiamente a los usuarios de los servicios de CTS, independientemente del archivo de su expediente, el tratamiento es completamente voluntario. En los casos en los que alguna persona es reportada ante CTS y es necesario que se le canalice a

una institución psiquiátrica, se acude a la policía; ellos están capacitados para tratar propiamente y de manera digna las personas con padecimientos mentales.

En el contexto académico del estado de Washington, bajo ninguna circunstancia el diagnóstico psiquiátrico puede implicar una baja definitiva en la universidad; existe, de hecho, una legislación federal que previene esto: *American Dissability Act* que protege a las personas con discapacidad, en donde podríamos incluir a algunas personas con padecimientos mentales. Además se cuenta con una ley estatal en el estado de Washington que es análoga al acta ya mencionada. En general, se busca proteger a los ciudadanos de la discriminación con respecto a discapacidad, por lo que se busca llegar a una 'acomodación razonable'. Cuando los estudiantes requieran de alguna medicación, el seguro de los estudiantes cubre los gastos, este es de carácter privado y se asiste al estudiante a encontrar la opción más accesible.

El respeto a los derechos individuales implica un cuidadoso manejo de la confidencialidad, por ejemplo, si los estudiantes son mayores de 18 años no es posible contactar a las familias sin el permiso previo de ellos. En casos en que, respecto a estas personas mayores de edad, sea extremadamente necesario contactar a la familia, esto será realizado por la administración de la universidad y no por el departamento de CTS. Hay leyes federales y estatales que respaldan esto. Hay casos en los que los estudiantes quisieran que sus familiares asistieran a CTS como parte de su tratamiento, en esos casos hay una participación de la familia en CTS. Se imparten igual talleres de Salud Mental para estudiantes con hijos y a parejas; con que uno de ellos sea estudiante es suficiente para que sean admitidos en los talleres.

Existe un subsidio por parte del estado, pero a los estudiantes se le cobra también una cuota semestral de 150 dólares, lo que les permite tener acceso a los servicios de la salud en general las veces que sean necesarias, a lo largo del semestre. Según se me informa en CTS, a comparación de otros estados de la unión americana, tal es el caso del vecino Idaho, las políticas de salud en el estado de Washington son de remarcable calidad. Los gastos en CTS para los estudiantes sean cubiertos por el seguro médico que se promueve que los estudiantes adquieran por su propia parte, de

igual forma, la cuota por gasto de salud no es demasiado elevada considerando la calidad y accesibilidad de los servicios brindados en la universidad.

Con respecto al internamiento de las personas como pacientes psiquiátricos en el estado de Washington, es posible percatarse también de la fuerte política de protección a los derechos individuales; a toda costa se busca que este tipo de internamientos se reduzcan al mayor tiempo posible. La atención de la Salud Mental en CTS, busca a estar a la vanguardia tanto política como académicamente, por lo que se lleva a cabo un abordaje con un grupo interdisciplinario de especialistas, tales como psicólogos, psiquiatras, antropólogos y trabajadores sociales.

5.0 CAPÍTULO QUINTO: LA PREVENCIÓN COMO FUNDAMENTO ÉTICO DE LA SALUD MENTAL

5.1 Hacia una Salud Mental preventiva

Se ha recalcado ya que el aspecto de mayor importancia en la Salud Mental se relaciona directamente con la inserción de las personas a la vida social, independientemente de los contextos sociales, históricos y geográficos, la OMS⁸¹ define a la Salud Mental como un “estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

Hasta nuestros días, en el tipo de democracia representativa en la que vivimos, las políticas dictadas por el Estado son el factor fundamental de reinserción de las personas con padecimientos mentales a la sociedad, sin embargo, la OMS⁸² establece que es responsabilidad de todos los sectores coextensivos a la vida social:

La Salud Mental se puede mejorar a través de la acción colectiva de la sociedad. Para mejorar la Salud Mental se requieren políticas y programas por parte de los sectores gubernamentales y comerciales incluyendo los sectores de educación, trabajo, justicia, transporte, ambiente, vivienda y asistencia social, así como actividades específicas en el campo de la salud relacionadas con la prevención y tratamiento de los problemas de salud.

⁸¹ Organización Mundial de la Salud (2013) Salud Mental: un estado de bienestar. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/ (visto 24/mar/2014).

⁸² Organización Mundial de la Salud (2004) Promoción de la Salud Mental: conceptos, evidencia emergente, práctica. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. p.13.

La Salud Mental mundial, según Desjarlais⁸³ es primeramente cuestión de economía y bienestar político; incide directamente en el ámbito familiar y de la comunidad, desenvolviéndose en un medio ambiente con recursos específicos. La Salud Mental es una cuestión que nos concierne a todos los seres humanos como especie porque nos encontramos profundamente vinculados en el propio bienestar psíquico de todos y cada uno; es lógicamente atribuible dicho bienestar al cumplimiento de Derechos Humanos y consecuentemente un asunto político. La OMS señala que los Derechos Humanos abarcan dimensiones civiles, culturales, económicas, políticas y sociales, proporcionando así, un marco intersectorial para considerar la Salud Mental a través de la amplia gama de factores que inciden en de la Salud Mental⁸⁴.

La investigación desarrollada para este trabajo de tesis sobre Salud Mental en Derechos Humanos se ha desarrollado en torno a la aplicación de los Derechos Humanos, que son universales, en el contexto local de una clínica psiquiátrica en San Luis Potosí, México. El principal hallazgo de la investigación no consistió en encontrar un incumplimiento de derechos, o bien, una mera justificación de derechos a las personas con padecimientos mentales, sino que se evidenció la necesidad de extender la protección de Derechos Humanos en la Salud Mental más allá de los muros de los hospitales psiquiátricos.

Como pudimos observar en el capítulo segundo de esta obra, la declaración de Caracas destaca ya la importancia de fortalecer el aspecto preventivo de la Salud Mental y fortalecer la atención comunitaria; en sus primeros artículos establece⁸⁵:

1. Que la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de Salud y en los marcos de los Sistemas Locales de Salud permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales;

⁸³ Desjarlais, Robert (1995) World Mental Health: problems and priorities in low-income countries. Oxford: Oxford University Press. p.15.

⁸⁴ Óp. Cit. Organización de Mundial de la Salud (2004) p.25.

⁸⁵ Organización Panamericana de la Salud (1990) Declaración de Caracas. Caracas: Organización Mundial de la Salud. p. 3. https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf

2. Que la reestructuración de la atención psiquiátrica en la Región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios;
3. Que los recursos, cuidados y tratamiento provistos deben:
 - a) salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los Derechos Humanos y civiles,
 - b) estar basado en criterios racionales y técnicamente adecuados.
 - c) propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario

La Salud Mental no deberá ser consideradamente como un aspecto contingente de la salud pública; es necesario fortalecer su aspecto preventivo, también considerado como el modelo de atención primaria, al igual que con otras campañas de salud pública como, entre otros ejemplos, la salud reproductiva, cardiovascular y bucal. Este hallazgo de trabajo de campo coincide con lo señalado por un grupo de investigadores del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz en México⁸⁶:

En cuanto a la atención, tradicionalmente los sectores responsables de la salud en países como el nuestro, concentran sus esfuerzos, principalmente, en las acciones de intervención y tratamiento, mientras que los programas educativos y preventivos, a los que por razones obvias dedican porcentajes limitados de sus recursos, suelen dedicarse a los problemas prioritarios de salud, como son los trastornos infecto-contagiosos, las campañas de vacunación o rehidratación oral y la atención de traumas físicos en los servicios de emergencia y atención especializada. Este hecho está plenamente justificado en razón de la mayor prevalencia de tal tipo de trastornos, así como de la morbimortalidad asociada a ellos. (...) En México se ha desatendido la Salud Mental de la población. Ha ocurrido que los recursos, siempre insuficientes, han sido canalizados para hacer frente a otros graves problemas de salud, como las enfermedades infecciosas y

⁸⁶ García, Sarah; Domínguez, Mario J.; Jiménez, Alberto; Gutiérrez, Alma R.; Solís, Josefina; Infante, Rosario; Luna, Adriana (2000) Información y educación, base para la prevención Salud Mental. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. 23 (3) 29-37 Pp. 31-32

la desnutrición (...) Hasta la fecha, las acciones de prevención en el campo específico de la Salud Mental no han sido suficientemente desarrolladas en México. En nuestro país, las actividades de prevención y fomento de la Salud Mental sólo han sido desarrolladas en grado apreciable en el área del abuso de sustancias, por lo que es necesario incrementar este tipo de acciones.

