

56
20j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

**LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL PUBLICA
EN MEXICO 1862 - 1988
UN ENSAYO CRITICO**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

CESAR GOMEZ FLORES

PRESIDENTE DE JURADO :

MTR. JORGE MOLINA AVILES

DIRECTOR DE TESIS :

MTRA. MA. ASUNCION VALENZUELA COTA

MEXICO, D. F.

FALLA EN ORGON

1991



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	Pág.
Introducción.	5
Panorama General de los Servicios de Salud Mental desde la Colonia hasta Mediados del Siglo XIX.	17
La Reforma Liberal del Gobierno de Juárez y el Porfiriato. El Comienzo de la Medicina Científica Institucional y sus Repercusiones en los Servicios de Salud Mental.	29
La Epoca Revolucionaria y el inicio de la Centralización Institucional de los Servicios de Salud Mental.	51
Relevancia de la Atención Médica en el Desarrollo Industrial de México y el Resurgimiento de la Atención Psiquiátrica. 1940-1970.	65
La Crisis del Sector Salud en el Contexto de la Modernización Administrativa y su Impacto en los Servicios de Salud Mental 1970-1988.	94
Conclusiones.	132
Bibliografía.	140

INTRODUCCION

Dentro del ámbito de la salud y la práctica médica en México, la asistencia al enfermo mental ha sido uno de los elementos que a través de su historia, se ha encontrado íntimamente relacionada con la estructura social, política y económica del país y que se remonta incluso hasta la época prehispánica⁽¹⁾⁽²⁾.

Sin embargo, no es sino hasta el movimiento de Reforma Liberal del Gobierno de Juárez en donde surge la responsabilidad por parte del Estado del cuidado, dirección y mantenimiento de las instituciones de Beneficencia, encontrándose entre ellas las destinadas al enfermo mental, las cuales desde principios de la época colonial habían estado a cargo de laicos piadosos y diversas congregaciones religiosas.

A partir de entonces, la evolución de la estructura y funcionamiento de los servicios proporcionados por el Estado en materia de Salud Mental, ha estado condicionado en gran medida por los cambios ideológicos y administrativos que el Sector Salud ha sufrido dentro del contexto político, económico y social del país, así como por el surgimiento de una diversidad de enfoques teóricos y asistenciales acerca de cuestiones de carácter preventivo, de tratamiento y rehabilitación en relación a la enfermedad mental.

(1) Ver a Calderón Narváez, G. "Aztecas, Mayas y Psiquiatría".

(2) Ver a Flores Chávez J. "Salud y Enfermedad Mental en la Cultura Azteca".

De ahí que, las reformas que han existido en relación a dichos servicios han sido fragmentarias e interrumpidas dentro de una tendencia asistencial centralizada, en un principio por la Beneficencia Pública y posteriormente por la Secretaría de Salubridad y Asistencia S.S.A. (actualmente Secretaría de Salud), Institución Pública que desde su creación en 1943 hasta el presente posee la mayor parte de la infraestructura hospitalaria para este tipo de enfermos, a pesar de la existencia de instituciones tan poderosas económicamente como el IMSS y el ISSSTE y que tienen bajo su responsabilidad a millones de derechohabientes⁽³⁾.

Aunado al problema de centralismo asistencial, la Salud Mental en México ha ocupado un lugar de menor importancia en el orden de prioridades de las necesidades de Salud Pública, situación particularmente cierta en naciones en vías de desarrollo como la nuestra, principalmente por los siguientes aspectos manifestados por González Uzcastegui⁽⁴⁾:

- Los factores económicos, culturales y sociales que configuran el llamado subdesarrollo condiciona de manera relevante la patología. Relación que ha sido reconocida con preferencia en el ámbito de las enfermedades somáticas cuya atención revisten mayor importancia que la necesidad de tratar a los enfermos mentales.

(3) Pucheu Regis, Carlos. "Rehabilitación del Enfermo Mental". pág. 9.

(4) González Uzcastegui, René. "Salud Mental en América Latina: Problemas y Perspectivas". pág. 93-100.

- Los administradores de la Salud y los Políticos en general conciben muy débilmente los problemas de la Salud Mental, a pesar de que se encuentra presente en planes y políticas de salud.
- Las enfermedades mentales generalmente no son consideradas como causa directa de muerte y por consiguiente no aparecen representadas en proporción a su importancia en la información que habitualmente proporcionan las oficinas estadísticas.
- Falta de información del público en general, así como actitudes de rechazo enraizadas principalmente en creencias y tradiciones que dificultan el conocimiento objetivo de la enfermedad mental.

Un tercer aspecto que, junto con los mencionados anteriormente configuran la situación actual de los servicios de Salud Mental, es el referido a las dificultades universalmente reconocidas dentro de la Psiquiatría y que son derivadas de las lagunas de conocimiento que todavía existen en relación a la etiología y patogenia de los trastornos psíquicos, dando origen a distintas tendencias técnicas e ideológicas en los profesionales de la Salud Mental, de las cuales, las derivadas del modelo médico han mantenido su predominio en el sector oficial, debido entre otras cosas, a la atribución de una supuesta eficacia pragmática -basada en la medicalización y reclusión hospitalaria- y a la apropiación de la racionalidad científica en el estudio de las enfermedades mentales; condi--

ciones que, desde principios de siglo han legitimado el poder político e ideológico del psiquiatra en el ámbito asistencial de la salud mental.

Dentro de este panorama, la organización de los servicios de Salud Mental han llegado a ser un reto para las instituciones del estado, de tal manera que su desarrollo no ha tenido el mismo ritmo que el observado en otros servicios de Salud Pública.

En este sentido y sin tratar de ser pesimista, el mejoramiento de los servicios de Salud Mental en los últimos años no debe darse por supuesto a pesar que desde sectores oficiales se manifieste lo contrario.

Es precisamente bajo la anterior argumentación de donde surge el interés de realizar un análisis crítico y retrospectivo de la Salud Mental en México como responsabilidad del Estado, el cual como todo saber histórico y de acuerdo a Bloch⁽⁵⁾ pretende encontrar su legitimidad teórica y su función social manifestado principalmente en los siguientes aspectos:

Legitimidad Teórica:

Fundada en la comprensión del desarrollo histórico de los servicios de Salud Mental en México no como una simple descripción de

(5) Ver a Bloch Marc. "Introducción a la Historia". F.C.E.

hechos o fijaciones de acontecimientos en una línea de sucesión temporal marginándolo de su contexto social, sino más bien integrándolo a éste como un elemento del que forma parte y que junto con otros se encuentra relacionado y mutuamente dependiente, ya que solamente atribuyéndole este sentido al hecho histórico es como podremos conocer el origen de los problemas, las características y propósitos de las soluciones propuestas y su relativa efectividad social.

Función Social:

En su intento de comprender el presente de los servicios asistenciales de Salud Mental por medio del conocimiento de su pasado, la investigación histórica no sólo convoca a la reflexión contemplativa, sino que también pretende aportar elementos de juicio para orientar las políticas y acciones asistenciales futuras.

El presente trabajo historiográfico pretende formar parte de nuevas opciones de búsqueda en el conocimiento y explicación del pasado y presente de los servicios asistenciales de Salud Mental -fincadas en un enfoque metodológico de tipo estructural.

Asimismo, dado el amplio período de tiempo que abarca el estudio, más que un análisis exhaustivo y experto, pretende brindar una visión comprensiva del desarrollo de dichos servicios distinta a los estudios históricos que sobre el mismo tema han surgido dentro del oficialismo psiquiátrico.

Sin embargo, debo aceptar que en la búsqueda de esta visión -
compreensiva, el estudio se redujo a tomar como eje de análisis úni-
camente a los servicios proporcionados por las instituciones consi-
deradas tradicionalmente psiquiátricas destinadas al Tratamiento y
Rehabilitación del enfermo mental, descuidando al conjunto de Ins-
tituciones que dentro del contexto histórico han tenido que ver -
con la atención de Servicios de Salud Mental Pública como lo son -
la Secretaría de Educación Pública SEP, a través de la Dirección -
General de Educación Especial; el Instituto Mexicano de Salud Men-
tal; los Centros de Integración Juvenil y algunas más.

Por último, quiero dar reconocimiento al Personal del Archivo
Histórico de la Secretaría de Salud por las facilidades y ayuda -
profesional que me brindaron para consultar gran parte de la docu-
mentación oficial que sirvió de base para la elaboración de este -
trabajo, a la Maestra Asunción Valenzuela Cota, mi asesora, por su
orientación e interés en el desarrollo de este trabajo. Expreso mi
gratitud también a la Sra. Guadalupe Serrano Trejo por su interés
y esmero en el trabajo mecanográfico, así como por su calidad huma-
na.

METODOLOGIA

Marco Teórico:

Sin ceñirse a un teórico determinado, la presente investigación histórica se encuentra enmarcada desde el punto de vista metodológico en una serie de premisas derivadas del discurso estructuralista, cuya característica dominante se centra en su oposición a toda visión positivista e idealista de la Historia:

- Integrar al hecho histórico dentro de la totalidad social de la que forma parte junto con otros elementos relacionados y mutuamente dependientes.
- Entender la Historia como un proceso racional sin que este proceso posea exclusivamente un carácter teleológico en el desarrollo de la humanidad hacia un fin.
- Concebir la reflexión histórica no sólo como una mera descripción de hechos basada en sus fuentes, sino que además implica el tratar de explicar dichos hechos revelados por éstas.
- Así pues, cualquier acontecimiento histórico es producto de la convergencia de factores varios, lo que impide que se pueda redu

cir a un simple efecto de una causa considerada como núcleo esencial del desenvolvimiento histórico.

Dentro de este marco teórico, y no obstante la validez relativa que siempre lleva aparejada toda periodización histórica al tratar de reflejar las leyes intrínsecas del desarrollo del fenómeno y su relación con el resto del proceso histórico, su utilización - en el presente trabajo, como en muchos otros, se vuelve un instrumento indispensable del conocimiento y representa un aproximación legítima de la teoría de la Historia, en función de lo cual, la periodización que a continuación describimos, se encuentra basado en el trabajo de Sergio de la Peña⁽⁶⁾.

- Panorama general de los servicios de Salud Mental desde la Colonia hasta mediados del siglo XIX.
- La Reforma Liberal del Gobierno de Juárez y El Porfiriato, comienzo de la Medicina Científico-Institucional y sus repercusiones en la Salud Mental.
- La Epoca Revolucionaria y el inicio de la Centralización Institucional de los servicios de Salud Mental.

(6) De la Peña, Sergio. "El Surgimiento del Capitalismo Monopolista de Estado en México". 1988.

- Auge y Desarrollo Teórico Profesional de la Psiquiatría y la expansión de los servicios de Salud Mental. 1940-1970.
- La crisis del Sector Salud en el contexto de la Modernización Administrativa y su impacto en los servicios de Salud Mental. 1970-1988.

Hipótesis:

A partir del tema en estudio, se derivan las hipótesis siguientes:

- a) El inicio de la intervención estatal en la producción de los servicios de atención médica como una de sus actividades en el ámbito del bienestar social, coincide con el desarrollo del capitalismo en México.
- b) Dentro de este contexto, el horizonte histórico de los servicios de Salud Mental han observado un centralismo administrativo que ha recaído en las instituciones públicas de salud más desfavorecidas económicamente, lo cual ha reflejado una política discriminatoria hacia dichos servicios determinando así, ineficiencia, falta de atención y desprotección de amplios sectores de la población.

c) Asimismo, este centralismo se extiende hacia el área teórica y profesional del campo institucional de la Salud Mental, en donde se manifiesta el predominio del modelo Médico Psiquiátrico - en las políticas y programas de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación basadas en el desarrollo de una concepción sintomática de la enfermedad y en la prescripción farmacológica, cuya proliferación responde a una estructura social generadora de enfermedad mental y de etiquetamiento.

Procedimiento:

Debido al carácter historiográfico que posee el presente estudio, las principales actividades quedaron comprendidas en:

- a) Recopilación y consulta de información; y
- b) Análisis y crítica de la misma.

Con respecto a la recopilación y consulta, ésta se llevó a cabo atendiendo a las siguientes fuentes:

PRIMARIAS:

Documentos oficiales acerca de políticas, planes y programas en materia de Salud Mental comprendidas en el periodo de 1862 y 1988.

SECUNDARIAS:

Anteriores estudios acerca del tema, encontrados en trabajos de tesis, publicaciones especializadas y libros.

La selección de la información recopilada y consultada se realizó teniendo en cuenta los siguientes criterios:

- Que fuera atinente a los temas comprendidos en el estudio.
- Que tuviera una significatividad dentro del marco metodológico planteado de tal manera que permitiera establecer juicios valorativos acerca de cada tema y del estudio en general.
- Que permitiera realizar comparaciones entre dos o más fuentes de información con el fin de fundamentar el análisis y crítica de la misma.
- Por último, que permitiera llegar, a través de su análisis, a la confirmación o al rechazo de las hipótesis planteadas.

Una vez seleccionada la información, se procedió al desarrollo del análisis crítico, el cual nos condujo a estructurar conceptualmente cada uno de los temas tratados, hasta su terminación con los comentarios finales.

Dicho análisis se realizó de acuerdo a la metodología propuesta considerando para cada momento histórico de los servicios de salud mental, su interdependencia con los siguientes aspectos:

- Institucional: a) Sus características políticas y administrativas en materia de salud mental, a través de las cuales se define un enfoque teórico de servicio y la normatividad para su funcionamiento, y b) Los resultados observados en la aplicación de dichas políticas y normas de operación.
- Sectorial: Características políticas y administrativas a través de las cuales el sector salud ha estructurado sus acciones y su influencia sobre la planeación de los servicios de salud mental.
- Social: Características sociales existentes en el país, comprendidas en el período mencionado, considerando principalmente sus aspectos políticos y económicos más generales.

PANORAMA GENERAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL DESDE LA COLONIA HASTA MEDIADOS DEL SIGLO XIX

En los primeros siglos del dominio español, la economía de la Nueva España constituyó un sistema Heterogéneo en el cual coexistieron diferentes modos de producción en donde desde un principio pudieron observarse claramente la presencia del despotismo tributario, el feudalismo y un capitalismo embrionario y dependiente (7).

Sobre estas bases económicas, se creó una compleja burocracia civil y eclesiástica manifestada en mecanismos de control político (encomiendas, repartimientos, esclavitud, etc.) ejercidos sobre una sociedad matriarcal sometida a una distinción clasista que permitió el surgimiento de jerarquías sociales así como de instituciones con formas de organización marcadamente medievales.

Tal fue el caso de la Asistencia Social, a cuyo desarrollo se encuentra estrechamente condicionada la evolución de los servicios de salud durante toda la época colonial, y que con los auspicios de una ideología de caridad cristiana fueron creándose instituciones hospitalarias por iniciativa de órdenes religiosas y laicos piadosos y que más tarde quedarían sujetos a la doble autoridad, fruto natural de esa unión de la Iglesia con el Estado que existió en la época colonial (8).

(7) Semo Enrique. Historia Mexicana. Economía y Lucha de Clases. pág. 28.

(8) Muriel Josefina. Hospitales de la Nueva España. Tomo II. pág. 260.

Durante este periodo, los servicios de Salud Mental fueron proporcionados casi exclusivamente por dos instituciones hospitalarias: El Hospital de San Hipólito (fundado en 1566 por Bernardino Alvarez) y el Hospital del Divino Salvador (fundado por José Záya-go a fines del siglo XVII) destinados a asistir a hombres y mujeres respectivamente.

El desarrollo de ambos hospitales (principalmente el de San Hipólito por razones cronológicas), ilustre la transición del concepto medieval de hospital, a su forma moderna mas reconocible. En tiempos medievales, la palabra hospital significaba refugio para cualquier individuo incapaz para cuidarse por si mismo, ya sea si esta incapacidad era debida a enfermedad, pobreza, dificultad física o senilidad. En el concepto moderno de hospital, su función es más restringida, referida exclusivamente al tratamiento de afecciones físicas y mentales⁽⁹⁾.

Dicha transición fue gradualmente desapareciendo durante el siglo XVII llegando a especializarse en el tratamiento de "locos dementes".

Sin embargo, cabe destacar que dicha exclusividad para alojar únicamente a dementes o locos, no fue únicamente como resultado de la evolución hospitalaria hacia la modernidad, sino que además tu-

(9) Martín Cheryl English, The San Hipolito Hospitals of Colonial México. 1566-1702. pág. 73.

vo mucha importancia el rechazo que existió desde entonces en los hospitales generales hacia esta clase de enfermos así como de aquellos que padecían enfermedades venéreas; enfermedades ambas, que durante los siglos XVI y XVII vinieron a suceder a la lepra y la peste dentro del espacio moral de exclusión hospitalaria⁽¹⁰⁾.