Es importante tomar en cuenta que la clínica psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña”, en donde se realizó la investigación, cuenta con campañas preventivas de enfermedades y padecimientos que no entrarían directamente dentro de la Salud Mental; estas campañas son inexistentes, tanto para los usuarios de la clínica como para el público en general. Por tal razón se consideró la pertinencia de observar la aplicación de campañas de Salud Mental preventiva desde otro contexto; una oportunidad de lograr esto fue la realización de una estancia corta de investigación en el estado de Washington, Estados Unidos; país vecino que por su proximidad geográfica y diplomática, así como su desarrollo socioeconómico, ha sido un modelo recurrente a las políticas públicas de México.

5.2 *Mental Health First Aid* como modelo preventivo

La oportunidad de estancia de investigación se llevó a cabo en un centro de atención psicológica o *counseling* para estudiantes de la Universidad del estado de Washington; al estar indagando en las campañas preventivas que se pudieran llevar a cabo en dicho centro, fui informado de un programa preventivo de origen australiano denominado *Mental Health First Aid* que se ha extendido internacionalmente y actualmente es implementado en el estado de Washington, el programa consiste en lo siguiente⁸⁷:

⁸⁷ Mental Health First Aid (2012) Intellectual Disability Mental Health First Aid Manual. Melbourne: Mental Health First Aid Australia. p.20. Visto en: <https://mhfa.com.au/sites/default/files/2nd-Edn-ID-MHFA-Manual-Sept-2012-small.pdf> (octubre de 2015) Traducción del original: Mental health first aid is the help provided to a person developing a mental health problem or experiencing a mental health crisis. The first aid is given until appropriate professional help is received or until the crisis resolves. The Mental Health First Aid course teaches how to recognise the cluster of symptoms of different illnesses and mental health crises, how to offer and provide initial help and how to guide a person towards appropriate treatment and

Primeros Auxilios en Salud Mental es la ayuda brindada a una persona desarrollando un problema o una crisis de Salud Mental. Los primeros auxilios son proporcionados hasta que la ayuda profesional apropiada es recibida o hasta que la crisis se resuelve. El curso de Primeros Auxilios en Salud Mental enseña como reconocer el conjunto de síntomas de los distintos padecimientos y crisis de Salud Mental, cómo ofrecer y proveer ayuda inicial y como guiar a la persona hacia un tratamiento apropiado y otros tipos de apoyo. El curso de Primeros Auxilios en Salud Mental no capacita a las personas a demostrar algún diagnóstico o terapia. Los objetivos de Primeros Auxilios en Salud Mental son:

1. Preservar la vida en donde la persona pueda ser un peligro para sí misma.
2. Proveer ayuda para prevenir que el problema de Salud Mental se vuelva más serio.
3. Promover la recuperación de la buena Salud Mental.
4. Proveer comodidad a una persona sufriendo de un problema de Salud Mental.

Los Primeros Auxilios de Salud Mental tienen la finalidad de ser implementados por integrantes del entorno inmediato de las personas que pudieran necesitar de estos primeros auxilios, como redes familiares, laborales o de amistad, y no necesariamente profesionales de la Salud Mental, también pueden adscribirse personas ocupadas del servicio a la sociedad en general como policías, maestros, empleadores y trabajadores con personas con discapacidad. Una capacitación como MHFA, dirigida al público en general contribuye en una gran medida a la reducción del estigma social hacia las personas con padecimientos mentales y a una inclusión más sólida, ya que se capacita

other supportive help. The Mental Health First Aid course does not teach people to provide a diagnosis or therapy. The aims of mental health first aid are to:

1. Preserve life where a person may be a danger to themselves.
2. Provide help to prevent the mental health problem from becoming more serious
3. Promote recovery of good mental health
4. Provide comfort to a person suffering with a mental health problem.

a las personas a saber lidiar con la enfermedad mental sin la necesidad de aislar a las personas con padecimientos mentales del espacio público y de todos aquellos considerado para las personas 'normales'; la preservación de la Salud Mental no se restringe únicamente entonces al cuidado de los profesionales o a los encargados de desarrollar las políticas de salud, sino que se posibilita a que la responsabilidad se extienda al entero entramado social. MHFA representa un claro ejemplo de prevención en Salud Mental o de atención psiquiátrica primaria, en concordancia con la inclusión social y la defensa de los Derechos Humanos.

Es necesario considerar la viabilidad de la adscripción de personal de instituciones mexicanas, en especial públicas, a este tipo de capacitaciones que ya han sido implementadas con éxito en diversos países alrededor del mundo⁸⁸. Es interesante ver que si bien esto aplica para países de Europa, África, Asia, Estados Unidos y Canadá, no es tal para ningún país de Latinoamérica; falta de recursos o mero desconocimiento de las instituciones gubernamentales de los países de este lado del mundo, no es posible saber la razón específica.

Es preciso advertir, como lo hace George W. Albee, que la cobertura de Salud Mental en Estados Unidos se encuentra, al igual que en nuestro país en un proceso de desarrollo, y necesita perfeccionarse también en el terreno de la Salud Mental preventiva, un aspecto de ello es aún la falta de profesionales capacitados en Salud Mental ante todos los sectores de la sociedad estadounidense⁸⁹:

⁸⁸ Mental Health First Aid (2013) <https://mhfa.com.au/cms/international-mhfa-programs> (visto 24/mar/2015)

⁸⁹ Albee, George W. (2006) Historical Overview of Primary Prevention of Psychopathology: Address to The 3rd World Conference on the Promotion of Mental Health and Prevention of Mental and Behavioral Disorders September 15–17, 2004, Auckland, New Zealand. *The Journal of Primary Prevention*. 27 (5) 441-456 P.550 Traducción del original: Even in a nation blessed with many university training programs that produce mental health professionals, and with major training funds available, we would never come close to having enough mental health professionals available. The city with the largest number of mental health professionals (Boston), with five major universities, was incapable of offering help to the poor, to multi problem families, to troubled adolescents, to the elderly, and to persons with mental disorders released from state mental hospitals.

Incluso en una nación privilegiada con tantos programas universitarios que producen profesionales de la Salud Mental, y con vastos fondos de capacitación disponibles, no podríamos acercarnos a tener suficientes profesionales de Salud Mental disponibles. La ciudad con el mayor número de profesionales de Salud Mental (Boston), que cuenta con cinco grandes universidades, fue incapaz de ofrecer ayuda a los pobres, a familias con problemas múltiples, a adolescentes atormentados, a los más viejos, y a las personas con desórdenes mentales despachados de los hospitales mentales del estado.

El hecho de que programas preventivos de Salud Mental, como es el caso de *Mental Health First Aid*, formen parte de las políticas públicas de un país demuestra el interés de su gobierno en preservar la Salud Mental desde antes que las denominadas 'enfermedades mentales' sean diagnosticadas, lo que puede representar un gran ahorro de recursos destinados posteriormente a resarcir la ya deteriorada Salud Mental pública, concibiéndola únicamente, como ya se ha mencionado, como un aspecto contingente de la salud pública y dejando de lado la ineludible necesidad de su abordaje integral ante su vasta complejidad en cuanto a fenómeno. Este abordaje integral implica un cambio necesario hacia la epistemología que sustenta nuestra visión ética y ecológica actual excluyente: imperialista, etnocéntrica y antropocéntrica; esto ha sido tema de discusión ya en el capítulo tercero de esta obra.

5.3 La Salud Mental preventiva como Derecho Humano

La fundamentación de Derechos Humanos para las personas con trastornos mentales nos lleva a considerar los alcances de la Salud Mental; las propuestas de Reich, Andreoli, Bateson, Bartra, Dussel, Engel, Salamanca y Sánchez-Rubio nos llevan a coincidir en que la Salud Mental como Derecho Humano consiste en un proceso dinámico coextensivo a todo el entramado social y no sólo a las personas con padecimientos mentales.

Es necesaria la participación de toda la sociedad en su conjunto, lo que incluye al estado e incluso las empresas privadas, en el cumplimiento de los Derechos Humanos de los pacientes psiquiátricos y de la misma sociedad en general. Al observar que la Salud Mental es un criterio que va más allá de un proceso de enfermedad, implica que sea una condición de bienestar social y ambiental que deriva en una responsabilidad de todos; sin embargo, por factores biológicos, sociales y ambientales, existen miembros específicos de la sociedad con una mayor vulnerabilidad que manifiestan un desbalance del equilibrio biopsíquico individual. Como veíamos en el tercer capítulo con Andreoli, las condiciones biopsicosociales de las personas con padecimientos mentales pueden ser no funcionales para los criterios de una subjetividad racional, económicamente productiva y con una conducta moralmente aceptable, requeridos por los mecanismos de producción capitalista: las personas terminan siendo excluidas de la misma sociedad y a la vez contenidas con fármacos por representar una amenaza al devenir sociocultural.

La labor preventiva en la Salud Mental es de amplia importancia para la comunidad científica, ya que la ciencia es la encargada de concientizar sobre el tema de la Salud Mental a la sociedad en general, Lawrence S. Wissow⁹⁰ señala los tópicos en torno a los cuales las disciplinas deben encargarse de desarrollar estrategias de acción en el ámbito preventivo de la Salud Mental:

Derechos Humanos, estigma, políticas económicas y desigualdad, promoción de relaciones constructivas entre padres y niños, preparación para la escuela y la educación posterior, así como condiciones saludables y satisfactorias de trabajo. A esta lista uno podría agregar labor en arquitectura, paisaje y diseño urbano con la intención de reducir el estrés, promover la interacción social e influir en

⁹⁰ Wissow, Lawrence S. (2015) Speeding growth in primary mental health prevention. *Israel Journal of Health Policy Research*. 4 (10) 1-4 p.1 Traducción del original: Human rights, stigma, economic policies and inequalities, promotion of nurturing parent-child relationships, school readiness and subsequent education, and healthy and satisfying work conditions. To this list one could add work in architecture, landscape, and urban design meant to reduce stress, promote social interaction, and influence lifestyle choices related to mental and physical health. This multi- and trans-disciplinary nature of prevention challenges how most current academic work is organized.

opciones de estilos de vida orientados a una salud física y mental. Esta naturaleza multi/trans disciplinaria de la prevención desafía el cómo el actual trabajo académico es organizado.

Al inicio de esta obra se abordó la tendencia actual en la Salud Mental global, promovida a descentralizar la atención psiquiátrica, este fue un tema recurrente en las entrevistas con todos los especialistas en Salud Mental con los que tuve oportunidad de conversar en mi trabajo de campo; todos y todas se manifestaron a favor de dicha descentralización siempre y cuando se fortalezca la parte preventiva de la Salud Mental, es una moción totalmente válida que los gobiernos fortalezcan la inversión en este aspecto primario, pero sin embargo, esto no debe implicar una disminución en el apoyo al tipo de atención psiquiátrica de diagnóstico y tratamiento (atención secundaria) o de intervención, rehabilitación y cuidado de tiempo completo (atención terciaria), un nivel de atención no debe ser sustitutivo de otro.

Es evidente la necesidad de proteger los Derechos Humanos de las personas con padecimientos mentales debido a su alta vulnerabilidad ante el entorno sociambiental; en la búsqueda de ello podemos darnos cuenta de que todos formamos parte de ese mismo entorno y es necesario también que este provea de condiciones de bienestar e inclusión para las personas con padecimientos mentales. Si prestamos atención hacia la promoción de la Salud Mental podemos percatarnos que la tarea nos beneficia a todos los seres humanos cualquiera que sea su sexo, edad o cultura, por tal razón es que es viable el considerar a la prevención de la Salud Mental como un derecho humano.

5.4 Hacia una ética integral de la Salud Mental

La pregunta fundamental para desarrollar la investigación de la cual esta tesis es producto versaba de la siguiente manera: ¿Son las personas con padecimientos mentales sujetos de Derechos Humanos? No fue difícil responder que en efecto lo son, pero todo el proceso de investigación y reflexión en el tema nos llevó a cuestionarnos

otros aspectos, como qué es lo que se entiende por 'sujeto', mismo que nos llevó a dilucidar que, sea lo que se entiende por este, obedece a un sistema sociocultural y económico en el que rige el neoliberalismo y el capitalismo globalizado.

Una persona con padecimientos mentales, muchas veces podría no ajustarse a esta noción clásica de sujeto, porque su condición intrínseca no es funcional para el tipo de sociedad en que vivimos, e incluso podríamos considerarla como una subjetividad residual. Sin embargo, hemos visto que la intención de universalidad de los Derechos Humanos deberá trascender los contextos socioculturales y económicos en aras de una universalidad inclusiva a través de la pluralidad de los modos del ser y el vivir.

Es por lo anterior que propuse hablar de una ética descentrada del capitalismo, del etnocentrismo e incluso del antropocentrismo, con un enfoque de tipo holístico, monista y a la vez pluralista en el cual no se pueden considerar lo biológico y lo cultural como separado. Los alcances de esto permiten situar una ética más allá del relativismo cultural y crítica hacia los procesos de homogeneización fallidos en la modernidad ocultos en la posmodernidad: a través de la exponenciación de la economía de libre mercado muchas veces es reconocido el valor de la diversidad humana, pero también se le denigra estableciendo a los seres humanos como meras piezas dentro de procesos de producción y de consumo de la maquinaria capitalista.

El criterio 'residual' para denominar a las personas con padecimientos mentales, lejos de denotar un sentido peyorativo connota la imposibilidad del sistema capitalista de adaptar todas las subjetividades a sus dinámicas productivas a las de un mero 'sujeto capitalista'. Los Derechos Humanos en su visión más estrecha no van más allá de los valores de tipo racional, moral-patriarcal y capitalista-neoliberal; es imperativo que toda reflexión en torno al tema de Derechos Humanos ir más allá de visiones sesgadas que nieguen la diversidad que caracteriza al ser humano como productor de cultura, así como la universalidad de la dignidad y el bienestar de la vida humana, que no se puede comprender tampoco sin estar en relación con el entorno físico y las otras especies vivas.

El hecho de que en un ejercicio de intuición sepamos que el ser humano es 'sujeto' de Derechos Humanos, a pesar de no ajustarse como el sujeto conveniente al

modo de producción del capitalismo nos lleva a cuestionarnos en dónde radicaría tal ética más allá de ello: una ética centrada en la preservación del bienestar humano pero originada desde un respeto a la vida misma desde la materialidad propia de la biósfera. Recordemos que a esa instancia a la cual llamamos Mente no podemos restringirla a un mero proceso encerrado de manera separada en dentro de los cráneos de cada ser humano, sino que es un proceso complejo e universal del cuál nuestra simple percepción y raciocinio forman parte; reconocernos como parte de este proceso de la Mente nos permite comprender la importancia de la Salud Mental a la vez de la limitación y necesidad de renovación de nuestros propios conceptos.