En relación al gobierno y reglamentación de los hospitales manicomiales, así como de cualquier otro en general, se encontraban sujetos a la aprobación real y pontificia, entre cuyas bases para su funcionamiento se encontraban las siguientes:

1. Que los hospitales sean para pobres y sólo por excepción se reciba a los que tengan bienes de fortuna.
2. Que se dé instrucción religiosa a los enfermos.
3. Que haya sala para hombres y por separado sala de mujeres. Que se lleve en un libro un detallado registro de enfermos, señalando patria, edad, oficio, estado, etc., anotándose las pertenencias con que llegan al hospital, para que se les devuelva a su salida.
4. Quedaba prohibido: recibir malhechores, ebrios y demás maleantes.
5. Los administradores y enfermos mayores debían estar adornados de un celo cristiano, mostrándose piadosos, benignos y fieles.

(10) Jacques Postel y Claude Quérel. Historia de la Psiquiatría. pág. 103.

De esta manera, el control y supervisión de dichos ordenamientos lo realizaban los obispos o sus representantes, acompañados de una autoridad civil, concretándose así, hasta el ámbito de la salud la labor de evangelización y al mismo tiempo de dominación política.

Con respecto a su sostenimiento, los hospitales de San Hipólito y del Divino Salvador, tuvieron en sus inicios como base económica la dotación de sus fundadores y la limosna pública, sin embargo, al ir cobrando mayor fuerza esta obra benéfica, se fueron estableciendo asignaciones económicas derivadas, por un lado, de ordenamientos reales y eclesiásticos, y por otro, a través de las aportaciones y donaciones de particulares y bienes personales de arzobispos⁽¹¹⁾.

En el transcurso de los siglos XVII y XVIII, el servicio hospitalario que brindaban estas instituciones, pronto obtuvo carácter nacional siendo incluso posible el traslado de pacientes originarios de regiones fuera de la Nueva España⁽¹²⁾.

De esta manera, la población asistencial a fines del siglo XVII y principios del XVIII llegó a ascender a 47 personas en el de San Hipólito y 66 en el del Divino Salvador.

(11) Muriel Josefina. "Hospitales para enfermos mentales en la Colonia". Salud Pública de México. Epoca V. Vol. II No. 3.

(12) Archivo Histórico de la S.S.A. Fondo: Beneficencia Pública. - Sección: Establecimientos Hospitalarios, Serie: Hospital San Hipólito.

De acuerdo a lo anterior, no es difícil observar que de los servicios hospitalarios que existieron en la época colonial, aquél que presentó predominantemente un carácter centralista fue precisamente el manicomial, ante la carencia de instituciones similares en las provincias; situación que prevalecería mucho tiempo después.

En los últimos 100 años de la sociedad novohispánica, se inicia la transición del régimen feudal al capitalista. A partir de 1760 surgen una serie de políticas reformistas (Despotismo Ilustrado) cuyos propósitos más amplios fueron: Reforma del aparato administrativo del gobierno, mayor participación de la colonia en el financiamiento de la Metrópoli y la recuperación de los poderes de legados a las corporaciones⁽¹³⁾, dentro de las cuales, la iglesia representaba sin lugar a dudas la corporación más poderosa tanto por su fuerza moral como por su riqueza y funciones políticas e ideológicas que desempeñaba y tenía reservada para sí, además de otras funciones entre las cuales se encontraba la asistencia hospitalaria, quien administrativa y financieramente resultó seriamente afectada tras la imposición de una serie de medidas entre las cuales fueron determinantes las siguientes:

- La expulsión de la compañía de Jesús en 1767.

(13) Florescano Enrique y Gil Sánchez I. "La época de las reformas Borbónicas y el crecimiento económico 1750-1808". En Historia General de México. Tomo I. pág. 488.

- La enajenación de bienes raíces y capitales propiedad del clero en 1804.
- La constitución española pone a cargo del ayuntamiento los establecimientos de Beneficencia, entre ellos los hospitales.
- Decreto de supresión de las órdenes hospitalarias dado por las cortes españolas en 1820.

De esta manera, se afectó gravemente los medios para el sostenimiento de la asistencia hospitalaria y, a partir de entonces es considerada como parte de la administración civil, quedando aparentemente desligada de toda autoridad eclesiástica.

Al hacerse cargo el ayuntamiento de los hospitales, la ciudad adquirió una nueva y pesada carga, sin que sus rentas aumentaran en la debida proporción: de ahí que muchos hospitales se clausuraran y otros fueran entregados de nuevo a corporaciones religiosas. El hospital del Divino Salvador quedó al cuidado de San Vicente de Paul, mientras que el de San Hipólito permaneció bajo la administración municipal⁽¹⁴⁾.

En medio de una gran anarquía y convulsión social política y económica que sufrió el México Independiente durante la primera mitad del siglo XIX, las instituciones hospitalarias fueron olvida-

(14) Macedo S. Miguel. "La Asistencia Pública en México hasta 1900". pág. 706-724.

das hasta que en 1843, el gobierno permitió el establecimiento de las hermanas de la caridad con el objeto de encargarles el cuidado de los hospitales, hospicios y demás casas de beneficencia, quienes permanecieron en el país hasta 1874, en virtud de las adiciones hechas a las leyes de reforma.

Sin embargo, durante este período de poco más de 30 años, el servicio hospitalario mejoró notablemente sólo para que posteriormente y, una vez más quedara ante el desamparo y descuido por parte de las autoridades.

Al iniciar la segunda mitad del siglo XIX, la ciudad de México contaba solamente con 8 hospitales para una población de 170,000 habitantes, los cuales albergaban a un total de 1,000 enfermos de los cuales, el 17% correspondía a la población asistida por las dos instituciones menicomiales existentes hasta ese entonces (15).

En relación a la terapéutica ejercida en los hospitales menicomiales durante los dos primeros siglos de la época colonial, no se cuenta, de acuerdo con Martín Cheril (16) y Berkstein (17) con datos que clarifiquen acerca de los tratamientos empleados. Sin em-

(15) Tomado de Bratz Maye, y comentado por Berkstein Kamarek Celia. "El Hospital del Divino Salvador". Historia.

(16) Martín Cheril I. op. cit. pág. 73.

(17) Berkstein Kamarek C. op. cit. pág. 124.

bargo, podemos aproximarnos a su conocimiento en función del análisis de los siguientes aspectos:

- El contexto religioso en el cual surgió la obra hospitalaria.
- El grado de desarrollo de la medicina en este período.

En cuanto al primero de ellos, es importante reconocer que la labor realizada tanto por Bernardino Alvarez primero, como por José Záyago posteriormente, estuvo contextualizada por la ideología religiosa fincada en sentimientos y actitudes de caridad cristiana y amor al prójimo; ideas que fueron trasplantadas de España al - igual que muchos otros aspectos de su cultura, y cuyos antecedentes se encuentran en la fundación de hospitales para dementes en las ciudades de Valencia (1409), Zaragoza (1425) y Sevilla (1435).

Estas ideas, derivaron a un trato más humano hacia el demente y al surgimiento de la terapéutica ocupacional como método curativo; procedimientos que se contraponían a actitudes inquisitoriales (castigos corporales o daños físicos) inspiradas por ideas demoníacas surgidas y fomentadas en el mismo seno de la iglesia católica durante los siglos XVI y XVII, situación que fue motivada en gran parte por la incipiente comprensión de los trastornos mentales - donde el concepto de enfermedad mental no existía - y su delimitación con respecto a ciertas manifestaciones de comportamiento que se desviaban de las normas sociales de la época y que desde el punto de vista político trató de garantizar a la iglesia, su ortodo--

xia tradicional ante la insurgencia de la Reforma Religiosa extendida en Europa.

Con respecto al ámbito médico, durante la época colonial, corren paralelas tres formas de medicina como consecuencia de la organización social y económica de la Nueva España: La Española universitaria, la indígena tradicional y la mestiza popular; cada una de ellas con su personal, clientela, escenario y saber médico particulares, pero que en última instancia se encontraron en una interacción que inició un proceso de aculturación médica que dió forma a nociones y destrezas nuevas⁽¹⁸⁾.

Sin embargo, mientras este proceso surge y se consolida, la medicina novohispánica se encuentra sujeta al conservadurismo que manifestaba la enseñanza y la práctica médica en la metrópoli española, quedando por consiguiente en completo aislamiento del desarrollo alcanzado por otras naciones europeas.

Este conservadurismo circunscribía a la profesión médica a cumplir con la pragmática expedida por Felipe III en 1604 según la cual los "médicos como los cirujanos debían conocer las doctrinas importantes de Hipócrates y de Galeno"⁽¹⁹⁾.

Bajo este esquema teórico, el tratamiento de las enfermedades quedó sustentado sobre las ideas humorales de la época, en donde

(18) Aguirre Beltrán Gonzalo, "Prólogo a la obra de Francisco Flores. Historia de la Medicina en México. pág. XX-XXII.

(19) Mañaña Luis, El Hipocratismo en México. pág. 7-9.

se buscaba la evacuación del humor patógeno y la regresión de los síntomas a través de un universo terapéutico constituido por purgas, sangrías, edemas, baños, bebidas refrigerantes, fricciones, etc.

Si este fue el panorama general en que se encontraba el pensamiento y la práctica médica en un momento histórico en que el desarrollo de sus conocimientos aun no poseía el grado de especialización con el que cuenta ahora, no nos sería extraño pensar que la atención brindada a los problemas que hoy conocemos como psiquiátricos, no se alejaran en lo general de los mismos principios planteados por la doctrina hipocrática.

Tales son los casos que podemos encontrar en los textos médicos publicados por Agustín Farfan, Alonso López de Hinojos y Juan de Barrios escritos entre 1578 y 1607, los cuales son considerados como los primeros que abordan problemas psiquiátricos en México, - y en quienes en mayor o menor medida se observa un apego a los conocimientos clásicos ya referidos (20).

Es a partir de mediados del siglo XVIII cuando nuevas corrientes médicas europeas hacen su aparición en México como resultado del desarrollo alcanzado en países como Francia e Inglaterra cuyas ideas y textos llegaron concurrentemente al movimiento ideológico

(20) Ver Somolinos D'Ardois German. Capítulos de Historia Médica Mexicana.

precursor de la independencia del país, y que posteriormente reforzarían la enseñanza médica tras de abolir la vieja Universidad Real y Pontificia y crear en su lugar nuevos establecimientos educativos con planes de enseñanza importados de Francia.

Estas corrientes médicas las clasificaremos en dos grupos: - aquellas en las que por su carácter general quedaban encuadradas - todo tipo de patología incluyendo la considerada como mental o psiquiátrica, y cuya influencia comprendió principalmente la primera mitad del siglo XIX, y en segundo término, aquellas que observaron una repercusión posterior incluso ya iniciado el siglo XX y que tuvieron su origen, por un lado en la neuroanatomía cerebral y por otro en el movimiento humanístico liberal de la sociedad.

El primer grupo se encuentra representado principalmente por el Brownismo originado en Inglaterra a finales del siglo XVIII e introducido en México por Luis Montaña. La acción terapéutica ejercida hacia los problemas mentales consistía en la aplicación de estimulantes o deprimentes según el tipo de enfermedad, los cuales comprendían casi exclusivamente el uso de alcohol y opio.

En el segundo grupo, quedan comprendidas corrientes de pensamiento tales como la ideología del tratamiento moral, la Frenología y el magnetismo animal de Mesmer, de las cuales únicamente la primera trascendió de manera decisiva en la práctica psiquiátrica mexicana, cuya propuesta, más que una teoría propiamente dicha -

acerca de la "locura" representó en primer lugar, un cambio de actitud hacia el enfermo que propiciara una relación de confianza y seguridad, y en segundo ejerció una influencia considerable sobre la organización institucional a partir de la cual, el médico se convierte verdaderamente en el personaje esencial, al que debe dársele toda la autoridad bajo cuyas órdenes se encuentran el ingreso, la distribución y toda la administración terapéutica y política (21).

(21) Postel y Quétel. op. cit. pág. 152.

LA REFORMA LIBERAL DEL GOBIERNO DE JUAREZ Y EL PORFIRIATO. EL COMIENZO DE LA MEDICINA CIENTIFICO-INSTITUCIONAL Y SUS REPERCUSIONES EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL.

Las dos décadas que van de 1855 a 1875, son de vital importancia como antecedente para la implantación del capitalismo industrial en México, ya que en este periodo tuvieron lugar cambios radicales en las relaciones de producción que proporcionaron las bases y el marco jurídico sobre los que habría de desarrollarse el proceso de crecimiento iniciado en el porfiriato.

Sin embargo, no obstante los cambios estructurales que esta etapa produjo, se continuaron operando las mismas condiciones de atraso económico que prevalecieron a finales de la colonia, explicable en gran parte por la inestabilidad social y política que existió en el país (22).

Resalta por su importancia durante este periodo, el acontecer político centrado en la formulación de una serie de leyes cuyas bases y orientación liberal tenían como propósito la transformación de las condiciones sociales y económicas de la época.

Su objetivo central era la destrucción del poder económico del clero y la apropiación de sus riquezas por parte de una nacion

(22) Solís Leopoldo. La Realidad Económica Mexicana: Retrovisión y Perspectivas. Pág. 31-45.

te clase media rural a través de la cual se pretendía alcanzar la industrialización, el progreso, la ciencia y el comercio⁽²³⁾.

Las medidas reformistas aplicadas directamente al clero, afectaron, por consiguiente a las instituciones de beneficencia por él administradas imponiendo su completa secularización y dando origen en 1861 a la Dirección General de Fondos de la Beneficencia Pública, dependiente del Ministerio de Gobernación, cuyas funciones - eran las de organizar, coordinar y sostener con impuestos, loterías, fondos dotales y legados, la Beneficencia Pública y transformarla en un servicio público dependiente del estado⁽²⁴⁾.

Sin embargo, contrariamente a las medidas tomadas en el ámbito educativo, las correspondientes a la Beneficencia Pública no contemplaron la adopción de estrategias tendientes a su necesaria reestructuración administrativa y presupuesta), de tal manera que ante la proximidad de la guerra con Francia en 1862 y la prematura desaparición de dicha dirección -devolviendo la administración y sostenimiento de la Beneficencia al ayuntamiento- fueron factores que concurren para sumir en el más completo abandono y pobreza a las instituciones de Beneficencia, en las cuales se encontraban incluidos los hospitales, cuyas condiciones no sufrirían cambio alguno durante el breve período imperial de Maximiliano ni en las administraciones de Juárez y Lerdo⁽²⁵⁾.

(23) De la Peña Sergio. La Formación del Capitalismo en México. Pág. 137.

(24) Muriel Josefina. op. cit. pág. 299.

(25) Macedo S. Miguel. op. cit. pág. 706-724.

En el caso del hospital de San Hipólito, su economía dependía exclusivamente del ayuntamiento, ya que los capitales y fondos que pertenecieron a la orden religiosa que lo creó, quedaron muy disminuidas hasta casi desaparecer.

Sus instalaciones también vinieron a menos como resultado de una serie de transacciones comerciales así como por la ocupación - de gran parte del inmueble, el cual fue destinado a diversos fines.

En estas condiciones, la asistencia prestada a los enfermos, quienes en 1878 sumaban ya 145, manifestaba grandes carencias, que ponían en riesgo su seguridad física y perjudicaban aún más su - - trastorno.

Esta situación fue varias veces manifestada sin obtener respuestas concretas a ninguna de ellas y que vinieran a solucionar - los problemas reportados⁽²⁶⁾.

Con respecto al hospital del Divino Salvador, su situación no se presentó tan precaria como la observada en el Hospital de San - Hipólito, ya que después de haber estado bajo la deficiente administración del Ayuntamiento desde 1820 - la cual fue delegada años más tarde a particulares- éste mejoró notablemente durante los - -

(26) En este caso se hace referencia a los informes realizados por José Ma. Andrade en 1864 al gobierno de Maximiliano; el de - Juan Abadiano en 1878 siendo Secretario de la Junta de Beneficencia y el de Sebastian Labastida en 1878 siendo Director del Hospital de San Hipólito, los cuales fueron reeditados en noviembre de 1926 por la Revista de la Beneficencia Pública en el D.F.

años en que fue administrado por la congregación de San Vicente de Paul, y que comprendió entre 1845 y 1874.

Durante este tiempo, la población de enfermos se incrementó - en más del 100%, llegando a atender a un total de 179⁽²⁷⁾.

En 1877, Porfirio Díaz asume la presidencia de la República y se inicia el "Porfiriato", período en el cual, México pasa de una economía colonial, a una nacional mas o menos moderna⁽²⁸⁾.

Durante el régimen del general Díaz, el crecimiento de la economía de mercado estimuló la expansión económica -la cual fue iniciada entre otras causas tras la promulgación de las leyes de desamortización ocurrida como resultado del movimiento de Reforma de Juárez- creando las condiciones necesarias para atraer al capital extranjero, lograr una mayor concentración del poder a pesar de la proclamación de los principios federalistas, y el fortalecimiento y protección de una clase dominante caracterizada principalmente - por los grandes propietarios de tierras.