6.0 CONCLUSIONES GENERALES

PRIMERA. Los trastornos mentales se encuentran ampliamente extendidos en la vida social; es común la violación de Derechos Humanos hacia personas con este tipo de trastornos debido a que no existe una clara definición de estas en cuanto a 'sujetos', ya que los criterios obedecen al modo de producción capitalista, en relación a un régimen político neoliberal, que determina la integridad de los seres humanos de acuerdo a su funcionalidad social en una economía de libre mercado.

SEGUNDA. La legislación en torno a Derechos Humanos pretende abarcar criterios universales de acuerdo a la integridad y el bienestar del ser humano, por lo que en esencia deberían de ir más allá de sistemas económicos y políticos específicos. Las personas con padecimientos mentales, puedan o no ser funcionales a una sociedad de consumo/producción característica del libre mercado, seguirán gozando de igual manera de la universalidad de derechos por el mero hecho de ser seres humanos desde un criterio biológico, ético y material. Si bien las prácticas médicas intentan reinsertar a las subjetividades al tipo específico de sociedad en la que vivimos, esto no implica que la misma sociedad que vulnerabiliza, estigmatiza y segrega a las personas con padecimientos mentales no deba transformarse.

TERCERA. Es necesario y posible fundamentar una ética material más allá del individualismo, el etnocentrismo y el antropocentrismo que caracterizan a la sociedad hegemónica actual regida por mecanismos de poder biopolíticos y microfísicos. A través de las denominadas 'teorías externalistas de la conciencia', la mente y el funcionamiento cerebral se muestran de manera coextensiva al devenir social y ambiental; la Salud Mental se concibe como un estado de equilibrio psíquico, social y ambiental en el que cada sujeto interacciona de manera dialéctica con la exterioridad que es parte de sí: el 'yo' es modificado por factores sociales y ambientales externos, pero a su vez puede incidir en ellos y cambiarlos. Los Derechos Humanos son patrones éticos establecidos en el entramado psíquico, social y ambiental, esto se concibe como una mente colectiva-ambiental de procesos dinámicos e interacciones complejas.

CUARTA. Es posible ver reflejados los Derechos Humanos de los pacientes psiquiátricos en el caso concreto de las prácticas médicas en el hospital psiquiátrico “Dr. Everardo Neumann Peña”, en San Luis Potosí, México, esto pudo constatarse mediante la observación etnográfica así como a través del diálogo con el personal y los practicantes dentro de la clínica. La percepción de un amplio porcentaje del personal sobre las prácticas médicas y las instalaciones de la clínica en relación a Derechos Humanos es satisfactoria. La clínica cuenta con instalaciones adecuadas y de vanguardia para el tratamiento psiquiátrico, hay una buena distribución de las áreas y el espacio dentro de la clínica destinadas a prácticas médicas, alojamiento y esparcimiento. Existe también un ambiente de respeto y promoción a los Derechos Humanos en el interior de la clínica, también es reconocida la calidad de tratamiento psiquiátrico hacia los usuarios de la clínica por lo que acuden a ella personas de diversas partes del estado, de México e incluso de otros países.

Sin embargo, no podemos restringir el cumplimiento de derechos dentro de los muros de las instituciones de tiempo, como la clínica “Dr. Everardo Neumann Peña. Es necesario fortalecer las redes comunitarias en torno a los pacientes para prevenir reingresos posteriores a las instituciones psiquiátricas de tiempo completo. Existen diversas políticas que fomentan la atención descentralizada y/o comunitaria, lo cual es fundamental para lograr una Salud Mental integral en la sociedad, aunque este no deberá implicar que las instituciones de tiempo completo necesariamente tengan que desaparecer; existen personas con trastornos mentales conocidas como ‘hijos del estado’ que necesitan, por lo menos en el caso de México, de este tipo de instituciones. Los modelos de atención en salud de tipo preventivo (primario), diagnóstico y tratamiento (secundario), y de rehabilitación y cuidado de tiempo completo (terciario), no deben ser sustitutivos entre sí.

QUINTA. Las personas con padecimientos mentales se sitúan en un punto de inflexión en donde la denominada ‘enfermedad mental’ o ‘locura’ que es inadmisibles en la sociedad necesita ser contenida e incluso segregada, mientras que las personas

intentan ser reinsertadas a la misma sociedad. En el punto de inflexión de los padecimientos psiquiátricos inciden factores biológicos, sociales y ambientales; tanto la comunidad científica como la sociedad en general se ven involucrados y conlleva a una transformación dialéctica desde de la condiciones biopsíquicas de la subjetividad hasta las prácticas médicas, las políticas públicas, las normatividades nacionales e internacionales, así como todo el conjunto de las prácticas de la vida social en beneficio de una Salud Mental integral, inmanente al bienestar social y ambiental en el que todos nos vemos insertos.

SIXTA. La declaración de Caracas, establece la recomendación a los estados con respecto al fortalecimiento de la atención preventiva y comunitaria de la Salud Mental. Existen ejemplos de políticas públicas comunitarias y descentralizadas de Salud Mental que se manifiestan en prácticas inclusivas concretas, como pudo constatarse en la adscripción del modelo *Mental Health First Aid* en el estado de Washington en Estados Unidos de América. La Universidad del Estado de Washington, por ejemplo, ha incorporado la capacitación de MHFA algunos miembros del personal administrativo y académico con el fin de que la comunidad académica esté preparada con respecto a las contingencias de Salud Mental, y de este modo promover criterios de respeto y conocimiento científico en la población universitaria que permitan sobrellevar crisis mentales en las personas.

Las prácticas de MHFA están dirigidas no sólo a profesionales de salud, sino al público en general; el cuerpo de policía de la ciudad de Pullman, Washington (sede de la WSU), también se encuentra capacitado en este programa. Prácticas como esta pueden reducir en gran medida el estigma social hacia personas con padecimientos mentales, además de contribuir al respeto de sus derechos humanos. La Salud Mental es responsabilidad de todos los seres humanos, aunque siempre habrá miembros de la sociedad más vulnerables, así como sujetos o instituciones con mayor responsabilidad social, política y económica en el cumplimiento de esta.

6.1 ANEXO 1: Formato de encuesta de medición de cobertura de derechos y condiciones en instituciones psiquiátricas

ENCUESTA DE MEDICIÓN DE COBERTURA DE DERECHOS Y CONDICIONES EN INSTITUCIONES PSIQUIÁTRICAS

Basada en el número 13 de los principios para la protección de enfermos mentales y mejoramiento de la atención de la Salud Mental (asamblea general de la ONU, resolución 46/119, 17 de diciembre de 1991)

Departamento:
Edad:
Sexo:

Para cada elemento identificado a continuación, rodee con un círculo el número de la derecha que señale la medida en que, según su criterio, el derecho este cubierto.

Todo paciente en la institución psiquiátrica tendrá, en particular, el derecho a ser plenamente respetado por cuanto se refiere a su:	No cubierto					Parcialmente cubierto					Totalmente cubierto				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Reconocimiento en todas partes como persona ante la ley	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Vida privada	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Libertad de comunicación, que incluye la libertad de comunicarse con otras personas que estén dentro de la institución; libertad de enviar y de recibir comunicaciones privadas sin censura; libertad de recibir, en privado, visitas de un asesor o representante personal y, en todo momento apropiado, de otros visitantes; y libertad de acceso a los servicios postales y telefónicos y a la prensa, la radio y la televisión	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Libertad de religión o creencia	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

El medio ambiente y las condiciones de vida en las institución psiquiátrica deberán aproximarse en la mayor medida posible a las condiciones de la vida normal de las personas de edad similar e incluirán en particular:	No cubierto					Parcialmente cubierto					Totalmente cubierto				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Instalaciones para actividades de recreo y esparcimiento	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Instalaciones educativas	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
Instalaciones para adquirir o recibir artículos esenciales para la vida diaria, el esparcimiento y la	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

comunicación					
Instalaciones, y el estímulo correspondiente para utilizarlas, que permitan a los pacientes emprender ocupaciones activas adaptadas a sus antecedentes sociales y culturales y que permitan aplicar medidas apropiadas de rehabilitación para promover su reintegración en la comunidad. Tales medidas comprenderán servicios de orientación vocacional, capacitación vocacional y colocación laboral que permitan a los pacientes obtener o mantener un empleo en la comunidad.	1	2	3	4	5
En ninguna circunstancia podrá el paciente ser sometido a trabajos forzados. Dentro de los límites compatibles con las necesidades del paciente y las de la administración de la institución, el paciente deberá poder elegir la clase de trabajo que desee realizar.	No cubierto	Parcialmente cubierto		Totalmente cubierto	
	1	2	3	4	5
El trabajo de un paciente en una institución psiquiátrica no será objeto de explotación. Todo paciente tendrá derecho a recibir por un trabajo la misma remuneración que por un trabajo igual, de conformidad con las leyes o las costumbres nacionales, se pagaría a una persona que no sea un paciente. Todo paciente tendrá derecho, en cualquier caso, a recibir una proporción equitativa de la remuneración que la institución psiquiátrica perciba por su trabajo.	Escala No cubierto	Parcialmente cubierto		Totalmente cubierto	
	1	2	3	4	5

6.2 ANEXO 2: Cifras de la clínica psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña”
(Junio de 2015)

Pacientes admitidos según principales diagnósticos:

Pabellón C:

RETRASO MENTAL MODERADO: 4

RETRASO MENTAL GRAVE: 2

TRASTORNO PSICOTICO AGUDO Y TRANSITORIO/TRASTORNO CONSUMO
ALCOHOL: 2

DIAGNOSTICO: 1

ESQUIZOFRENIA: 1

OTROS: 13

TOTAL: 23

OCUPACIÓN: 23/25

Pabellón F:

ESQUIZOFRENIA: 4

ESQUIZOFRENIA PARANOIDE: 4

TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO: 3

RETRASO MENTAL MODERADO: 2

TRASTORNO PSICÓTICO AGUDO: 2

OTROS: 11

TOTAL: 26

OCUPACIÓN: 26/30

Pabellón G:

ESQUIZOFRENIA PARANOIDE :12
ESQUIZOFRENIA: 3
TRASTORNO PSICOTICO AGUDO: 3
TRASTORNO AFECTIVO ORGANICO: 1
OTROS: 3
TOTAL: 22
OCUPACIÓN: 22/30

UPIC:

TRASTORNO DEL NEURODESARROLLO/AUTISMO: 1
TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR: 1
TRASTORNO PSICÓTICO AGUDO: 2
TOTAL: 4
OCUPACIÓN: 4/4

6.3 ANEXO 3: Resultados y análisis de encuesta

Descripción

La presente encuesta se basa en el número 13 del estándar internacional conocido como “Principios para la Protección de Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención en Salud Mental” (Principios EM). Dichos principios fueron decretados por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas en 1991. La encuesta se compone de 10 incisos evaluados por una escala de Likert del uno al cinco, que van desde un derecho no cubierto (1), pasan por tres niveles de parcialmente cubierto (2, 3, 4) y llegan a la cobertura total del derecho (5). Puede resultar ambiguo el uso de tres categorías para catalogar a los derechos ‘parcialmente cubierto’, porque en el sentido estricto un derecho no es medianamente cubierto: se cumple o no se cumple. Sin embargo, los principios EM, al tratarse de estándares no vinculantes de Derechos Humanos, señalan recomendaciones que sí pueden catalogarse como desde no cubiertas a parcialmente cubiertas y a totalmente cubiertas. Los tres grados del estándar ‘parcialmente cubierto’ permiten darnos cuenta si la cobertura parcial tiende más al ‘no cubierto’ y al ‘totalmente cubierto’. Al realizar la interpretación de los datos que arrojó la encuesta, se realiza una explicación de por qué cada derecho está cubierto en determinada medida.

La encuesta⁹¹ fue contestada por el mismo personal de la clínica, por lo que fueron ellos mismos quienes evaluaron las condiciones de la institución en cuanto a Derechos Humanos. Cada inciso de la encuesta trata sobre lo siguiente:

1. Reconocimiento como persona ante la ley.
2. Vida privada.
3. Libertad de comunicación.
4. Libertad de religión o creencia.
5. Instalaciones para recreo y esparcimiento.

⁹¹ Ver anexo 1 para consultar el formato original de encuesta.

6. Instalaciones educativas.
7. Instalaciones para recibir artículos para vida diaria.
8. Instalaciones que favorezcan reinserción a la comunidad.
9. Protección contra explotación.
10. Remuneración por trabajo.

Resultados de encuesta

La encuesta se realizó en la clínica “Dr. Everardo Neumann Peña” en San Luis Potosí, México, aplicándose a 87 miembros del personal y practicantes de distintas áreas de un total de 232, lo que en porcentaje se traduce como un 37.5 % del total. Esta muestra fue suficiente para tener una perspectiva adecuada sobre la cobertura del principio 13 EM, que trata específicamente sobre *cobertura de derechos y condiciones en instituciones psiquiátricas*. Además, en el proceso de aplicación de la encuesta fui recabando información adicional como resultado de la retroalimentación que provenía por parte del personal con respecto a las preguntas que les estaba aplicando. De ahí surgieron dudas que tuve que ir aclarando sobre la marcha en las visitas realizadas a la clínica en mi trabajo de campo. La encuesta refleja las percepciones subjetivas del personal con respecto a la cobertura de derechos en la clínica lo que me permitió tener una idea amplia sobre la manera en que el mismo personal evalúa la institución en la que trabajan.

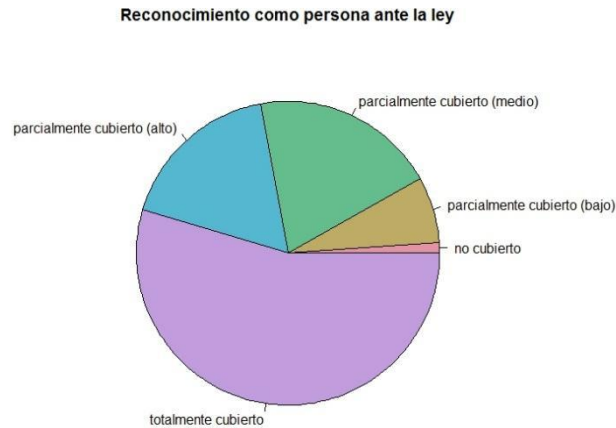
La población a la que se aplicó la encuesta consistió en un número sobre el total de cada departamento, en el tiempo en que se realizó trabajo de campo, de la siguiente manera:

- Enfermería: 20/68
- Psicología: 16/19
- Psiquiatría: 10/15
- Trabajo Social: 5/6
- Servicios generales: 4/27
- Otros (paramédicos, cocina, camilleros, terapeutas físicos, químicos): 33/66

La edad promedio del personal encuestado de la clínica psiquiátrica es de 32.4 años de los cuales el integrante más joven es de 17 años y el mayor de 60. El sexo de las personas encuestadas predominó para el personal femenino con 66.6% en comparación de los hombres con un 31.9%. El sexo predominante en la clínica es, de

hecho, el femenino. A continuación se presenta una gráfica de sectores por cada inciso de la encuesta sobre la cobertura de derechos y una breve descripción de cada uno.