Desde este punto de vista, el porfiriato constituyó la continuación lógica en lo económico y en lo político, del propio régimen liberal, de tal manera que no sólo encontró ya listas para ser aprovechadas, las condiciones políticas, sociales y económicas so-

(27) Abadiano Juan, Op. Cit.

(28) Cosío Villegas Daniel. "Historia Moderna de México". El Porfiriato: vida económica. pág. XIII.

bre las que se levantaría el nuevo régimen, sino que además se apoyó de una intelectualidad nutrida y eficiente que desde hacía tiempo venía postulando ideas y valores acerca de la sociedad mexicana que coincidían por entero con los propósitos políticos del porfiriano (29).

Esta intelectualidad (conocida como el grupo de los científicos) lleva a costas la tarea de promover e instaurar la ideología de la dictadura que por espacio de 30 años padeció el país, y que a diferencia del movimiento de la Reforma -cuyo valor supremo era la libertad-, para los ideólogos porfiristas lo fue el orden y el progreso; valores que desde la concepción Comtiana del espíritu positivo, impersonal, ideal y metafísico, hasta la concepción organicista espenceriana de la sociedad, permearon la vida económica, política, cultural y social, con el propósito de justificar el privilegio de riqueza y el establecimiento de un régimen político dictatorial y autoritario que pudiera llevar a término la obra de unificación nacional de que precisaba México (30).

En este contexto, la actividad científica se acrecienta, en donde la medicina ocupa un lugar destacado, observándose una gran influencia de las fuentes francesas en su quehacer clínico y de investigación.

(29) Córdova Arnaldo. "La ideología de la Revolución Mexicana. La Formación del Nuevo Régimen. pág. 44.

(30) Cordova Arnaldo. op. cit. pág. 58.

Para tener una idea de ello, resulta notable para el caso particular de la Psiquiatría el hecho de que a pesar de su incipiente presencia académica en las aulas universitarias, se hayan encontrado en la revista Gaceta Médica de México entre 1891 y 1910, 18 artículos específicamente relacionados con este tema, sobre aspectos tales como: alcoholismo, histeria, epilepsia, aspectos jurídicos y legales, y temas generales de diagnóstico y tratamiento⁽³¹⁾.

En el ámbito asistencial, la creación de la Dirección de Beneficencia Pública en 1877 continuó con el paso dado en 1861 por el gobierno de Juárez al ceder la atención médica al gobierno civil, hasta entonces en manos del clero.

Esto significó además, los primeros intentos serios de reorganización de la Beneficencia y al mismo tiempo de centralización de las actividades sanitarias y de los servicios asistenciales, al crear en primer lugar, una Dirección central con relativa independencia, y segundo, escogiendo personas de distinguida capacidad para dirigirla dando oportunidad a mexicanos llegados de Francia para planear hospitales, hospicios y manicomios, según los adelantos de la medicina y la nueva concepción hospitalaria europea⁽³²⁾.

sin embargo, a pesar de los grandes impulsos a los servicios médicos y el desarrollo general del país, esta línea de centraliza

(31) Somolinos D. Arnois, Germán. Historia de la Psiquiatría en México. Pág. 147.

(32) Muriel Josefina. op. cit. Tomo I. Pág. 307.

ción y de definición de una nueva política de salud tuvo, durante el porfiriato límites políticos, económicos y sociales que obstaculizaron su consolidación, entre los cuales se pueden mencionar los siguientes:

- Los positivistas censuraron las funciones de la Beneficencia considerando antiliberal y acientífica ya que impedía la responsabilidad del hombre y destruye su habilidad para resolver sus problemas personales; razón por la cual, durante el Porfiriato, ésta fue considerada una función menor de la Junta Directiva de la Beneficencia, quien a su vez, también tuvo a su cargo la Salubridad Pública, entidad en la cual, por el contrario, se desarrollaron importantes programas con mayores recursos.

- La asignación presupuestal a la salud en general fue muy desalentadora, lo cual es reflejado en las siguientes cifras:

Año	Presupuesto Federal Total	Presupuesto a la Beneficencia	%	Presupuesto por Habitante
1878	\$ 26'803,379	\$ 194,991	.73	2 centavos
1910	\$126'177,950	\$2'479,355	.2	17 centavos

Con respecto a la Salubridad Pública, el presupuesto promedio fue de \$234,947, el cual nunca rebasó el 1% del presupuesto federal total (33).

(33) Mazzaferri, Anthony J. Public Health and Social Revolution in México 1877-1930, pág. 58-59.

Ante esta situación la población sufrió fuertes carencias, - motivando que la medicina privada se desarrollara intensamente como una necesidad reconocida y promovida por el propio estado incluso desde antes de la segunda mitad del siglo XIX.

Estas condiciones, favorecieron el florecimiento de un enfoque individualista en la salud, en el cual la práctica médica funcionaba casi de manera independiente con la existencia de mínimos marcos organizacionales y de políticas coordinadas de salud al amparo de una economía de libre mercado inspirada en el liberalismo clásico de la época, el cual prevalecería hasta el movimiento revolucionario⁽³⁴⁾.

Limitándonos ya al ámbito de la Salud Mental, y más específicamente al estudio y tratamiento de las enfermedades mentales, su interés se incrementó ante el auge del cientificismo en la medicina durante las dos últimas décadas del siglo XIX. En el aspecto académico y de investigación, se desarrollaron trabajos serios y bien documentados acerca de la patología mental con una influencia marcadamente francesa de teóricos de la talla de Charcot, Bernheim y Bourneville, quienes, utilizando la técnica del hipnotismo, fueron los precursores del enfoque dinámico en el estudio de la psicopatología y que muy probablemente fueron introducidos a México por los médicos Ferreol Labadie, Donaciano Morales, Bandera, Fenelon y

(34) Moreno Cueto Enrique y cols. Sociología Histórica de las Instituciones de Salud en México. pág. 30.

Pérez (los tres últimos incluso tuvieron oportunidad de asistir a los experimentos que Charcot realizaba en la Salpêtrière⁽³⁵⁾).

Ya iniciado el presente siglo, y en las postrimerias del Porfiriato, se empieza a tener los primeros conocimientos de la escuela psiquiátrica alemana por conducto de la obra del médico psiquiatra Emil Kraepelin⁽³⁶⁾, quien ante la falta de caracterización de la mayor parte de los trastornos mentales, propuso un sistema de referencia nosográfica homogéneo fundado en las nociones de evolución y de estado terminal, el cual disfrutó de gran longevidad y llegó a imponer definitivamente el modelo médico en el estudio de la enfermedad mental.

El gran interés que surgió por la naciente especialidad médica, condicionó en gran medida su incorporación a la enseñanza universitaria, en un principio como clase de perfeccionamiento (en 1890 a cargo del Doctor Miguel Alvarado) y posteriormente como cátedra obligatoria y oficial (en 1897 desempeñada por el Doctor José Peón Contreras), en la cual se tuvo como libro de texto la obra del médico francés Bepstiste Regis⁽³⁷⁾.

Asimismo, durante este periodo se conformó un grupo de notables médicos a quienes podemos considerar como los precursores de la asistencia psiquiátrica en México, entre los que destacan -ade-

(35) Somolinos D'Ardois G. op. cit. pág. 147-148.

(36) Kraepelin Emil. "Diagnóstico de la Neurastenia". Escuela de Medicina. Vol. XVIII pág. 145-152. 1903.

(37) "Manual Práctico de Medicina Mental", escrito en 1885 y que a lo largo de sus reediciones llegó a convertirse en un texto clásico en las aulas universitarias de Francia.

más de los mencionados anteriormente- los doctores Alfaro, Sebastián Labastida, Francisco Morales y Juan Peón del Valle; siendo ellos también, los que a lo largo del Porfiriato fueron los responsables de la dirección asistencial de los dos únicos hospitales para dementes que, a cargo de la Dirección de la Beneficencia Pública existieron en la capital de la República hasta antes de 1910.

No obstante el interés manifestado a fines del siglo pasado por la Psiquiatría tanto en el aspecto académico como en el de investigación, éste no se vió reflejado en el mejoramiento asistencial del enfermo mental.

Este asincronismo entre el desarrollo teórico y la práctica psiquiátrica no fue exclusivo de México, sino que se manifestó en la mayoría de los sistemas manicomiales de Europa y América debido principalmente a las dificultades que empezó a observar la aplicación del estudio anatomoclínico⁽³⁸⁾ en la mayoría de las patologías mentales y que en los casos de otras especialidades médicas había logrado un notable desarrollo en los campos diagnóstico y Etiológico.

En relación a lo anterior, resulta oportuno transcribir un comentario hecho por el Ing. Manuel Rivera Cambas a finales del si-

(38) el cual consiste en la identificación de la causa y el sitio de la enfermedad por medio de la observación de signos indubitables y síntomas constantes, así como su confirmación a través de la investigación anatomofisiológica.

glo pasado, a raíz de su visita al hospital de San Hipólito, y - - quien a pesar de no ser un especialista, sintetiza de manera brillante y clara el problema en cuestión, el cual aún en la actualidad reviste notable vigencia:

"Parece hasta hoy imposible determinar la naturaleza exacta - de la locura, de ese desarreglo mental que existe como una enfermedad preexistente, de esa afección cerebral ordinariamente crónica, casi siempre sin calentura, caracterizada por los desarreglos de - la sensibilidad, la inteligencia y la voluntad, sin que se alteren las funciones puramente materiales. La locura no reconoce siempre las mismas causas para casos semejantes; coincidencias o efectos - que no son más que la primera manifestación de la enfermedad, se - dan como causas de lo que produce la locura, generalmente proveni- da de un conjunto de influencias que muchas veces ni se sospechan y que vienen a ser los factores de un resultado complejo".

A esta cuestión (señala en un comentario anterior) van uni- das otras de importancia sobre el alma y la materia, brotando así la lucha entre la Física más abstracta y el materialismo más exclu- sivo, porque se olvida que no es posible conocer la esencia del - principio que nos anima"⁽³⁹⁾.

Aunque la problemática diagnóstica y etiológica de la enferme- dad mental distaba mucho de ser resuelta, los médicos alienistas -

(39) Rivera Cambas Manuel. "México Pintoresco, Artístico y Monumen- tal". Tomo I. México, 1880. Tomado de la Revista de la Benefi- cencia Pública de Noviembre de 1926. Pág. 33-34.

en México no dejaron de lado este punto y realizaron esfuerzos por determinar clasificaciones producto de su trabajo clínico y matizadas por las descripciones nosológicas de los alienistas franceses como Philippe Pinel, Jean Esquirol y Jean Georget, las cuales a pesar de haber sido escritas a principios del siglo XIX, siguieron teniendo popularidad hasta finales del siglo pasado.

En dichas clasificaciones se encuentran aún, términos derivados del clasicismo grecorromano (Hipócrates y Galeno) como la manía y la melancolía; y otros más recientes como la demencia aguda, crónica, intermitente y remitente; la locura circular y parálitica; la monomanía, el delirium tremens, idiotismo e imbecilidad, etc.

En cuanto al carácter etiológico de estas enfermedades, las argumentaciones en general, no distaban mucho de lo propuesto por Pinel en su "tratado Médico-Filosófico sobre la Alienación Mental" (1a. ed. 1801) en donde declara que al restarle importancia a la organogénesis cerebral directa, reconoce que las causas de la alienación eran resultado de factores predisponentes, en gran parte hereditarios, o bien de factores ocasionales (papel importante de los sucesos externos y de las emociones violentas).

Confirmado lo anterior, citamos al mismo Rivera Cambas, quien afirma:

"Las principales causas de la enajenación mental en el Hospital de San Hipólito, según entiendo, son la predisposición por herencia que viene hasta de los abuelos, por medio de la herencia alternativa; la frecuencia en las bebidas alcohólicas y la debilidad proveniente de los placeres carnales".

..."Encuéntrese (también) en ese hospicio, dementes a quienes causas morales han determinado la enfermedad, y otros que reconocen por motivo de causas físicas"⁽⁴⁰⁾.

En relación a la práctica terapéutica, su situación no presentaba características muy distintas a las que prevalecieron años anteriores al porfiriato, a pesar de la actitud diligente y humanitaria con que se caracterizaron algunos médicos alienistas como Miguel Alvarado, Sebastián Labastida y José Peón Contreras.

Durante su administración, estos médicos trataron de implantar el "tratamiento moral" -cuya aplicación ideal requería de una relación individual con el paciente, transformar al loco objeto en loco sujeto- en un ambiente hospitalario que distaba mucho de contar con las condiciones mínimas para llevarlo a cabo, y de las cuales dan cuenta los informes que en lo individual y en fecha distinta rindieron en 1877 los señores Juan Abadiano y el doctor Sebastián Labastida a la junta de la Beneficencia Pública⁽⁴¹⁾, el prime

(40) Rivera Cambas. op. cit. pág. 35.

(41) Reeditados por la Revista de la Beneficencia Pública en el D.F. en noviembre de 1926.

ro en su carácter de Secretario de la misma, y el segundo siendo director del Hospital de San Hipólito; de igual forma, aunque con propósitos distintos a los anteriores, se consideran los comentarios hechos por Juan de Dios Peza y Manuel Rivera y Cambas en sus obras editadas en 1880 y 1881 respectivamente. (42)(43)

En general, todos coinciden en afirmar la precaria y difícil situación padecida en los dos manicomios (en menor medida en el hospital del Divino Salvador) a finales del siglo pasado.

Entre ambos, llegaron a sumar una población de más de 500 enfermos -contando al alcoholismo y la epilepsia como sus más activos proveedores-, la cual representaba más del doble de la existente a principios del siglo XIX.

Para dicha población, el servicio médico se limitaba a 2 ó 3 médicos en cada hospital, en donde uno de ellos, además tenía asignadas labores administrativas y directivas.

Esta relación estadística médico-paciente no sólo nos lleva a sugerir la dificultad, que bajo estas condiciones, tendría la aplicación del "tratamiento moral" tal y como Pinel lo hubiera deseado, sino también que, al considerar a la reclusión misma como aspecto sustantivo de la terapéutica institucional, la calidad de la aten-

(42) Peza Juan de Dios, La Beneficencia Pública. Tomado de la Rev. de la Beneficencia Pública de Noviembre de 1926. Pág. 18-23.

(43) Rivera y Cambas Manuel. op. cit. pág. 23-41.

ción asistencial no podría ir más allá de los procedimientos terapéuticos tradicionales utilizados desde el siglo XIX, tanto los propiamente médicos como los de origen educativo (terapia ocupacional y recreativa).

En los primeros quedaban comprendidos: los calmantes como la valeriana y el opio, (conocidos desde la época prehispánica) además de otras sustancias producto de los entonces recientes avances de la Química como el éter, la morfina, el cloroformo, la estricnina y el cloral administrados en diferentes fórmulas y dosis; los evacuantes, purgantes, antiespasmódicos, y la utilización de las ya no tan novedosas técnicas de hidroterapia, las cuales se afirmaron y perfeccionaron convirtiéndose en los tratamientos por excelencia, en función de su acción revulsiva y tónica o, por el contrario, sedativa.

En relación a las terapias ocupacionales y recreativas, éstas consistían en mantener ocupados a los enfermos mediante un horario cotidiano y organizado a través del desempeño de faenas en el propio manicomio y de diversas distracciones como la lectura, escritura, escuchar música, tocar guitarra, gimnasia, etc.

Con la misma finalidad terapéutica, también se realizaron innovaciones ambientales al introducir distintos colores de iluminación en las habitaciones de los enfermos de acuerdo a sus características patológicas, iniciándose así, los primeros intentos sis

temáticos de terapia eminentemente psicológica, aplicados en las instituciones mentales de México por parte del doctor Alvarado⁽⁴⁴⁾.

Por otra parte, las estadísticas hospitalarias en relación a la asistencia del enfermo mental a finales del siglo se encuentran muy fragmentarias y difíciles de precisar como para garantizar algún nivel de confiabilidad. Sin embargo, trataremos de presentar una aproximación de ello considerando como base las estadísticas que el hospital del Divino Salvador observó durante el periodo comprendido entre 1881 y 1910, y que no debieron de ser muy diferentes a las manifestadas en el hospital de San Hipólito.

AÑO	MEDIA ANUAL DEL TOTAL DE ENFERMOS	INGRESOS	EGRESOS	DEFUNCIONES
1881	191	29	7	16
1882	204	9	3	2
1883	229	86	39	24
1884	250	89	40	30
1885	265	71	27	40
1886	266	30	16	24
1887	227	83	33	42
1888	289	99	36	42
1889	293	83	39	53
1890	286	82	66	30
1891	276	76	44	14
1905	393			
1908	410	46	32	15

(44) Ramírez Moreno Samuel. La Asistencia Psiquiátrica. pág. 25.

1909	430	27	23	7
1910	412	38	26	17 ⁽⁴⁵⁾

Como podemos observar, durante los 30 años comprendidos en este periodo, la población hospitalaria se incrementó en más de un 100% debido principalmente a que, por un lado, por cada 2 pacientes que ingresaban, solamente uno salía, y por otro, la suma del número de salidas y defunciones fue en general menor al total de ingresos reportados.