Reconocimiento como persona ante la ley



No cubierto: 1.16

Parcialmente cubierto (bajo): 6.98

Parcialmente cubierto (medio): 19.77

Parcialmente cubierto (alto): 17.44

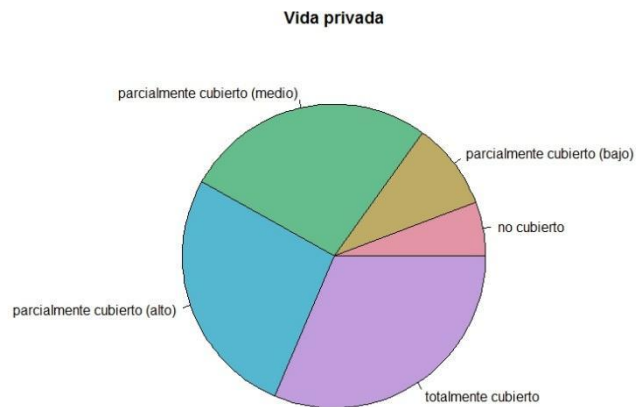
Totalmente cubierto 54.65

Todo paciente en la institución psiquiátrica tendrá, en particular, el derecho a ser plenamente respetado por cuanto se refiere a su Reconocimiento en todas partes como persona ante la ley.

Las personas son ingresadas a la institución por voluntad propia y/o con el consentimiento de familiares o de personas encargadas de su cuidado; al tratarse de ingresos involuntarios se le envía una notificación al ministerio público. Es un hecho que algunos derechos y libertades de los pacientes se ven restringidos debido al proceso de tratamiento a las personas con trastornos mentales, esta es una suspensión que se realiza por contrato en pro de un futuro bienestar para estas personas y su entorno

inmediato. Sin embargo, la clínica cuenta con un código interno adscrito a normatividad nacional e internacional que busca proteger los derechos tanto de los usuarios como del personal en una mayor medida de lo posible. Es posible evidenciar que no existen violaciones de los derechos de los pacientes, salvo por contrato, y según las restricciones y prácticas características del tipo de tratamiento psiquiátrico, como la sujeción, el aislamiento, la terapia electroconvulsiva y los procedimientos quirúrgicos intrusivos; cuando no existe la posibilidad de que las prácticas sean decididas por parte del paciente o algún familiar, se llevan a cabo sólo a través de una adecuada deliberación por un comité de bioética.

Vida privada



No cubierto: 6.98

Parcialmente cubierto (bajo): 10.47

Parcialmente cubierto (medio): 33.72

Parcialmente cubierto (alto): 25.58

Totalmente cubierto: 23.26

Todo paciente en la institución psiquiátrica tendrá, en particular, el derecho a ser plenamente respetado por cuanto se refiere a su vida privada.

La vida privada de los pacientes es algo que es respetado por el personal de la clínica, sin embargo, los profesionales indagan en la vida privada de los pacientes a través de su tratamiento y de acuerdo a la voluntad de las personas. En cuestión de espacio los pacientes deben compartir dormitorio y baños, por lo que el espacio personal se restringe a la cama que les fue asignada.

Libertad de comunicación



No cubierto: 6.98

Parcialmente cubierto (bajo): 10.47

Parcialmente cubierto (medio): 33.72

Parcialmente cubierto (alto): 25.58

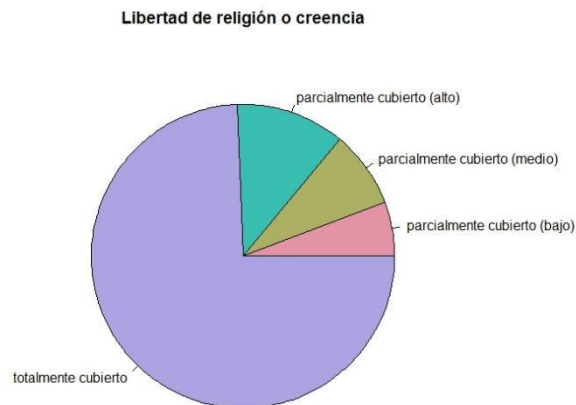
Totalmente cubierto: 23.26

Todo paciente en la institución psiquiátrica tendrá, en particular, el derecho a ser plenamente respetado por cuanto se refiere a su Libertad de comunicación, que incluye la libertad de comunicarse con otras personas que estén dentro de la institución; libertad de enviar y de recibir comunicaciones privadas sin censura; libertad de recibir, en privado, visitas de un asesor o representante personal y, en todo momento apropiado, de otros visitantes; y libertad de acceso a los servicios postales y telefónicos y a la prensa, la radio y la televisión.

Los pacientes tienen acceso a las comunicaciones según la prescripción del personal a su cargo, se argumenta que hay ocasiones en las cuáles los pacientes no se

encuentran en condiciones de establecer comunicación con el exterior aunque ellos así lo pidan. Las visitas a las personas internadas en la clínica también están permitidas con la previa autorización de las personas a su cargo en los horarios permitidos.

Libertad de religión o creencia



No cubierto: S.D.

Parcialmente cubierto (bajo): 5.81

Parcialmente cubierto (medio): 8.14

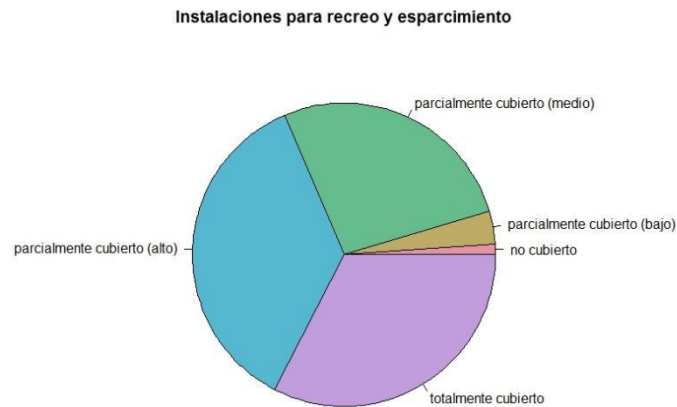
Parcialmente cubierto (alto): 11.63

Totalmente cubierto: 74.42

Todo paciente en la institución psiquiátrica tendrá, en particular, el derecho a ser plenamente respetado por cuanto se refiere a su libertad de religión o creencia.

La libertad de religión y creencia es algo que se respeta en el hospital, en la encuesta se observa que no existen indicios de que no se cubra este derecho. La clínica cuenta incluso con una pequeña capilla, existen también visitas de pastores de distintas comunidades cristianas y es común ver visitantes de la iglesia católica.

Instalaciones para recreo y esparcimiento



No cubierto: 1.16

Parcialmente cubierto (bajo): 3.49

Parcialmente cubierto (medio): 26.74

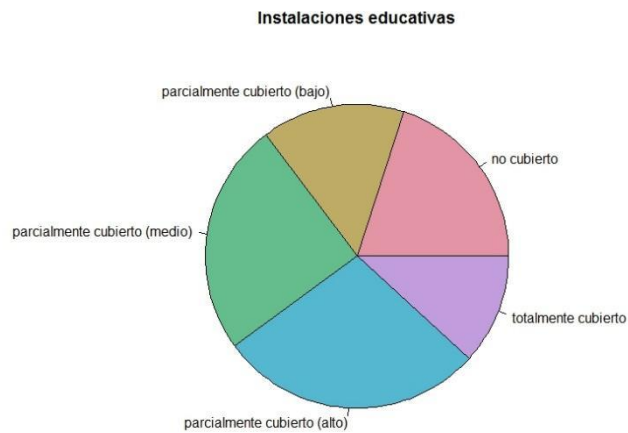
Parcialmente cubierto (alto): 36.05

Totalmente cubierto: 32.56

El medio ambiente y las condiciones de vida en la institución psiquiátrica deberán aproximarse en la mayor medida posible a las condiciones de la vida normal de las personas de edad similar e incluirán en particular Instalaciones para actividades de recreo y esparcimiento.