La explicación de este desmesurado crecimiento puede ser derivada en parte al amparo de los estudios demográficos de esta época, los cuales confirman que:

- Entre 1870 y 1910, la ciudad de México sufrió un crecimiento poblacional del 109%. Y por consiguiente puede ser un factor válido que haya condicionado un aumento de enfermos mentales.
- El gran desarrollo de las vías de comunicación que observó el país a finales del siglo pasado condicionó a su vez, la posibilidad del traslado de enfermos mentales hacia el centro del país - en donde se encontraban los únicos hospitales que brindaban este tipo de servicio.

(45) Retomados de Berkstein Kamarek Celia. op. cit. pág. 149-154.

Asimismo, si tratáramos de analizar la efectividad terapéutica con base a las anteriores estadísticas, también existen algunas consideraciones de interés:

- Si observamos que la relación promedio entre los índices de ingreso y egreso de pacientes fue de 2 a 1 respectivamente, esto nos llevaría a suponer que los resultados terapéuticos fueron en general satisfactorios a pesar del incremento de la población hospitalaria; sin embargo, las fuentes documentales consultadas no son precisas en cuanto a si el número de egresos representa realmente altas producto de "curaciones" o "mejorías" exclusivamente, o si también quedan incluidos los casos en que por circunstancias ajenas a la institución los pacientes abandonan el hospital ya sea por solicitud familiar o por iniciativa propia (fuga).
- Aun y cuando tuviéramos la oportunidad de confirmar que dichos egresos representan altas en su totalidad, no estaríamos seguros de la efectividad terapéutica no tan sólo psiquiátrica sino médica en general, ya que el índice de defunciones en promedio, se encuentra ligeramente abajo del correspondiente al número de egresos.
- Asimismo, se desconoce si las estadísticas de ingreso representan exclusivamente casos nuevos o, por el contrario, comprenden también reingresos como es muy común en este tipo de pacientes.

En suma, a partir del movimiento estadístico que observó la población hospitalaria durante este período, nos hace suponer que en la medida en que la aplicación del tratamiento moral se mostró claramente restrictivo y las terapéuticas médicas se limitaban a disminuir los íntomas, sin pretender atacar la "locura" misma, se empezó a manifestar un fenómeno que ha perdurado hasta el presente en nuestras instituciones psiquiátricas y que es la constitución de un "sedimento" irreductible y creciente de internos incurables y crónicos, en donde el papel del alienista se redujo a la simple vigilancia de su estado físico.

Conforme la situación manicomial se fue tornando más grave como resultado de la sobrepoblación, la ineficiencia terapéutica, las precarias condiciones presupuestales, la carencia de personal y edificaciones hospitalarias inoperantes y antihigiénicas, surgían críticas venidas tanto de ambientes oficiales como de medios periodísticos denunciando severamente la realidad de los enfermos mentales y al mismo tiempo demandando las reformas necesarias, las cuáles se habían venido planteando desde inicios del porfiriato (46).

Como resultado de tal insistencia, y formando parte de un plan reformista que comprendió a todos los establecimientos de la Beneficencia, se emprendió la redistribución y edificación de nue-

(46) Las críticas periodísticas fueron frecuentes, las cuales aparecieron en periódicos como "El Republicano", "El Universal", "El Popular", etc., entre 1878 y 1918, encontrándose para su consulta en el Archivo Histórico de la S.S.A. en el Fondo: Beneficencia Pública, Sección: Establecimientos Hospitalarios, Series: Hospital de San Hipólito y del Divino Salvador.

vas instalaciones hospitalarias en sustitución de las existentes - las cuales, debido a su ubicación, edificación y condiciones de higiene, resultaban ya obsoletas e inadecuadas- surgiendo así el hospital general y el manicomio general de "La Castañeda".

Este último fue inaugurado dentro de los actos conmemorativos del centenario de la Independencia de México, a escasos dos meses del inicio del movimiento revolucionario de 1910.

Su construcción tuvo como propósito satisfacer las necesidades asistenciales de la época y prever las del futuro, apegándose a los criterios arquitectónicos dominantes sobre la edificación - de este tipo de hospitales, y construyéndose bajo una planificación cuidadosa con la participación de ingenieros, arquitectos y médicos asesores para llenar hasta el último detalle los aspectos material y funcional del mismo⁽⁴⁷⁾.

En lo fundamental no presentaba grandes diferencias al modelo propuesto por Esquirol hacia más de un siglo en Francia, como se puede observar en la siguiente descripción hecha por Jacques Postel⁽⁴⁸⁾.

- Separación entre sí de las secciones, aumentadas por patios centrales entre las dos alas reservadas a cada sexo.

(47) Ramirez Moreno Samuel, op. cit. pág. 30

(48) Postel Jacques y Quérel Claude. op. cit. pág. 314.

- Existencia de una galería que unía al conjunto de las secciones y proporcionaba así al asilo unidad y funcionalidad.
- Disposición original de la sección: Edificios de un piso rodeaban el patio por tres lados, en tanto que el cuarto quedaba - - abierto para que el asilo tuviera vista al exterior; esta distribución permitía, a la vez, el aislamiento extremo y la ampliación del lugar de reclusión, creando un encierro menos severo.
- Colocar al asilo o manicomio en las afueras de la ciudad.
- Elección de un sitio en la ladera de una loma que permitiese un "escape" visual.

De acuerdo a lo anterior, se eligió un bello lugar, situado al suroeste de la ciudad de México y que para muchos había sido lugar de recreo para los habitantes de la capital debido a su belleza panorámica y a sus hermosos jardines⁽⁴⁹⁾.

Al inicio de sus labores, el manicomio general de La Castañeda albergó a 848 enfermos, de los cuales, 430 fueron varones procedentes del viejo hospital de San Hipólito y 418 mujeres llegadas del hospital del Divino Salvador.

(49) Ramírez Moreno Samuel. op. cit. pág. 30.

El número de camas con que contó la institución al abrir sus puertas fue de 1330, disponiendo así de una reserva de 482 camas - para nuevos enfermos, la cual duró muy pocos meses, pues en diciembre de 1911 se encontraba totalmente poblado. La cifra de 1330 estaba calculada para una población de 720,753 habitantes en el D.F. y para una población general de 15'160,369 habitantes⁽⁵⁰⁾.

(50) Patiño Rojas José y Sierra Macedo Ignacio. "Cincuenta años de Psiquiatría en el Manicomio General". pág. 3.

LA EPOCA REVOLUCIONARIA Y EL INICIO DE LA CENTRALIZACION INSTITUCIONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Durante los años del Porfiriato, se produjo un importante desarrollo del capitalismo. Sin embargo, esa transformación se realizó desde arriba, por la vía más reaccionaria posible. En lugar de ser desmembradas, las haciendas semif feudales recibieron todo el apoyo estatal para iniciar su desarrollo capitalista. El peón no fue librado de la explotación feudal, sino que a ella vino a añadirse la terrible intensificación del trabajo, propia de la explotación capitalista. La industrialización se desarrolló, no precisamente como resultado de la acción de una burguesía mexicana ascendente, sino desde arriba, bajo la égida de los grandes monopolios extranjeros. El estado porfiriano promovió el desarrollo del capitalismo, pero lo hizo por la vía más afín a los intereses conservadores de los terratenientes aburguesados, los grandes comerciantes y los monopolios extranjeros (51).

La Revolución de 1910 fue un movimiento en contra de ese modo de desarrollo capitalista. Trató de implantar una reforma agraria que destruyera latifundios y el poder de los terratenientes, de crear un capitalismo de estado capaz de actuar como contrapeso al capital extranjero y promover el desarrollo de la burguesía mexicana; colocar en el poder a nuevas capas de la burguesía, interesadas en una vía de desarrollo más revolucionaria del capitalismo

(51) Somo Enrique, op. cit. pág. 232.

en la agricultura y la industria; modificar o restringir el dominio del imperialismo sobre la economía del país.⁽⁵²⁾

De esta manera, la revolución produjo una reorientación del desarrollo del capitalismo mexicano; cuyo resultado fue una especie de híbrido en el cual la vía reaccionaria y la revolucionaria se encontraron entretejidas en forma peculiar.

En el ámbito cultural y científico nace un movimiento antipositivista que participó en la conformación de las ideas revolucionarias, de tal manera que así como la generación de mediados del siglo XIX enfrentó al clero con ideas provenientes del positivismo, la generación de los jóvenes intelectuales revolucionarios habría de enfrentar el positivismo con las ideas anti-intelectualistas señaladas por Bergson, Schopenhauer, Boutroux y Nietzsche.

Sin embargo, la crítica dirigida contra los positivistas, en realidad fue dirigida contra las desviaciones sociales que este grupo cometió y que al respecto Zea señala: "Cuando se atacaba a la doctrina positiva, no era tanto la doctrina a la que importaba combatir sino a los políticos que se escudaban en ella: El Porfiriismo y el grupo político llamado de los científicos"⁽⁵³⁾.

No obstante que este movimiento llevó a cabo una lucha justa en el terreno de la política nacional, sus ataques se excedieron -

(52) Ibidem. pág. 289.

(53) Zea Leopoldo. El Positivismo en México. pág.31.

del terreno que legítimamente le correspondía, afectando seriamente el desarrollo de la educación científica y de la ciencia en el México de la primera mitad del siglo XX, ya que como resultado de la mala interpretación que se hizo de los conceptos de ciencia y positivismo, provocó que las ciencias naturales detuvieran su crecimiento.

Así, la Medicina asaltada por ideas anti-intelectualistas, - cayó en la dependencia de una ciencia proveniente toda del extranjero europeo en primer lugar, y americano posteriormente (54).

Por otra parte, durante la época inmediata a la Revolución, - las instituciones públicas de salud, conservaron las mismas estructuras porfiristas, cuyo rasgo esencial fue la continuación de las acciones asistenciales a través de organismos de beneficencia pública y privada sin que el estado asumiera el compromiso de organizar los servicios públicos de salud, los cuales prácticamente seguían en manos de la filantropía, la caridad y la práctica liberal de la medicina.

Sin embargo, más tarde, el gobierno constitucionalista además de intentar solucionar la crisis social, el siguiente paso fue la reorganización de dichos servicios dentro de las reformas constitucionales.

(54) Ortiz Quezada Federico. "La ceremonia mas cruel". El Buzo. Suplemento Dominical de Excelsior. México. 24 de sep. 1989.

En el plano político, la Constitución de 1917 proporcionó el plan para el cambio revolucionario orientado hacia la preservación de todos los derechos del hombre -reproducidos y enriquecidos del ideario de la Constitución de 1857- incluyendo por primera vez una declaración escrita sobre el "derecho a la salud" entendido éste - no sólo como el derecho del individuo aislado sino también de las masas, de los grupos humanos y de las colectividades para gozar de ello, y en donde la obligación de cuidar la salud ya no es exclusiva del estado sino también se convierte en responsabilidad de los particulares, es decir de quienes utilizan los servicios de obreros y empleados (sector empresarial) (55).

Es a partir de entonces en donde la salubridad comenzó a definir una ruta propia y distinguible de la que seguiría la seguridad social.

Poco después de 1917, el Consejo Superior de Salubridad formado en el Porfiriato, adquirió gran importancia y se convirtió en - un organismo de alcance nacional, con potestad médica para dictar disposiciones de carácter general y obligatorio en el país. Dicho Consejo, pasó a depender directamente del Presidente de la República.

Asimismo, como resultado de la Ley de Organización Política del Distrito y Territorios Federales, se crearon el Departamento

(55) Bustamante E. Miguel. La Salud Pública en México 1958-1982. pág. 69.

de Salubridad Pública -atribuyéndole funciones relacionadas con la legislación sanitaria de la República además de otras- y la Beneficencia Pública del D.F. anteriormente dependiente de la Secretaría de Gobernación, pasa a formar parte del Departamento del D.F., -siendo a su vez encomendada a una Junta Autónoma de Beneficencia⁽⁵⁶⁾.

De esta manera, tras la creación de disposiciones jurídicas - así como de la reorganización de las instituciones públicas de salud, se buscó dar a la política estatal en materia de salud un sen tido global y unificado que ante todo rechazaba la dispersión de - las acciones que en este aspecto se habían caracterizado durante - todo el siglo XIX y los primeros años del siglo XX⁽⁵⁷⁾.

No obstante los avances alcanzados en materia jurídica e institucional en el campo de la salud, el movimiento revolucionario - también marcó el inicio de una fuerte caída de la economía mexicana, la cual se extendió hasta 1940, afectando principalmente los - programas social y de salud pública cuyo presupuesto nunca rebasó el 6% del presupuesto federal:

PERIODO PRESIDENCIAL	PRESUPUESTO FEDERAL
1918 - 1920 Carranza	.9 %
1921 - 1924 Obregón	1.2 %
1925 - 1928 Calles	2.07%

(56) Bustamante E. Miguel. op. cit. pág. 69.

(57) Moreno Cueto. op. cit. pág. 39.

1931 - 1932	Ortiz Rubio	2.03 %
1933 - 1934	Rodríguez	2.65 %
1935 - 1940	Cárdenas	4.79 % (58)

Las condiciones de miseria e insalubridad que vivió el país una vez culminada la lucha armada, llevó a que las acciones sanitarias adquiriesen más peso político que las asistenciales, canalizando entonces gran parte de los esfuerzos y del presupuesto de salud, hacia el desarrollo de políticas de saneamiento, combatiendo básicamente las enfermedades epidémicas e introduciendo los servicios de drenaje y agua potable; problemas que, a dos decenios de iniciada la revolución seguían prevaleciendo en nuestro país, el cual era todavía considerado como uno de los más insalubres y desnutridos del mundo.

A partir del período Presidencial del General Cárdenas, la intervención estatal en la atención médica adquirió relevancia y se caracterizó por su organización propia y su articulación con el modelo de desarrollo nacional aceptado, utilizándola como factor - coadyuvante para modificar las formas y relaciones de producción y lograr cambios en la concepción del papel estado ante la salud de la población.

La creación de la Secretaría de Asistencia Pública en 1938 - puntualiza este viraje de concepción de Beneficencia al de Asisten

(58) Datos estadísticos citados por Mazzaferri Anthony. op. cit. pág. 223.

cia Pública, cuya justificación para su creación fue la de proporcionar servicios que tendieran al desarrollo integral y productivo de los individuos socialmente débiles, sin limitarse a satisfacer sus necesidades de subsistencia y de tratamiento médico.

La gestión estatal de Cárdenas, condicionada sin embargo, por la situación económica del país, no va más allá de la reorganización de las instituciones de Beneficencia Pública, cuyas acciones, a diferencia del Departamento de Salubridad Pública, continuaron limitándose al Distrito Federal.

Dentro de estas circunstancias políticas y económicas que observó la administración de la atención de la salud durante las primeras cuatro décadas del siglo XX, la suerte del Manicomio General de La Castañeda estuvo ligada a la de la propia Beneficencia Pública y posteriormente a la Secretaría de Asistencia, en donde debido a los movimientos burocráticos rápidos y los puestos transitorios, el personal directivo fue cambiado 30 veces durante este período, ocupando la mayoría de ellos el cargo por no más de 12 meses; situación que propició la carencia de un trabajo asistencial sistemático y consistente a pesar del interés manifestado por algunos de ellos como el Dr. Nicolás Martínez, el Dr. Eladio Gutiérrez, el Dr. Agustín Torres, el Dr. Samuel Ramírez Moreno y el Dr. Manuel Guevara Oropeza, quienes en sus respectivas administraciones, se carac

terizaron por sentar las bases par impulsar la profesionalización de la Psiquiatría así como por el desarrollo científico de la misma.

Desde su creación, el Manicomio General manifestó -de manera paradójica- un ambiente terapéutico anacrónico, heredero de un movimiento alienista en decadencia, el cual después del fracaso del tratamiento moral desembocó en un relativo vacío terapéutico, cuyos imperativos basados en la política del aislamiento familiar y social y de una disciplina formal, se les suponía por sí mismos, - factores curativos subyacentes que operaban sobre todos y cada uno de los pacientes.

En relación a lo anterior el Dr. Ramírez Moreno comentó: "Si en la parte física, el manicomio llenaba las necesidades de su - - tiempo, en el aspecto técnico referente a la asistencia médica hubo mucho que desear, pues no se adoptaron en esa nueva construcción los preceptos psiquiátricos que ya se aplicaban en otros países, sino que las viejas ideas en el manejo de estos enfermos se trasladaron con ellos, así como muchos prejuicios y sistemas inadecuados en San Hipólito y La Canoa".

"Se carecía de médicos psiquiatras suficientes, de enfermeros preparados y era de tal manera manifiesto el ambiente en moldes - antiguos que a los pacientes se les tenía, que por muchos años - se conservaron las viejas nomenclaturas de los pabellones: Tran-

quilos, furiosos, imbéciles,..." (59).

Durante los primeros años de vida de la institución, se continuó dando importancia principal a las terapias físicas como la Hidroterapia, los medicamentos sedativos como el luminal, el alepsal y el borolumil; y para casos depresivos y de ansiedad, se hacía uso de la adrenalina (60).

Asimismo, la ergonomía o terapia ocupacional pasó a ocupar una actividad relevante, la cual a pesar de que ya se había venido llevando a cabo desde mucho tiempo atrás en los antiguos hospitales, sólo hasta entonces se logró contar con las instalaciones adecuadas para ello.

Por otra parte, las flamantes instalaciones estuvieron sujetas a un proceso de deterioro acelerado debido al descuido e indiferencia de algunos de sus administradores y a la insuficiencia de recursos económicos para su mantenimiento; situación que aunada a las insistentes denuncias periodísticas acerca de las supuestas irregularidades cometidas en la institución y al cambio directivo en la Beneficencia Pública, condicionó en gran medida la necesidad de una transformación física y organizacional en el Manicomio, la cual ocurrió en 1932, en donde se observó un nuevo impulso a la te

(59) Ramírez Moreno Samuel. op. cit. pág. 31.

(60) Martínez Nicolás. Informa rendido como Director del Manicomio General 1926. Revista de la Beneficencia Pública en el D.F. Tomo I. No. 3. Nov. de 1926.

rapia basada en el trabajo y la recreación, pero fundamentada en principios educativos y de readaptación con características teóricas distintas a las desarrolladas a principios de siglo⁽⁶¹⁾

Como actividad profesional, la Psiquiatría a principios de siglo era una rama olvidada de la medicina general de la cual se ocupaban unos cuantos médicos. A ello se aunaba el hecho de que no existía una clasificación nosológica sistematizada que permitiera un manejo adecuado del enfermo, pues se enfatizaban solamente determinados síntomas, de acuerdo con las doctrinas individuales seguidas.

Para dar una idea del asunto, Patiño Rojas y Sierra Macedo⁽⁶²⁾ reportan que, en los primeros diez años de vida de la institución, se encontraron más de 80 diagnósticos diferentes sin el menor orden ni concierto y carentes por completo de fundamento científico. Ellos son del siguiente tenor: Melancolía degenerativa, demencia vesánica, locura racional, psicosis uterina, etc.

Con la aparición de la nosología Kraepeliana, el manicomio entró dentro de un carril científico, y entre los años de 1920 y 1925, se comenzaron a afinar los diagnósticos; y a partir de esta fecha la situación caótica cambió por completo, hasta que ante la

(61) Millán Alfonso. Radical transformación en el Manicomio General de Mixcoac. Revista "Asistencia". No. 48. Pág. 14-20. 1938.

(62) Patiño Rojas y Sierra Macedo I. Cincuenta años de Psiquiatría en el Manicomio General. Mimg. 1960.

preminencia de la escuela psiquiátrica americana, las clasificaciones sufrieron un nuevo ajuste.

En vista de lo anterior, es difícil precisar con certeza, la forma en que han incidido los distintos tipos de patología mental durante esos años, sin embargo, los Dres. Patiño Rojas y Sierra - Macedo realizaron en 1960 una investigación en la cual, ajustando la nomenclatura antigua a los términos diagnósticos de entonces, - revisaron el total de expedientes clínicos comprendidos en ese período, cuyos resultados se presentan a continuación.

DIAGNOSTICO	1910	1920	1930	1940
Epilepsia.	22.9%	19.79%	14.92%	14.54%
Psicosis diversas.	22.31%	14.58%	15.32%	15.28%
Alcoholismo.	13.64%	18.30%	14.42%	14.47%
Olifogrenias.	12.84%	3.57%	4.07%	9.30%
Esquizofrenias.	11.45%	17.55%	28.25%	18.61%
Psicosis Maniaco- Depresivas.	9.35%	3.42%	2.18%	5.61%
Neurosisfilis.	2.88%	12.05%	11.44%	14.62%
Demencia Senil.	2.29%	3.42%	3.58%	4.43%

Los porcentajes anteriores fueron calculados de acuerdo al número de enfermos ingresados durante los años que se anotan, pues - se pensó que ofrecían un panorama más fiel que el que arrojaría el porcentaje de los enfermos internados en un momento dado.

Como puede observarse, la epilepsia se diagnosticaba con mayor frecuencia en 1910, ocupando el primer lugar con el 22.9%, cifra que manifestó una tendencia decreciente hasta llegar al 14.5% en 1940, en donde fue desplazada al 3er. lugar, superada ligeramente por las psicosis diversas y las neurosífilis.

En el rubro de psicosis diversas, se englobaron diagnósticos dudosos así como padecimientos poco frecuentes y sobre todo los correspondientes a enfermos mal estudiados. Estos diagnósticos descienden de 22.3% en 1910, a 15.2% en 1940, en donde a pesar de ello, representan el segundo lugar, superados únicamente por las esquizofrenias.

El alcoholismo, después de haber observado un incremento alrededor del 5% en 1920, durante los años comprendidos entre 1930 y 1940, disminuye casi al mismo nivel manifestado en 1910.

La esquizofrenia, que arrojaba un 11.4% en 1910, ocupando el 5º lugar, asciende al primero en 1940 con el 18.6% a pesar de haber disminuido en casi un 10% con respecto a la década anterior.

Las psicosis maniaco-depresivas disminuyeron del 9.36% en 1910, al 5.6% en 1940, situación que propició que bajara del 6º al 7º lugar.

Con respecto a las neurosífilis, se observaron incrementos notables que hacen que del 2.8% mostrado en 1910, alcance el 14.6 en 1940 en donde llega a ocupar el 4º lugar en cuanto a frecuencia de casos diagnosticados.

Por último, la demencia senil, fue la patología mental que observó menor frecuencia diagnóstica durante este período, a pesar de que manifestó una ligera tendencia creciente.

En cuanto a los datos censales del Manicomio General, la situación no se presenta más confiable que en el caso del aspecto diagnóstico, debido a la variabilidad observada por las fuentes consultadas, sin embargo, con excepción del descenso de pacientes observados entre 1915 y 1920, todas coinciden en aceptar el notable crecimiento que a partir de entonces sufrió la población hospitalaria; tendencia que continuaría hasta la desaparición del Manicomio de "La Castañeda", pero que ya en 1943 representaba un problema complejo de resolver, el cual nos es comentado de la siguiente manera por el Dr. Guevara Oropeza:

"A partir de 1916 la población del Manicomio crece incesantemente y desde 1934 el aumento es más rápido hasta alcanzar el máximo de 3,400 enfermos en 1942 ..."

"... aún y cuando las cifras de los que salen han ascendido también, no alcanzan a compensar el número de ingresos y las defun

ciones se mantienen en un nivel sensiblemente el mismo con un ligero aumento no proporcionado al incremento de la población, y esto sin que se haya logrado aumento de los locales, de los dormitorios, de los equipos, en forma capaz de hacer frente a esta sobrepoblación que ha provocado un problema agudo ..."(63)

Asimismo, uno de los principales factores que condicionaron esta sobrepoblación lo fue precisamente la evidente centralización de los servicios asistenciales psiquiátricos del Distrito Federal y sus territorios, en un solo hospital psiquiátrico, el cual además asumía el compromiso de no rechazar la asistencia a pacientes provenientes de diversos estados de la república, ante las carencias de servicio psiquiátrico en gran parte de ellos; prueba de ello fue que en 1943 el 33% del total de enfermos mentales internados, tenían su residencia en el interior del país⁽⁶⁴⁾.

Sin embargo, esta situación significaba no solamente un problema de cupo, sino que también reflejaba deficiencias estructurales y organizacionales de la asistencia psiquiátrica que, por un lado, eran motivadas por la carencia de un organismo encargado, entre otras cosas, de normar y coordinar dicha asistencia; y por otro, debido a la incipiente profesionalización de la Psiquiatría, su enseñanza y práctica profesional además de reducida, se circuncribía a unas cuantas ciudades del país.

(63) Guevara Oropeza M. "La Asistencia Psiquiátrica en el Distrito Federal y en general el problema de la Asistencia a Alienados en la República Mexicana. Mimg. pág. 3. 1942.

(64) Ibidem. pág. 4.

RELEVANCIA DE LA ATENCION MEDICA EN EL DESARROLLO
INDUSTRIAL DE MEXICO Y EL RESURGIMIENTO DE LA
ATENCION PSIQUIATRICA 1940 - 1970

A diferencia de lo ocurrido durante las 3 décadas que siguieron al estallido de la Revolución Mexicana de 1910, en ningún momento entre 1940 y 1970 la estructura social mexicana se vió seriamente amenazada por pugnas entre sus componentes. La estabilidad política fue la tónica del período, a pesar de las claras contradicciones entre los intereses de los diversos grupos y clases sociales.

Dicha tranquilidad política fue aprovechada al máximo para desarrollar las fuerzas productivas del país; así, a través de la convergencia entre la élite política y la empresarial, la economía mexicana predominantemente agrícola, dió paso al surgimiento de una economía industrial caracterizada por la supeditación de la agricultura a la industria, el incremento del proceso de urbanización, la irrupción de una clase media, el aumento del sector terciario de la economía, etc.

Este desarrollo se debió además en buena medida al control oficial sobre las demandas de los sectores que hubieron de sostener el rápido proceso de capitalización: obreros campesinos. Este control se logró a través de la incorporación dentro del partido oficial a las diferentes organizaciones de clase, debido a lo cual hizo difícil la movilización de una fuerza política multiclas-

sista que pusiera en duda la hegemonía del grupo en el poder⁽⁶⁵⁾.

Sin embargo, el problema de la incorporación al proceso productivo de una población siempre en aumento tuvo repercusiones no sólo en los grupos marginales, sino que pareció afectar incluso a sectores de las clases medias, quienes con una capacidad mayor para articular sus demandas, provocaron algunos de los conflictos políticos más espectaculares del período, los cuales empezaron a surgir entre algunos de los sectores obreros más organizados y privilegiados, como los ferrocarrileros, y otros grupos particularmente vulnerables, como los maestros de enseñanza primaria y el sector médico.

Dichos conflictos, culminaron con las manifestaciones estudiantiles ocurridas en la capital durante el verano de 1968 ante la disminución de las posibilidades de ascenso social y de participación política, las cuales fueron reprimidas por parte del gobierno⁽⁶⁶⁾.

Como resultado de estos desenlaces, se originó una recomposición política y social del movimiento de masas fundamentada en el abandono del aislamiento político y social a que había sido sometida a la izquierda mexicana, y el rompimiento de la imagen estereotipada del llamado "milagro económico mexicano"⁽⁶⁷⁾.

(65) Meyer Lorenzo "La encrucijada". en Historia General de México. Tomo II. 1988. pág. 1352-53.

(66) Meyer Lorenzo. op. cit. pág. 1301.

(67) Álvarez Alejandro. La Crisis Global del Capitalismo en México. 1968/1985. pág. 18.

Por otra parte, después del empeño mostrado por el gobierno hacia el sector salud de 1934 a 1940, el cual formaba parte de una política que tendía a la plena consolidación política y social e inclusive económica del país, las acciones asistenciales y en mayor medida las de seguridad social, se vincularon al proceso de industrialización del país; por un lado, como medio para garantizar el mantenimiento y la recuperación de la fuerza de trabajo empleada en determinados sectores de la industria, y por otro, impulsando en particular el desarrollo de la industria de la construcción tras la ampliación de la infraestructura hospitalaria en todo el país, y la industria químico-farmacéutica, la cual contribuyó a focalizar la atención de la salud en modelos y programas médico-curativos, dejando a un lado la importancia de la labor preventiva, así como la influencia de las condiciones globales de existencia vigentes en la sociedad.

Durante este período, los servicios de salud observaron un notable crecimiento, los cuales llegaron a conformar un conglomerado burocrático integrado por diversas instituciones cuyos propósitos y atribuciones dieron origen a una distribución desigual en el otorgamiento de los servicios de salud derivados de una estructura clasista cada vez más diferenciada.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia surgida en 1943 como producto de la fusión de la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad, destinada a la atención y mantenimiento

de aquel sector de la sociedad fundamentalmente urbano que debido a su situación permanentemente de subempleo nunca es totalmente absorbido por el mercado de trabajo.

El Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS, creado el mismo año con el propósito de coadyuvar a la reparación y mantenimiento de la capacidad de trabajo de la clase obrera ocupada en sectores de mediana y grande empresa (68).

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado ISSSTE surgido en 1960 ante el notable crecimiento de la burocracia estatal durante esos años.

Otras instituciones de seguridad social paraestatales en sectores privilegiados como PEMEX, FNM, La Compañía de Luz, etc., las cuales surgieron como resultado de su oposición a incorporarse al IMSS.

La creación de Institutos de Investigación y de prestación de servicios de atención médica especializada, promovidos por los requerimientos del estado, por la presión de las diversas industrias que tuvieron interés en los servicios médicos, por el patrocinio y la influencia de instituciones filantrópicas nacionales e interna-

(68) Asimismo, al considerar la subordinación de la actividad agropecuaria al proceso de acumulación de capital, el Estado incorpora a los trabajadores ejidatarios agrícolas al consumo de los servicios médicos proporcionados por el IMSS y la SSA.

cionales, así como por la evolución de la ciencia y la técnica médica en sí misma⁽⁶⁹⁾.

Por último, se incluyen los organismos estatales y municipales de atención médica cuyo desarrollo durante este período fue muy inferior con respecto a las anteriores instituciones.

Sin embargo, como consecuencia de las políticas desarrollistas, el estado empezó a concentrar sus esfuerzos y recursos en aquellas instituciones de salud dirigidas a la atención de los sectores más productivos de la sociedad en desmedro de la atención hacia los sectores más desprotegidos social y económicamente.

De esta manera, mientras las instituciones de Seguridad Social -el IMSS principalmente- lograron una rápida acumulación de capital, que les permitió un notable crecimiento, la Secretaría de Salubridad y Asistencia fue perdiendo importancia política, al igual que la capacidad de captar los suficientes recursos que garantizaran su crecimiento y satisficieran los servicios asistenciales de una población cada vez mayor.

Por otra parte, es también durante esta período, en donde se observa un gran impulso al desarrollo de las especialidades médicas

(69) Hernández Llamas Héctor. "Historia de la Participación del Estado en las Instituciones de Atención Médica en México 1935-1980. En Salud y Crisis en México Ignacio Almada Bay (coord) - pág. 74.

que, junto con el crecimiento de la infraestructura hospitalaria, sentaron las bases para el desenvolvimiento de la medicina científica mexicana.

Sin embargo, dicho desarrollo en cada una de ellas se dió de manera diferente en función de las características intrínsecas a la misma disciplina médica así como de las condiciones sociales e institucionales que condicionaron su evolución.

En el caso de la Psiquiatría, pese a su antigüedad, ha representado de acuerdo con José A. Leyva⁽⁷⁰⁾ uno de los miembros más cortos de la medicina, en cuyo largo trayecto de lucha contra las enfermedades mentales se descubren huellas de una marcha circular, tanto en la aprehensión teórica de su sustancia cognoscitiva como en su aspecto clínico terapéutico.

Pero no obstante lo anterior, a partir de 1940, la Psiquiatría mexicana observa un resurgimiento gracias a los recursos terapéuticos descubiertos entre 1933 y 1960 en los ámbitos neurológico y farmacéutico; y a corrientes teóricas como el psicoanálisis y la Psiquiatría dinámica norteamericana quienes a pesar de haber surgido desde principios de siglo, hicieron su aparición en nuestro país -- una vez que la psiquiatría francesa y alemana dejaron de tener influencia.

(70) Leyva José Angel. "El brazo corto de la Medicina" En Revista de Información Científica y Tecnológica (CONACyT) pág. 14.

La utilización en México de las técnicas neurológicas se dieron a principios de la década de los cuarentas con procedimientos como la insulino-terapia administrada a pacientes esquizofrénicos; la inducción de crisis convulsivas mediante el metrazol aplicado en casos de acceso depresivos, el cual fue sustituido poco después por la terapia electroconvulsiva (TEC); y por último la psicocirugía administrada principalmente a pacientes crónicos irritables o agresivos, con impulsos de autodestrucción (71)(72).

Todo este bagaje terapéutico poco a poco ha ido perdiendo importancia debido principalmente a:

- Los problemas éticos implicados ante la violencia y angustia conservada en el paciente ante la crisis convulsiva y el riesgo tanto legal como médico que representaba la psicocirugía, los cuales vinieron a incrementar aún más el descrédito de las instituciones psiquiátricas.
- Sus fundamentos teóricos son muy débiles y sus mecanismos específicos de acción aún no se conocen.
- Lograron modificar el pronóstico de algunas psicosis, pero no

(71) Mercado Rubén. "Opciones Terapéuticas. Electrochoques, gas y Fármacos". En Información Científica y Tecnológica. CONACyT. pág. 35-37.