Existen en la clínica áreas verdes y espacios que pueden funcionar como canchas de básquetbol y fútbol, aunque la mayor parte del tiempo pueden observarse a las personas internas en sus respectivos pabellones o en los espacios destinados a ver televisión, regularmente se les lleva a ver películas al auditorio de la clínica. La clínica cuenta también con actividades de tipo cultural como lectura de cuentos.

Instalaciones educativas



No cubierto: 20.00

Parcialmente cubierto (bajo): 15.29

Parcialmente cubierto (medio): 24.71

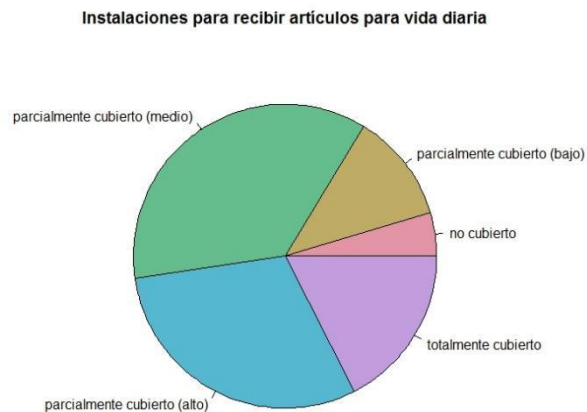
Parcialmente cubierto (alto): 28.24

Totalmente cubierto: 11.76

El medio ambiente y las condiciones de vida en la institución psiquiátrica deberán aproximarse en la mayor medida posible a las condiciones de la vida normal de las personas de edad similar e incluirán en particular instalaciones educativas.

La institución no cuenta propiamente con instalaciones educativas, lo que más podría acercarse a ello son las áreas destinadas a talleres de terapia ocupacional en donde los pacientes realizan actividades como carpintería y manualidades.

Instalaciones para recibir artículos para vida diaria



No cubierto: 4.65

Parcialmente cubierto (bajo): 11.63

Parcialmente cubierto (medio): 36.05

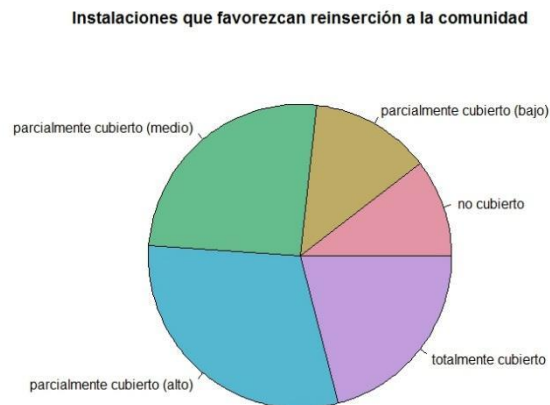
Parcialmente cubierto (alto): 30.23

Totalmente cubierto: 17.44

El medio ambiente y las condiciones de vida en la institución psiquiátrica deberán aproximarse en la mayor medida posible a las condiciones de la vida normal de las personas de edad similar e incluirán en particular Instalaciones para adquirir o recibir artículos esenciales para la vida diaria, el esparcimiento y la comunicación.

A las personas se les provee de artículos básicos para su vida diaria en sus respectivos pabellones. Además, a los pacientes se les proporciona una alimentación balanceada y una dieta de acuerdo a los requerimientos nutricionales de cada quién.

Instalaciones que favorezcan reinserción a la comunidad



No cubierto: 10.47

Parcialmente cubierto (bajo): 12.79

Parcialmente cubierto (medio): 25.58

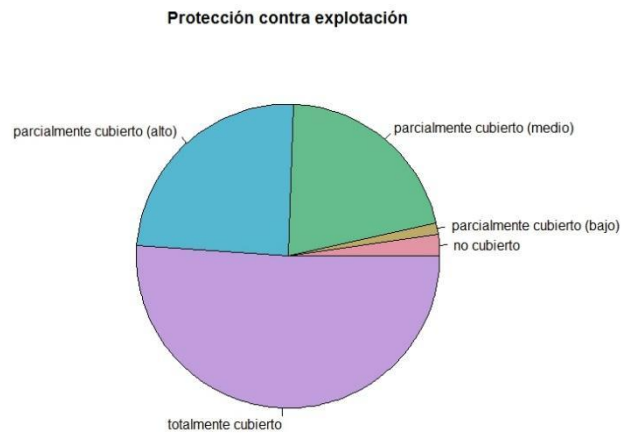
Parcialmente cubierto (alto): 30.23

Totalmente cubierto: 20.93

El medio ambiente y las condiciones de vida en las institución psiquiátrica deberán aproximarse en la mayor medida posible a las condiciones de la vida normal de las personas de edad similar e incluirán en particular Instalaciones, y el estímulo correspondiente para utilizarlas, que permitan a los pacientes emprender ocupaciones activas adaptadas a sus antecedentes sociales y culturales y que permitan aplicar medidas apropiadas de rehabilitación para promover su reintegración en la comunidad. Tales medidas comprenderán servicios de orientación vocacional, capacitación vocacional y colocación laboral que permitan a los pacientes obtener o mantener un empleo en la comunidad.

La institución se encuentra mayormente centrada en la rehabilitación psíquica y física de los pacientes, si bien se llevan a cabo festivales y actividades culturales dentro de la clínica, el aspecto de la rehabilitación social es un elemento a mejorar en las actividades que lleva a cabo la clínica; no existen políticas para dar un seguimiento a los pacientes una vez dados de alta.

Protección contra explotación



No cubierto: 2.33

Parcialmente cubierto (bajo): 1.16

Parcialmente cubierto (medio): 20.93

Parcialmente cubierto (alto): 24.42

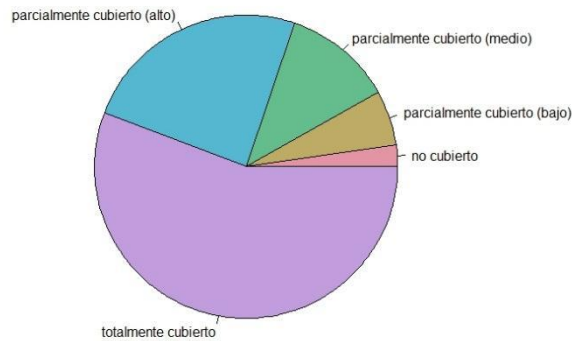
Totalmente cubierto: 51.16

En ninguna circunstancia podrá el paciente ser sometido a trabajos forzados. Dentro de los límites compatibles con las necesidades del paciente y las de la administración de la institución, el paciente deberá poder elegir la clase de trabajo que desee realizar.

Si bien las opciones de trabajos por realizar de los pacientes de la clínica son reducidas, estas personas no se encuentran sometidos a ningún tipo de explotación o trabajo forzado.

Remuneración por trabajo

Remuneración por trabajo



No cubierto: 2.33

Parcialmente cubierto (bajo): 5.81

Parcialmente cubierto (medio): 11.63

Parcialmente cubierto (alto): 24.42

Totalmente cubierto: 55.81

El trabajo de un paciente en una institución psiquiátrica no será objeto de explotación. Todo paciente tendrá derecho a recibir por un trabajo la misma remuneración que por un trabajo igual, de conformidad con las leyes o las costumbres nacionales, se pagaría a una persona que no sea un paciente. Todo paciente tendrá derecho, en cualquier caso, a recibir una proporción equitativa de la remuneración que la institución psiquiátrica perciba por su trabajo.

Los pacientes de la clínica reciben una remuneración simbólica de los trabajos que realizan de \$7.00. Las actividades que realizan son de tipo ocupacional y no comercial.