(72) Corro León Javier. "El bisturí modifica conducta". Información Científica y Tecnológica. CONACyT. pág. 38-39.

consiguieron disminuir el número de reincidencias y crecimiento poblacional de pacientes mentales.

Con la aparición de la farmacoterapia en la década de los cincuentas y principios de los sesentas, se contribuyó a hacer de la Psiquiatría una disciplina médica con medios terapéuticos que resistían ventajosamente la comparación con las demás ramas de la medicina y que a diferencia de las técnicas neurológicas, brindaban por un lado, la posibilidad de ofrecer a un número considerable de enfermos hospitalizados, de vivir fuera del hospital, y por otro, permitían acumular cada vez mayores conocimientos sobre el funcionamiento de la sinapsis en donde los neurotransmisores (serotonina, noradrenalina, acetilcolina, dopamina, histamina, etc.) son el soporte químico de la transmisión dando lugar a hipótesis patogénicas con mayor grado de especificidad en el conocimiento y tratamiento de las enfermedades mentales.

En el caso del Psicoanálisis y de la Psiquiatría Dinámica norteamericana, su aparición en los años posteriores a la segunda guerra mundial, coincidió también con la incipiente introducción de algunos de los instrumentos psicológicos utilizados durante la guerra, los cuales, junto con el uso de la psicoterapia, facilitaron el desarrollo de la profesionalización de la Psicología Clínica al margen del modelo médico practicado por el psiquiatra, pero supeditada a éste.

Ambos movimientos, aportaron la estructura conceptual necesaria en el momento en que la Psiquiatría se transformaba sin poseer los medios teóricos que le ayudasen a comprender sus nuevos poderes, cuya dimensión se extendía más allá de su papel de guardián terapeuta en forma medicalizada; es decir, su función social se ampliaba hasta convertirlo en mediador entre la locura y la sociedad. Situación que hizo perder cada vez más nitidez los contornos del "objeto" psiquiátrico inmerso dentro de múltiples disciplinas como la Sociología, la Psicología, la Antropología, la Lingüística, etc., además de las aquellas propiamente médicas como la Neurología, con la cual comparte en forma paralela el estudio de la patología de un mismo sistema (73).

Como resultado de esta diversidad de tendencias, a finales de la década de los sesentas, se observó el desarrollo de una psiquiatría social que hizo incapié en la acción sobre el medio social y sobre la prevención; movimientos higienistas llevados a cabo desde principios de siglo en México, sobre todo en el combate de las enfermedades transmisibles, pero que fue hasta entonces desconocido en el campo de las enfermedades mentales.

A partir del resurgimiento de la Psiquiatría, se observa sin embargo la escisión de su práctica profesional identificándose básicamente dos versiones yuxtapuestas que han venido interactuando de

(73) Postel Jacques y Quétel Claude. op. cit. pág. 541.

manera desigual en la búsqueda de superar la vieja disociación mente-cuerpo; una institucional de corte organicista, hospitalaria, centrada en el modelo médico biológico, consumidora de una parte de la producción psicofarmacológica; y otra, basada esencialmente en explicaciones psicodinámicas, centradas en el diván e inspirada en las diferentes orientaciones psicoanalíticas, cuya práctica se encuentra, en general, restringida al ámbito privado.

Por otra parte, a diferencia de lo ocurrido durante las tres primeras décadas del siglo en donde el escenario académico y científico de la Psiquiatría fue ocupado por una reducida generación de médicos -en cuya práctica fue evidente el predominio de la influencia de la neuropsiquiatría europea, particularmente la francesa y la alemana-, durante los años siguientes se observó un incremento notable debido entre otros factores a los siguientes:

- La llegada de un grupo de brillantes psiquiatras españoles quienes encabezados por el Doctor Dionisio Nieto impulsaron el desarrollo de la Psiquiatría Biológica y además contribuyeron a la formación de un grupo de médicos destacados que aún en la actualidad representan la base fundamental dentro de esta línea de investigación.
- La decisión de un grupo de médicos de buscar su especialización y adiestramiento técnico en el extranjero, y quienes a su regreso - muchos de ellos incorporaron sus conocimientos y experiencias a

la enseñanza y la investigación de acuerdo a su formación.

- El surgimiento de la especialidad como una disciplina independiente de la Neurología al separarse sus programas de enseñanza en la Facultad de Medicina de la UNAM⁽⁷⁴⁾.

Al mismo tiempo, empiezan a manifestarse tanto dentro como fuera de la especialidad psiquiátrica, corrientes teóricas con un sentido psicológico humanístico de distintas tendencias que ahondan más la separación ya acentuada a finales de la década de los cincuentas, entre quienes se inclinaban por explicaciones de la patología mental con un enfoque psicogenético, y aquellos que lo hacían desde un enfoque organogenético.

Esta separación marcó derroteros distintos a la enseñanza formal de dichos enfoques así como a su papel en la práctica clínica en el ámbito de la salud mental.

El primero encontró cobijo en la propia facultad de medicina dentro del departamento de Psicología Médica y Salud Mental, creado en 1955 a iniciativa del Doctor Alfonso Millán, y en la Facultad de Filosofía dentro del Departamento de Psicología, creando la carrera de Psicología al margen de la formación médica, y el segundo en la

(74) De la Fuente Ramón. "Psiquiatría. Perspectiva Histórica". en - La Salud en México: Testimonios 1988. Soberón Acevedo Guillermo, Kumate Jesús y Laguna José (compiladores). Vol. 1. Tomo IV. pág. 441-462.

enseñanza de la especialidad Psiquiátrica en todas las Escuelas de Medicina.

La práctica clínica del enfoque psicogenético casi desde un principio estuvo ajena al trabajo hospitalario, el cual se encontraba en manos del enfoque médico-psiquiátrico cuya eficacia pragmática determinó su predominio sobre otras prácticas alternativas.

En este el contexto institucional y profesional en donde se desarrolla la práctica psiquiátrica a mediados del presente siglo, la cual se incorpora rápidamente al servicio médico proporcionado por las instituciones de salud surgidas durante este período, pero cuya evolución en cada una de ellas, evidenció notables diferencias condicionadas entre otros factores por la deficiente disponibilidad de recursos que manifestaran en sus inicios, instituciones como el IMSS y el ISSSTE; así como por la discriminación asistencial que ellas mismas manifestaron posteriormente hacia la atención del enfermo mental, no obstante el incremento considerable de sus ingresos presupuestales y el de su población asegurada, la cual a finales de la década de los sesentas significó poco más de la quinta parte de la población total del país.

Debido a la relevancia asistencial que presentan el IMSS y la SSA en relación a las demás instituciones públicas, limitaremos el análisis del desarrollo de la asistencia Psiquiátrica a dichas instituciones.

En el caso del IMSS, la asistencia psiquiátrica surge entre 1943 y 1944 ante la necesidad de contar con una unidad especializada que atendiera las contingencias neuropsiquiátricas en su población derechohabiente, la cual empezó a funcionar poco tiempo después para luego desaparecer en 1963.

Dicha Unidad llegó a contar con 20 especialistas entre neurólogos, psiquiatras, radiólogos, fisiatras y otros, los cuales atendían un promedio de 200 consultas diarias a pacientes enviados de las clínicas de la Ciudad de México, así como de las ubicadas en el interior del país⁽⁷⁵⁾.

Ante la carencia de una infraestructura hospitalaria que le permitiera proporcionar los servicios de atención médica especializada -incluida la psiquiátrica-, el IMSS decidió subrogar dicho servicio a particulares como una medida temporal a sus necesidades de expansión a nivel nacional, las cuales fueron siendo sofisticadas a lo largo del periodo con excepción de los servicios de tuberculosis y psiquiatría⁽⁷⁶⁾.

De esta manera los casos psiquiátricos que ameritaban hospitalización eran atendidos en los Sanatorios Psiquiátricos Floresta y Lavista en donde existían 30 y 40 camas respectivamente para uso exclusivo del IMSS.

(75) López Elizondo Carlos. "La Asistencia Psiquiátrica en el Instituto Mexicano del Seguro Social". Salud Pública en México. pág. 598.

(76) Hernández Llamas Héctor. op. cit. pág. 64.

A mediados de la década de los sesentas, la infraestructura física y organizativa del IMSS para brindar asistencia psiquiátrica crece considerablemente.

Para el Distrito Federal y Valle de México contaba con dos servicios directos en el Centro Médico Nacional, uno de adultos y otro de niños.

El primero funcionó como una unidad psiquiátrica dentro de un hospital general, con 50 camas para hospitalización (30 para mujeres y 20 para hombres) y una capacidad de consulta externa de 6,000 pacientes por año.

El segundo se encontraba adscrito al Servicio de Higiene Mental Infantil del Hospital Pediátrico, el cual contaba con un departamento de consulta externa con fines eminentemente educativos.

La consulta externa también era atendida en 12 clínicas familiares de las 25 existentes.

Asimismo, los servicios psiquiátricos en provincia se distribuyeron principalmente en ciudades como Guadalajara, Jal., Monterrey, N.L., Puebla, Pue., Mérida, Yuca., Torreón, Coah., Mazatlán, Sin., y Acapulco, Gro.

Con respecto al personal médico dedicado a la atención psiquiátrica en el IMSS se contaba con 78 psiquiatras de los cuales el 43%

se encontraba en el Distrito Federal y Valle de México, situación que originó en algunos lugares de provincia, la contratación de médicos con otras especialidades.

No obstante el desarrollo alcanzado, la infraestructura hospitalaria y los recursos humanos, siguió siendo insuficiente para las necesidades de atención de una población de 7'250,000 derechohabientes, cuya incidencia psiquiátrica y posibilidad de hospitalización se identificaba en el 1% (72,000 personas).

Como consecuencia de lo anterior, tan sólo en el Distrito Federal, el IMSS llegó a subrogar en 1967, 240 camas psiquiátricas distribuidas en el Manicomio General (120), el Sanatorio Floresta (80) y el Sanatorio Lavista (40) (77).

Por otra parte, los servicios psiquiátricos a cargo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia SSA, continuaron siendo proporcionados básicamente por el Manicomio General de la Castañeda, - quien anteriormente estuvo bajo la administración de la Beneficencia Pública desde su creación hasta 1938, y transformada en la Secretaría de Asistencia Pública de 1938 a 1945- el cual ante las carencias presupuestales y de interés político, se encontraba operando prácticamente en las mismas condiciones organizacionales y físicas que a principios de siglo, con la diferencia de que tenía que

(77) López Elizondo Carlos. op. cit. pág. 599.

brindar atención a más del doble de la población de pacientes existente en ese entonces, como resultado del crecimiento demográfico - desmedido del país, así como de la falta de servicios psiquiátricos suficientes en el interior del país. Problemática que el Doctor Manuel Guevara Oropeza siendo director del Manicomio General en 1941, la resumía por demás elocuente de la siguiente manera:

"El problema del Manicomio General encierra en sí mismo el problema completo de la asistencia a alienados en México" (78).

El fue uno de los principales impugnadores de la necesidad de una reestructuración de los servicios de salud mental, al dejar - planteadas algunas acciones de descentralización y coordinación, - tales como:

- La creación de granjas de alienados ubicadas en los alrededores de la Ciudad de México y en cada uno de los estados de la República, cuyo propósito era fundamentalmente brindar terapéutica ocupacional a pacientes diagnosticados como psicóticos incurables que no requirieran de un tratamiento médico de especial - cuidado y rodearlos de un ambiente hasta cierto punto hogareño.
- La instauración de dispensarios neuropsiquiátricos distribuidos convenientemente en la capital y en el interior de la República

(78) Guevara Oropeza Manuel. Comentario contenido en el Anteproyecto enviado al C. Secretario de Asistencia Pública, sobre la - posible reestructuración del Manicomio General. Doc. Mim. 1941.

destinados a brindar servicios de consulta externa a aquellos pacientes que no requieran de hospitalización.

- La creación de una Dirección General de Asistencia a Alienados dependiente de la Secretaría de Asistencia Pública encargada de la coordinación de los servicios proporcionados por dichos establecimientos (79).

Posteriormente, estas ideas fueron retomadas dentro del I Congreso Nacional de Salubridad y Asistencia celebrado en 1946, de cuyas resoluciones y recomendaciones en materia de servicios de asistencia psiquiátrica destacaron la promoción de las siguientes acciones:

- a) Para fines de tratamiento psiquiátrico de hospitalización se debe construir a la mayor brevedad posible, un manicomio para mujeres que ya existe en proyecto, y el Instituto Neuropsiquiátrico; se reforme y organice el Manicomio General; se organicen y centralicen dispensarios psiquiátricos y se establezcan sectores de psiquiatría en ciertos hospitales y en las prisiones.
- b) Que para fines de tratamiento psiquiátrico de asilo sean creadas granjas de recuperación dotadas de servicios de consulta externa para esquizofrénicos; sea creado también el Instituto de Readaptación de Alcohólicos Crónicos, la granja para epilécticos y el Instituto de Neurología y Psiquiatría Infantil.

(79) Guevara Oropeza Manuel. op. cit.

- c) Para resolver los problemas inherentes a la asistencia social psiquiátrica deben fundarse clínicas de higiene mental y clínicas de conducta.
- d) Los problemas de la enseñanza psiquiátrica deben resolverse estableciendo cátedras de Psiquiatría en las facultades de Medicina y de Leyes, así como en las escuelas de enfermería y trabajo social; escuelas de regularización para psicópatas y pequeños retrasados en la SEP, Gobernación y Prevención Social⁽⁸⁰⁾.

Aunque la mayoría de estas acciones llegaron a fomentarse ampliamente hasta finales de la década de los sesentas, en los años cuarentas, el Doctor Samuel Ramírez Moreno⁽⁸¹⁾ reporta en 1949 la realización de los siguientes hechos:

- La creación del Hospital Granja de San Pedro del Monte en León - Guanajuato, por medio del cual se buscó descongestionar la población atendida en el Manicomio General, proporcionando "modalidades terapéuticas" como la ocupacional y la educativa que sin ser en realidad novedosas representaran al mismo tiempo que una alternativa de tratamiento, una forma de autoayuda para el sostenimiento económico del Hospital a través de la venta y consumo de sus productos agropecuarios y artesanías.

(80) Alvarez Amezquita Miguel. op. cit. Tomo II. pág. 97.

(81) Ramírez Moreno Samuel. "Informe de Labores desarrolladas por el Departamento de Asistencia Neuropsiquiátrica durante 1948". Doc. mim.

- La creación en 1947 del Departamento de Neuropsiquiatría e Higiene Mental dependiente de la Dirección de Asistencia Médica de la SSA, con el propósito de normar y coordinar los servicios de salud mental a nivel nacional.
- El desarrollo de acciones preventivas a través de la creación de un servicio experimental de Higiene Mental en el Centro Materno Infantil "Maximino Avila Camacho".
- La creación de dispensarios neuropsiquiátricos en algunos hospitales generales del D.F. como el Hospital Juárez.

Sin embargo, al margen de estas acciones, el panorama nacional de la asistencia al enfermo mental era desalentador, ya que como resultado de un estudio técnico realizado por el recién creado Departamento de Neuropsiquiatría e Higiene Mental se encontró que en la mayoría de los estados no se había dedicado ninguna o casi ninguna atención y se habían concretado a enviar gran número de enfermos - al Manicomio General y a tener en completo abandono y descuido a los pacientes⁽⁸²⁾.

En estas condiciones, se estimaba que había aproximadamente - unos 7,000 enfermos mentales internados en diversos hospitales del país, de los cuales, 3,662 se encontraban en el Manicomio General (83).

(82) Comentado por el Dr. Ramírez Moreno en el informe antes citado.
(83) Ramírez Moreno Samuel. La Asistencia Psiquiátrica en México. pág. 40.

Durante la década de los cincuentas, los fondos destinados a la SSA alcanzan sus niveles más bajos; condición que dificulta notablemente el incremento de su labor médico asistencial en general y psiquiátrica en particular, quien con excepción de la creación en el D.F. de 4 servicios de prevención similares al Centro Maximino Avila Camacho, continuó operando prácticamente con la misma infraestructura hospitalaria que 10 años antes.

Mientras tanto, el servicio brindado por los gobiernos estatales observó un desarrollo importante creando hospitales psiquiátricos y servicios de esta especialidad en hospitales generales⁽⁸⁴⁾.

Este incremento de servicios estatales, representó en 1957 una proporción de una cama psiquiátrica por cada 5,826 habitantes de las cuales el 40% aproximadamente se encontraban en el Manicomio General⁽⁸⁵⁾ quien para ese entonces ya era nombrado como Hospital Psiquiátrico Nacional a partir de la transformación en 1951 del Departamento de Asistencia Neuropsiquiátrica e Higiene Mental en la Dirección de Neurología, Psiquiatría e Higiene Mental.

(84) Alvarez Amezcuita J. op. cit. Tomo II. pág. 713.

(85) Cabildo Arellano H.M. "Consideraciones sobre el problema de la Salud Mental en México". pág. 205.

Por otro lado, el comportamiento diagnóstico de los enfermos mentales internados en el Manicomio General -y que probablemente era muy similar a lo observado a nivel nacional- no manifestó variaciones significativas respecto a lo reportado años anteriores -ni tampoco en relación a lo observado 10 años después, principalmente en las enfermedades con mayor incidencia como lo demuestra el siguiente cuadro:

DIAGNOSTICOS:	1957	1967
- Esquizofrenia sin especificación y sus diversos tipos.	35%	32%
- Diversos tipos de epilepsia y su asociación con otros padecimientos.	24%	24.2%
- Deficiencia mental (debilidad, imbecilidad, idiotez).	13%	15.2%
- Neurolues.	5%	2.3%
- Alcoholismo y Psicosis Alcohólica.	5%	4.9%
- Paranoia y estados paranoicos.	4%	3%
- Reacción Maniacodepresiva.	4%	4.2%
- Psicosis senil y presenil.	3%	7%
- Otras psicosis.	4%	5.1%
- Sin diagnósticos no clasificables.	3%	2.1%

(86)

Durante los años sesentas, se manifiestan grandes cambios en la organización de la Salud Mental Pública que afectaron tanto los ámbitos normativo y de coordinación como los niveles de atención, buscando como propósito principal la descentralización de los servicios.

En 1960 se crea la Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación en sustitución de la Dirección de Neurología, Psiquiatría e Higiene Mental.

La organización que presentaba la reciente dirección observaba características orgánico-funcionales que hacía difícil la confluencia e integración de acciones normativas y técnicas en la atención terapéutica y rehabilitatoria entre las tres especialidades médicas involucradas.

Sin embargo, bajo esta forma laboró durante 5 años hasta que a partir de 1965 se lleva a cabo una modificación más, producto de la cual se separan la Neurología, Psiquiatría y la Rehabilitación formando organismos administrativos independientes.

Para el caso de la atención psiquiátrica, se crea la Dirección de Salud Mental cuyos objetivos generales así como sus funciones normativas, técnicas y administrativas continuaron siendo prácticamente las mismas.

En cuanto a los servicios de Salud Mental, a cargo de la SSA, éstos observaron un crecimiento sin precedentes a lo largo de casi toda la década, como resultado de insistentes presiones para lograr la descentralización y mejoramiento de los servicios proporcionados en sus distintos niveles de atención.

La promoción de las actividades preventivas -extendida a todas las etapas del individuo y no únicamente a la infancia- permitieron ganar espacios en nuevos centros de salud, 12 de los cuales se encontraron funcionando en el D.F. y otros tantos en diversas entidades del país⁽⁸⁷⁾.

El crecimiento de la infraestructura hospitalaria se dió prácticamente en dos etapas. La primera comprendida entre 1960 y 1964, durante la cual se construyeron los siguientes establecimientos:

- Hospital Granja "Bernardino Alvarez" en Tlalpan, D.F.
- Hospital Granja "La Salud" en Zoquiapan, Edo. de México.
- Hospital Granja para enfermos mentales en Villahermosa, Tab.
- Hospital Campestre "José Sáyago" en Tepexpan, Edo. de México.
- Hospital Granja "Cruz del Sur" en Oaxaca.
- Hospital Granja "Cruz del Norte" en Hermosillo, Son.

(87) Calderón Narvaez Guillermo. "Consideraciones sobre el problema de la Salud Mental en México". pág. 504.

La segunda abarcó los años de 1965 a 1967, la cual fue designada como "Operación Castañeda" ya que tuvo como propósito principal el de sustituir y suprimir en forma definitiva el Manicomio General.

Esta operación, además pretendió tener en el mediano plazo una cobertura nacional, en vista de que por una parte tendió a resolver en forma moderna y eficaz la asistencia psiquiátrica de la Ciudad de México y estados circunvecinos y, por otro, permitiría acumular experiencias que, debidamente aprovechadas, harían posible extenderlas a toda la población nacional.

El desarrollo de este proyecto hospitalario tenía el cometido de solucionar el panorama que presentaba el Manicomio General "La Castañeda", en donde según datos oficiales presenta las siguientes estadísticas:

- El número total de enfermos era de 2,800, de los cuales el 45% correspondía al sexo masculino y el 55% al femenino, incluyendo además a 200 niños alojados en un pabellón especial.
- La existencia de 400 pacientes que podrían ser dados de alta de inmediato, siempre y cuando fuera posible proporcionarles un buen servicio de consulta externa.
- 500 enfermos considerados como agudos.

- De 1,000 a 1,300 considerados como candidatos a ser alojados en hospitales granjas.
- Alojamiento de 200 niños en Centros de Atención Pediátrica.
- Aproximadamente, entre 400 y 500 enfermos requerían instituciones de tipo Hospital-Hogar para enfermos crónicos con muy pocas posibilidades de rehabilitación para los cuales era necesaria la atención prolongada y en ocasiones definitiva.

Para ello, se construyeron 6 modernos hospitales:

- El Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez" para enfermos mentales agudos, con la modalidad de consulta externa y hospital de día y una capacidad de 630 camas.
- El Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro", para enfermos crónicos y agudos, con servicio de consulta externa y hospital de día y una capacidad de 200 camas.
- Tres hospitales campestres para enfermos subagudos rehabilitables con 520 camas cada uno.
- Un hospital-Hogar para enfermos crónicos no recuperables con 520 camas (88).

(88) Calderón Narváez, Guillermo. op. cit. pág. 518-519.

El promedio calculado de estancia fue de dos meses para el Hospital de agudos y de 8 para los hospitales campestres.

La inversión prevista para gastos de construcción y equipo de las nuevas instalaciones, fue calculada al principio de la obra en 110 millones de pesos, sin embargo alcanzó la cifra de 160 millones a su terminación (89).

Con el paso del tiempo, el proyecto "Operación Castañeda", - después de haber representado una modificación técnica con un enfoque pretendidamente humanitario a través del cual se liquidaría lo que históricamente constituyó la matriz del quehacer psiquiátrico mexicano, vino a significar, al igual que lo ocurrido a principios de siglo, el traslado de los mismos vicios y deficiencias a las flamantes unidades hospitalarias.

Al término de la "Operación Castañeda", la distribución de camas para enfermos psiquiátricos en la República Mexicana presentó la siguiente estadística:

ENTIDADES	S.S.A.	INST. EST. O MUNICIPALES	IMSS	OTRAS INST. FEDERALES	INST. PRIV.	T O T A L
Distrito Federal.	1,480	-	50	50	770	2,350
Estados y Territorios.	3,810	1,250	-	50	905	6,015
T o t a l:	5,290	1,250	50	100	1,675	8,365(90)

(89) Calderón Narváez, Guillermo. "Salud Mental Comunitaria". pág. 119.

(90) Cabildo Arellano, H.M. op. cit. pág. 504.

De lo anterior, se observa que de las 8,365 camas psiquiátricas identificadas en todo el país en 1967, el 63% pertenecieron a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el 15.5% a los organismos estatales y municipales, el .6% al IMSS, el .6% a otras instituciones federales y el 20.3% correspondieron a las instituciones privadas.

En conjunto, el índice de ocupación de esas camas fue del 93% lo que significó la existencia prácticamente constante de 7,733 enfermos internados, o sea uno por cada 5,703 habitantes.

A las estadísticas presentadas, podemos añadir que del número de camas pertenecientes a la SSA el 28% se encontraban en el D.F. y el 72% distribuidas en los estados y territorios.

Esta situación, al parecer lograba satisfacer significativamente los propósitos de descentralización de los servicios hospitalarios para enfermos psiquiátricos buscados desde principios de los sesentas, sin embargo, al observar que aproximadamente más del 60% de las camas distribuidas en los estados y territorios se encontraban ubicadas únicamente en 3 estados del centro del país como son: México, Hidalgo y Puebla, podemos advertir que los esfuerzos empleados en la ampliación de la infraestructura hospitalaria resultaron notablemente limitados, no tan sólo en relación a las necesidades de internamiento demandadas por una población en incesante crecimiento sobre todo en las ciudades, sino también debido

a los errores manifiestos en la planeación de dichos servicios, los cuales dejaron atrás el centralismo asistencial representado por el Manicomio General, para convertirse en un centralismo de tipo regional.

Asimismo puede advertirse que los servicios de salud mental, quedaron restringidos prácticamente a la Secretaría de Salubridad y Asistencia, sustituyendo en un principio, las carencias de infraestructura y de recursos estatales observadas por el IMSS y posteriormente el ISSSTE, quienes recurrieron al inicio de sus actividades al mecanismo de la subrogación de estos servicios. Sin embargo, dichas carencias, con el paso del tiempo se convirtieron en el "pretexto oficial" para no responsabilizarse directamente de ellos no obstante el gasto presupuestal que significaba la contratación de hospitales privados quienes fueron los únicos beneficiados y cuyo servicio en realidad no fue muy diferente al otorgado por la SSA en el Manicomio General, el cual ni siquiera por razones de costo tampoco escapó a subrogar servicios del IMSS.

Esta situación reflejó la despreocupación por parte de las instituciones de seguridad social como el IMSS y el ISSSTE hacia su respectiva población derechohabiente con problemas mentales que al caracterizarse como enfermedades de evolución prolongada con limitadas posibilidades de rehabilitación significaban mayores erogaciones.

ciones presupuestales de las que estaban dispuestos a aportar, sobre todo a una clase de enfermo que desde el punto de vista productivo representaba menor importancia para una sociedad en expansión industrial.

De esta manera, el costo económico de la atención de los servicios de salud mental recayó en la institución de salud más desprotegida presupuestalmente, cuyo régimen no contributivo determinaba su cumplimiento sólo en la medida de sus posibilidades económicas.

LA CRISIS DEL SECTOR SALUD EN EL CONTEXTO DE LA
MODERNIZACION ADMINISTRATIVA Y SU IMPACTO EN LOS
SERVICIOS DE SALUD MENTAL. 1970 - 1988

Desde 1917, el carácter estructural del estado y la política mexicana, se vino desarrollando dentro de una relación contradictoria, definida en primer término por su origen revolucionario y popular, y en segundo por su compromiso con el desarrollo capitalista.

Ambos aspectos dieron origen al desarrollo de un patrón alterado de la política mexicana caracterizado tanto de alianza y apoyo, como de control y manipulación. Lo primero requería de movilidad y beneficios sociales, y lo segundo de corporativismo y autoritarismo.

Sin embargo, a largo plazo, el estado fue más capaz de comprometerse a sí mismo con la lógica del capitalismo que con el compromiso que representaban las masas populares.

Este conflicto se hizo evidente en 1968, a partir del cual se abrió en México un período de transición que siguió abierto y sin resolverse en 1988, y que se vino expresando en una serie concatenada de crisis políticas y económicas que incluyeron de un sexenio a otro a través de la fuerza del presidencialismo desde Díaz Ordaz hasta De la Madrid y que condujeron a profundizar el descontento -

de los estratos medios y populares (91).

La repercusión de la crisis política y económica no se dejó - esperar en todos los ámbitos sociales y sobre todo en los compromisos gubernamentales involucrados en políticas de bienestar social como lo fue el caso de la Salud Pública, que a pesar de haber observado durante este período incrementos significativos en sus recursos presupuestales, la proporción del Producto Interno Bruto correspondiente decreció demostrando que la mayor parte de este incremento fue determinado en gran medida por el proceso inflacionario (92)(93).

En este contexto, la práctica médica además de enfrentar los problemas de financiamiento emergidos en los setentas, se encuentra sujeta a una creciente crítica hacia sus aspectos ideológicos y técnicos derivados del modelo médico corporativo público dominante desde la administración presidencial de Lázaro Cárdenas y que en - los últimos años fue construyendo un tipo de práctica que Menéndez ha caracterizado de la siguiente manera:

A) Extensión de coberturas basado en Instituciones de Seguridad Social.

(91) Basañez Miguel. "El pulso de los sexenios. 20 años de crisis en México". pág. 29-36.

(92) López Cervantes Malaquías. "El uso de la mortalidad para la Planeación de los servicios de salud: el caso de México". pág. 5.

(93) Soberón Acevedo Guillermo y cols.(comp). La Salud en México. Testimonios. 1988. Problemas y Programas de Salud. Tomo II. pág. 39-41.

- b) Expansión y atención diferencial tanto regional como institucional.
- c) Predominio del modelo curativo quien no sólo es sumamente costoso sino que es de baja eficacia respecto de los principales problemas de salud física y mental.
- d) El modelo curativo supone un potencial incremento de los costos de atención a la salud que favorecen la reproducción de la "Industria de la Salud".
- e) La orientación de las acciones asistenciales son determinadas por un enfoque biologista que toma en cuenta a los "factores" económicos, políticos y socioculturales pero que de hecho los subordina y los limita⁽⁹⁴⁾.

Asimismo, no obstante la ampliación de la cobertura de atención y la posible contribución de ésta en la reducción de las tasas de mortalidad, las políticas generales de Salud durante la década de los setentas se caracterizaron de acuerdo con López Acuña⁽⁹⁵⁾ por el establecimiento de metas muy generales que resultaron únicamente un conjunto de imprecisiones y promesas dispuestas en forma programática que nunca se convirtieron en instrumentos normativos o definitorios de estrategias realistas y concretas, y que por el contrario, evidenciaron la falta de coordinación y planifi-

(94) Menéndez L. Eduardo. "Continuidad y Discontinuidad del Proyecto Sanitarista Mexicano. Crisis y Reorientación Neoconservadora. pág. 223.

(95) López Acuña Daniel. op. cit. pág.

ción efectiva entre las instituciones que conforman el sector salud, quienes constituidas en feudos, clanes y facciones impulsaban una multiplicidad de micropolíticas, aparentemente coherentes pero que en realidad derivaron a duplicidad de funciones y una desigual distribución de recursos que privilegiaban, por un lado, a las zonas urbanas sobre las rurales, y por otro, a las instituciones de seguridad social sobre las de asistencia pública, a pesar de que estas últimas debían atender en teoría, casi las dos terceras partes de los habitantes del país, es decir, 40 millones, y que en realidad sólo alcanzaba a cubrir entre 15 y 18 millones.

Tras el reconocimiento de estos problemas en el inicio de los años ochentas, al parecer la evolución de la organización de los servicios de salud entraron a una nueva etapa, al observarse una serie de acontecimientos conducentes a la integración del Sistema Nacional de Salud, el cual surge como la estrategia que intenta revertir la tendencia dominante por más de 4 décadas en las políticas de Salubridad y Asistencia en México, hallando en la descentralización la clave de su funcionamiento⁽⁹⁶⁾.

Bajo la coordinación de la Secretaría de Salud (anteriormente llamada Secretaría de Asistencia Pública), el Sistema Nacional de Salud comprende el desarrollo de 5 estrategias conocidas como de consolidación a través de las cuales se pretenden alcanzar los siguientes propósitos.

(96) Menéndez L. Eduardo. op. cit. pág. 230.

1. Mejoramiento cuantitativo y cualitativo de los servicios de salud otorgados por los organismos que atienden a la población abierta y tratar de reducir las diferencias que los separan de los ofrecidos a los derechohabientes de seguridad social.
2. Reforzamiento de la capacidad operativa y de gestión de los servicios de salud en los gobiernos de los estados.
3. Vincular la planeación de los servicios de salud con la planeación global del país (97).

Formando parte de estas estrategias de consolidación, las acciones de sectorización y de descentralización de los servicios de salud representan los ejes principales del cambio estructural.

A través de la conformación de grupos interinstitucionales, la sectorización persigue entre otros, los siguientes objetivos.

1. Integrar un sector de la administración pública federal tradicionalmente disperso.
2. Posibilitar la programación integral y el desarrollo del programa-presupuesto en el sector.

(97) Soberón Acevedo Guillermo y Cols. (comps). op. cit. Tomo I. Fundamentos del Cambio Estructural, pág. 62.

3. Preservar y fortalecer la autonomía técnica y orgánica de las entidades sectorizadas.
4. Conformar un mecanismo que permita interrelacionar los programas, sistemas, recursos, estructuras y funciones del sector salud.
5. Uniformar y desarrollar integralmente la organización y el funcionamiento de las entidades del sector (98).

Por su parte, la descentralización de los servicios de salud plantea la necesidad de redistribuir y transferir facultades, funciones, programas y recursos entre los tres niveles de gobierno (federal, estatal y municipal) tendientes a la optimización económica y al logro de una mayor eficiencia en la prestación de los servicios.

Para asegurar lo anterior, se propone:

- a) Transformar las estructuras centrales en órganos normativos, delegando en los gobiernos de las entidades federativas la administración operativa de los servicios a la población abierta.
- b) Cooperar en el fortalecimiento de la administración, particularmente en las funciones de planeación, programación, organización

(98) Ibidem. pág. 72.

y control de la operación de servicios de salud.

c) Definir estructuras para la administración de la salud en el ámbito estatal y fortalecer con recursos humanos, físicos y financieros para la adecuada prestación de servicios.

d) Establecer los mecanismos necesarios para que los estados ejerzan los recursos asignados a la atención de la salud (99).