REFERENCIAS

- Acadia, Spencer (2013) Reference and Research for Medical Sociology, Medical Anthropology and Health Psychology. Reference & User Services Quarterly.
- Albee, George W. (2006) Historical Overview of Primary Prevention of Psychopathology: Address to The 3rd World Conference on the Promotion of Mental Health and Prevention of Mental and Behavioral Disorders September 15–17, 2004, Auckland, New Zealand. *The Journal of Primary Prevention*. 27 (5) 449-456
- Andreoli, Vittorino (1986) La tercera vía de la psiquiatría. Locura: Individuo, ambiente historia. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bartra, Roger (2006) Antropología del cerebro: la conciencia y los sistemas simbólicos. Barcelona: Pre-Textos.
- (2013) Cerebro y libertad: ensayo sobre la moral, el juego y el determinismo. México: FCE.
- Bateson, Gregory (1993 [1979]) Espiritu y Naturaleza. Buenos Aires: Amorrortu.
- Congreso Europeo para las personas con discapacidad (2002) Declaración de Madrid. Madrid: S.D. <http://www.ub.edu/integracion/docs/normativa/internacional/Declaracion-Madrid.pdf>
- Consejo de Europa (1996) Carta Social Europea. Estrasburgo: Consejo de Europa. <http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/presentation/escrbooklet/Spanish.pdf>
- Damasio, Antonio (1994) Descartes' error. Emotion, reason, and the human brain. New York: Putnam.
- (2005) En busca de Spinoza: neurobiología de la emoción y los sentimientos. Barcelona: Crítica
- Deleuze, Gilles (2012 [1990]) "Post-scriptum sobre las sociedades de control". *Polis* (13) Visto en: <http://polis.revues.org/5509> (octubre 2015)
- Desjarlais, Robert (1995) World Mental Health: problems and priorities in low-income countries. Oxford: Oxford University Press.
- Dussel, Enrique (2011) Ética de la liberación en la edad de la globalización y la exclusión. Madrid: Trotta.
- Engel, George L. (1977) The Need for a New Medical Model: A challenge for Biomedicine. *Science, New Series*. 196 (4286). 129-136
- Estados Unidos Mexicanos (2015) Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México: H. Congreso de la Unión. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm>
- Foucault, Michel (1976) Historia de la locura en la época clásica I y II. México: FCE.
- (2005) El poder psiquiátrico. Buenos Aires: FCE.
- García, Sarah; Domínguez, Mario J.; Jiménez, Alberto; Gutiérrez, Alma R.; Solís, Josefina; Infante, Rosario; Luna, Adriana (2000) Información y educación, base para la prevención Salud Mental. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. *Salud Mental*. 23 (3) 29-37
- Hardt, Michael. Negri, Antonio (2005) Imperio. Barcelona: Paidós

Martínez-Hernández, Ángel (1998) Antropología versus psiquiatría: el síntoma y sus interpretaciones. *Revista de la Asociación Española Neuropsiquiatría*. 15 (68) 645-659

----- (2000) ¿Has visto cómo llora un cerezo?: pasos hacia una antropología de la esquizofrenia. Barcelona: Edicions Universitat Barcelona.

Mental Health First Aid (2012) Intellectual Disability Mental Health First Aid Manual. Melbourne: Mental Health First Aid Australia. Visto en: <https://mhfa.com.au/sites/default/files/2nd-Edn-ID-MHFA-Manual-Sept-2012-small.pdf> (octubre 2015)

Organización de la Unidad Africana (1981) Carta Africana de Derechos Humanos. Nairobi: Asamblea de Jefes de Estado y Gobierno de la Organización de la Unidad Africana.

Organización de las Naciones Unidas (1965) Convención internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial. Nueva York: Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas.

----- (1966) Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Nueva York: Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. Visto en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/D47.pdf> (octubre 2015)

----- (1966) Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales. Nueva York: Organización de las Naciones Unidas. Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. Visto en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/D50.pdf> (octubre 2015)

----- (1979) Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Nueva York: Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. Visto en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100039.pdf (octubre 2015)

----- (1984) Convención Internacional contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanas y Degradantes. Nueva York: Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. Visto en: <http://www.pgjdf.gob.mx/temas/4-6-1/fuentes/11-A-2.pdf> (octubre 2015)

----- (1989) Convención sobre los Derechos del Niño. Nueva York: Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. Visto en: http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Programas/Discapacidad/Conv_DNi%C3%B1o.pdf (octubre 2015)

----- (1991) Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental. Nueva York: Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. Visto en: <http://www.pgjdf.gob.mx/temas/4-6-1/fuentes/6-A-5.pdf> (octubre 2015)

----- (1994) Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad. Nueva York: Organización de

- las Naciones Unidas. Visto en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/standardrules.pdf> (octubre 2015)
- (1999) Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad. Nueva York: Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas. Visto en: http://www.dgri.sep.gob.mx/formatos/4_oea_11.pdf (octubre 2015)
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (1994) Declaración de Salamanca y Marco de Acción para las Necesidades Educativas Especiales. Salamanca: Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura. Visto en http://www.unesco.org/education/pdf/SALAMA_S.PDF (octubre 2015)
- (1998 [1948]) Declaración Universal de los Derechos Humanos. Santiago: Oficina Regional de Educación de la UNESCO para América Latina y el Caribe. Visto en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0017/001790/179018m.pdf> (octubre 2015)
- Organización de los Estados Americanos (1988) Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. San Salvador: Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos.
- Organización Mundial de la Salud (2001) Proyecto de política de Salud Mental: paquete de orientación sobre política y servicios. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- (2003) Legislación sobre Salud Mental y Derechos Humanos de la OMS. Ginebra: Organización mundial de la Salud.
- (2006) Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. Ginebra: Organización mundial de la Salud.
- (2004) Promoción de la Salud Mental: conceptos, evidencia emergente, práctica. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- (2013) Salud Mental: un estado de bienestar. http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/ (visto 24/mar/2014).
- Organización Panamericana de la Salud (1990) Declaración de Caracas. Caracas: Organización Mundial de la Salud. https://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf
- Reich, Wilhelm (1980) Materialismo dialéctico y psicoanálisis. México: Siglo XXI.
- Salamanca, Antonio (2006) El derecho a la revolución. San Luis Potosí: Universidad Autónoma de San Luis Potosí.
- Saldaña-Medina, Guillermo. En prensa. La artificialidad necesaria: ética, etología y ecología. (Ensayo para acreditar la materia “Ética en Derechos Humanos” a cargo del Dr. Antonio Salamanca.)
- En prensa. “Conformaciones del derecho natural y la ética en Spinoza” En prensa. *Revista de Derechos Humanos y Estudios Sociales (REDHES)*. San Luis Potosí: Universidad Autónoma de San Luis Potosí (Ensayo para acreditar la materia de “Epistemología de Derechos Humanos” a cargo de la Dra. Mylai Burgos.)

- Sánchez Rubio, David (2010) "Sobre el concepto de "historización" y una crítica a la visión sobre las (de)-generaciones de Derechos Humanos". *Revista de Derechos Humanos y Estudios Sociales*. 4(2): 41-55.
- Secretaría de Salud (2007) Programa de Acción Específico 2007-2012 Salud Mental. México: Secretaría de Salud.
- (1994) Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994 Para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Medico-Psiquiátrica. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud (2011) Informe de la evaluación del sistema de Salud Mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS). México: Secretaría de Salud. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.
- Servicios de Salud San Luis Potosí (2008) "Se consolida la Red Estatal de Atención Psiquiátrica". <http://www.slpsalud.gob.mx/sala-de-prensa/archivo/371-se-consolida-la-red-estatal-de-atencion-psiQuiatrica.html> (Visto en diciembre de 2014.)
- Wissow, Lawrence S. (2015) Speeding growth in primary mental health prevention. *Israel Journal of Health Policy Research*. 4 (10) 1-4