Dentro de este sugerente cambio estructural de los servicios de salud, así como de una práctica médica eminentemente curativa, se han desarrollado los servicios de salud mental en los últimos años, el cual analizaré a continuación.

Después del auge alcanzado por la Psiquiatría asistencial con la proliferación de los tratamientos farmacológicos y el incremento de instituciones asistenciales inspiradas, la mayoría de ellas en políticas de puertas abiertas y creadas con la expectativa de proporcionar un ambiente físico y social que por sí mismo tuviera relevancia terapéutica, los servicios asistenciales no tardaron mucho para entrar a un proceso de deterioro e ineficacia terapéutica que observó incluso en países desarrollados como Estados Unidos y Canadá pero que por condiciones económicas, sociales y culturales

(99) En Menéndez L. Eduardo. op. cit. pág. 242 y tomado del documento "Hacia un Sistema Nacional de Salud", elaborado por la Coordinación de los Servicios de Salud. 1982.

tuvo repercusiones aún más graves en México y Latinoamérica. (100)(101)

Contrariamente al cambio esperado en el panorama de la Psiquiatría, la medicación farmacológica demostró una sorprendente ineficacia ya que si bien disminuyó la población hospitalaria en la mayoría de las instituciones psiquiátricas en Estados Unidos y Canadá, situación que no sucedió en México y Latinoamérica por razones de crecimiento demográfico, así como a la insuficiencia y mala distribución de servicios hospitalarios condicionó que los índices de readmisión se incrementaran considerablemente, originando el fenómeno denominado de "puerta giratoria".

Además, dicha ineficacia se manifestó especialmente en aquellos pacientes crónicos que no responden rápidamente al tratamiento, propiciando que sus probabilidades de ser externados fueran muy bajas y que de acuerdo a un estudio realizado en 1977 por la Dirección General de Salud Mental y el CEMESAM (actualmente Instituto Mexicano de Psiquiatría) representan al 80% de la población internada en los hospitales investigados (102).

En la relación a los bien intencionados planes de convertir a los hospitales psiquiátricos en ambientes terapéuticos por se, re-

(100) Allodi A. Federico. "La Evolución del Hospital Psiquiátrico en Estados Unidos y Canadá. en Bol. Of. San. Pan. 81(2) 139-147. Washington, D.F. 1976.

(101) González Uzcategui René. op. cit. pág. 93.

(102) Parra de la A. y Cols. "La enfermedad mental bajo una perspectiva social". Comentado por Pucheu Carlos en "Rehabilitación del Enfermo Mental". op. cit. pág. 14.

sultaron de difícil aplicación no únicamente en la realidad mexicana sino en la mayoría de los países, ya que toda posibilidad de desarrollar una funcionalidad terapéutica integral se tiene que enfrentar por un lado, a la dificultad de establecer valores y criterios normativos que maticen la actitud terapéutica del personal, y por otro, a las barreras impuestas por el burocratismo institucional, falta de personal capacitado y las restricciones presupuestales, que en el caso de México ocasionó incluso que directores de algunos hospitales tuvieran que tomar la decisión de cerrar pabellones completos, además de que algunos de ellos diseñados como hospital granja autofinanciables habían fracasado en su intento, habiéndose llegado al absurdo de que la producción de algunos alimentos resultó ser más costosa que los precios a los que podían ser adquiridos en el mercado⁽¹⁰³⁾.

Como resultado de esta crisis terapéutica en el ámbito de la asistencia psiquiátrica, comenzó a desarrollarse en varias partes del mundo, un movimiento de cuestionamiento y de análisis sociológicos que cobró formas diversas⁽¹⁰⁴⁾ pero que coincidían en mostrar al hospital psiquiátrico como una estructura social que favorecía entre los pacientes hospitalizados la presencia de un síndrome caracterizado por la apatía, el aislamiento, la resignación y la pérdida de la individualidad condicionados en gran medida por la falta

(103) Parra de la A. y Cols. en Pucheu Carlos, op. cit. pág. 10.

(104) Ver a Goffman Erving. Internados. Ensayos Sobre la Situación de los Enfermos Mentales. Buenos Aires, Amorrortu, 1970; Levison Daniel J. Sociología del Enfermo Mental. Buenos Aires. Amorrortu, 1971, Scheff Thomas. El Rol del Enfermo Mental. Buenos Aires, Amorrortu, 1970.

de contacto con el mundo exterior, la inactividad, el personal autoritario, la pérdida de pertenencias personales, el exceso de psicofármacos, la ausencia de expectativas, etc., todos ellos, factores que en última instancia significaron ser dignos representantes del encarcelamiento con muros altos, barrotes y grilletes utilizados siglos atrás como medidas terapéuticas al igual que de control y marginación social.

De manera concurrente, también surgieron planteamientos teóricos que cuestionaban directamente la legitimidad de la propia psiquiatría, sus modelos, su práctica tradicional, y de hecho, su poder, la cual ya desde finales de la década de los cuarenta presentaba un doble frente muy vulnerable. De lado de lo social, el aspecto represivo y los riesgos de manipulación y control social que parecía ocultar y que fueron intolerables a los ojos de una sociedad cuyo discurso ideológico hablaba en pro del liberalismo y del derecho a las diferencias; y del lado médico, se hacían grandes esfuerzos para aducir argumentos sólidos en favor de un sustrato orgánico que vinculara con todo derecho la Psiquiatría a la Medicina (105).

Entre los principales representantes de esta corriente de impugnación, podemos citar en primer lugar a Thomas Szasz y Michel Foucault, y en segundo, al llamado movimiento de Psiquiatría Alter-

(105) Postel J. y Quétel C. op. cit. pág. 480.

nativa y Antipsiquiatría quien a través de sus dos vertientes: la inglesa representada por Cooper, Laing, Esterson y Bateson; y la italiana impulsada por Franco Basaglia, representaron las posturas más críticas y radicales contra la Institución Psiquiátrica en su conjunto durante los decenios de 1960 y 1970 y a quien opusieron -desde distintas bases ideológicas- alternativas fundadas en la "subversión" del orden tradicional y en la vida comunitaria dentro de un clima de activismo liberal cuyas experiencias prácticas, además de demostrar posibilidades terapéuticas inciertas, dieron lugar a conflictos y resistencias por parte de la estructura psiquiátrica institucional, así como de la estructura política y social que la sustentaba, propiciando que los movimientos antipsiquiátricos no consiguieran implantarse de manera duradera tanto en sus países de origen como en aquellos en donde llegó a tener cierta influencia y que como en el caso de México su presencia se haya limitado al desarrollo de eventos y planteamientos de gran contundencia crítica pero carentes de objetivos claros e inmediatos y de experiencias prácticas que lo fundamentaran como una alternativa viable sin esperar a que sea resultado de cambios estructurales y superestructurales en la sociedad en su conjunto como lo proponen algunos teóricos (106).

Al mismo tiempo que surgía esta oposición radical a la institucionalización psiquiátrica y su ideología dominante, las institu

(106) Consultar a Sylvia Marcos y Cols. (comp). Dossier Mexia sobre alternativas a la Psiquiatría. Nueva Sociología. México. 1982; a Carlos Rodríguez Ajenjo. "La Psiquiatría Mexicana: - (im) posibilidades de un cambio en Salud Mental".

ciones de salud mental enfocaban también su atención hacia la comu-
nidad a través de varias modalidades de intervención terapéutica:

- Hospitalización parcial, surgida como alternativa a la atención post-hospitalaria o en su caso para evitar la hospitalización, la cual permite al paciente obtener los beneficios del cuidado psiquiátrico sin tener que alejarse de su familia o de la comunidad (107).
- Los programas conductuales derivados de las teorías del aprendizaje social y los denominados "Milieu" quienes desde distintas bases teóricas tienen como propósito:
 - a) La resocialización a través de la interacción interpersonal.
 - b) Favorecer el desarrollo de habilidades vocacionales y de autocuidado.
 - c) Reducción o eliminación de conductas denominadas bizarras, incluyendo cambios apropiados en su frecuencia e intensidad, las cuales son identificadas consensualmente como angustiantes.

(107) Consultar a Río Lugo Norma Alicia. Hospital de día y sus alternativas en México: Tesis Profesional Lic. en Psicología. Fac. de Psicología. UNAM. 1979.

- d) Proveer un medio físico y social semejante al familiar en don
de cotidianamente se establezcan relaciones terapéuticas bajo
la condición y supervisión directa de terapeutas (108).
- El enfoque denominado Salud Mental Comunitaria o Psiquiatría Co-
munitaria (109), el cual plantea en general parámetros básicos ta
les como:
- a) Servicios terapéuticos de carácter universal que abarquen a
todas las edades, grupos sociales y categorías de diagnósti-
co.
- b) Énfasis en el medio ambiente social y en la prevención.
- c) Preferencia por la comunidad como lugar de tratamiento en
oposición al hospital mental.
- d) Tratamiento de tipo interdisciplinario y práctica manifiesta
de una ética humanística (110).

-(108) Ver a Caballero Salazar Patricia, Cervantes Gallaga Luis E. y
Rodríguez Buendía Manuel. Un Modelo de Reeduación para Pa-
cientes Mentales Crónicos Hospitalizados. Tesis Profesional -
Lic. en Psicología. Fac. de Psicología. UNAM. 1981.

(109) Este enfoque surgió como consecuencia de un movimiento que ve
nía gestándose en países como Inglaterra y Estados Unidos des
de la postguerra y promovido posteriormente por la Organiza-
ción Mundial de la Salud a través de su Comité de Expertos en
Salud Mental.

(110) Ver a Calderón Narváez Guillermo. Salud Mental Comunitaria. -
Un Nuevo Enfoque de la Psiquiatría. México, Ed. Trillas. 1984.

El establecimiento de la comunidad como la unidad de análisis conceptual, metodológica y programática, significaba necesariamente la realización de actividades de planeación, evaluación y coordinación administrativa que condujeran en primer lugar, a brindar una mayor cobertura mediante la localización estratégica de servicios asistenciales intermedios ubicados en centros de salud y en hospitales generales, buscando descongestionar los servicios especializados de tratamiento, y en segundo, proyectar las acciones preventivas en su nivel primario de atención hacia la comunidad misma, a través de instituciones educativas, diversas organizaciones sociales y la familia en forma predominante.

Durante los años setentas, mientras que las modalidades terapéuticas como las Milieu y las derivadas del aprendizaje social no pasaron de ser proyectos de escasa permanencia debido al poco apoyo de que fueron objeto, el enfoque de Salud Mental Comunitaria tuvo una mayor presencia -por lo menos a nivel de discurso- en los programas institucionales de salud mental, el cual se apegaba a las políticas de salud que se venían impulsando en América Latina acerca de buscar la expansión de coberturas y al mismo tiempo reducir costos de inversión en la atención médica, a través del énfasis puesto en las acciones preventivas.

Sin embargo, al tratar de introducir este modelo asistencial en el ámbito asistencial los obstáculos y limitaciones no se hicieron esperar, motivados por un lado, por la resistencia manifestada

ante una perspectiva aparentemente diferente de la práctica médico-psiquiátrica tradicional, y por otro, por la exigencia de realizar una reorganización de los servicios de tal magnitud que requiera - contar con mayores recursos humanos y presupuestales, y que el estado no se encontraba en condiciones de proporcionar sin tener que descuidar otras áreas de salud consideradas prioritarias.

De esta manera, el proyecto de Psiquiatría Comunitaria impulsado en 1971, en la etapa de transición estatal de 1976 disminuyó su presencia, sólo para replantearse nuevamente en plena crisis al instituirse el Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental CEMESAM, después de la desaparición del Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia CEMEF⁽¹¹¹⁾.

Por otra parte, mientras los padecimientos mentales empezaron a ser lentamente reconocidos por el sector salud (principalmente - la SSA), los problemas de salud mental crecieron notablemente a mediados de los setentas según lo manifestado en el Programa Nacional de Salud Mental 1974-1976, 1977-1983.

Los padecimientos cuya etiología es primordialmente psicógena han aumentado en las últimas décadas como resultado de una serie - de factores socioculturales y económicos, que se reconocen como - coactuantes sobre todo en los países desarrollados y los que están en proceso de desarrollo.

(111) Rodríguez Ajénjo Carlos. "El Quehacer Psiquiátrico Mexicano". en Antipsiquiatría y Política. Sylvia Marcos (comp).pág.221.

"La neurosis, las psiconeurosis, los padecimientos psicósomáticos, las farmacodependencias, (alcoholismo y otras), son trastornos cuya incidencia es alta y tiende a aumentar, lo mismo que las deficiencias mentales en el menor, aunque éstas no dependan tanto de los factores psíquicos propiamente dichos" (112).

En relación a lo anterior, el mismo Programa da cuenta de la siguiente información estadística:

PADECIMIENTO MENTAL	No. DE CASOS POR CADA 1000 HABITANTES
- Psicosis.	5 y 10
- Epilepsia.	5 y 6
- Retardo Mental.	12
- Retardo Mental grave. (C.I. menor a 50)	4
- Alcoholismo.	6

Asimismo, mientras los problemas psiquiátricos crecían, los recursos existentes para su atención eran prácticamente los mismos que en la década anterior, con excepción de los destinados a la farmacodependencia.

El número de camas psiquiátricas no alcanzaba la cifra de 8,000 incluyendo los servicios privados; los servicios de preven-

(112) Dirección General de Salud Mental. Programa Nacional de Salud Mental. 1974-1976, 1977-1983. México. 1984.

ción primaria y secundaria eran cubiertos por 15 centros de salud mental comunitaria en el Distrito Federal y solamente otros seis - en el interior de la República, a los que habría de agregar los - servicios de consulta externa proporcionados por el IMSS, el ISSSTE y el Departamento del Distrito Federal. El personal profesional pa - ra la atención en salud mental resultaba claramente insuficiente, además de que en el caso de los psiquiatras la mayoría no prestaba sus servicios en instituciones oficiales.

Los presupuestos asignados a las actividades de prevención y de tratamiento de los trastornos mentales fueron muy bajos, ya que tan sólo, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, siendo la institución con mayor infraestructura organizacional y física para - brindar dichos servicios, destinó en 1974 99'814,891.36 para cu - brir gastos de administración de sus doce hospitales especializa - dos y otorgando por otro lado únicamente 1'500,000.00 a las labo - res preventivas realizadas por los centros de Salud Mental Comuni - taria existentes; cantidad que era cubierta básicamente con las - cuotas de recuperación de los hospitales mencionados, debido a que estas actividades no contaban en realidad con presupuesto propio (113).

Lo anterior evidenció claramente la magnitud de las deficien - cias asistenciales de los servicios de Salud Mental, y, más aún, -

(113) Dirección General de Salud Mental. Programa Nacional de Sa - lud Mental. op. cit.

la desatención de las actividades preventivas con respecto a las curativas, lo cual dió origen a que dentro del Programa Nacional de - Salud Mental se plantearan al mediano y largo plazo, metas realis--tas en la medida de las necesidades asistenciales, pero utópicas en la práctica debido principalmente a la falta de recursos económicos, las cuales no tardarían en quedar en el olvido al igual que el Programa mismo, como puede observarse a continuación:

METAS: 1974 - 1976.

1. Crear por lo menos cuatro centros de salud comunitarios en el D.F. y 8 en las entidades federativas.
2. Crear unidades psiquiátricas en hospitales generales y promover que los nuevos que se construyan, dediquen como mínimo el 5% de sus camas a la atención psiquiátrica.
3. Aumentar el número de camas para enfermos recuperables en hospi- tales regionales y estatales en un total de 800.
4. Construir albergues para enfermos irrecuperables en el D.F. y en las entidades federativas.
5. Construir talleres protegidos para la rehabilitación de pacien- tes psiquiátricos.

6. Descubrir y someter a tratamiento a pacientes epilépticos y - - otros con trastornos psíquicos y de conducta.
7. Crear un Centro de Integración Juvenil en cada una de las entidades federativas y en todas las poblaciones fronterizas.

METAS 1983.

1. Crear 28 nuevos servicios de psiquiatría comunitaria: 10 en el D.F. y 18 en las entidades federativas.
2. Incluir, en hospitales generales, anexos psiquiátricos que representen el 5% del total de las camas; dos en el D.F. y 14 en entidades federativas.
3. Crear tres hospitales regionales y tres estatales con un total de 2,700 camas para enfermos recuperables.
4. Construir once albergues para enfermos mentales irrecuperables con un total de 2,500 camas; dos para el D.F. y nueve foráneos.
5. Lograr que funcionen en todas las entidades federativas del - país, Centros de Integración Juvenil y unidades de urgencias - para la atención de casos de farmacodependencia.

6. Instalar 10 talleres protegidos para el D.F. y entidades federativas (114).

Por otra parte, para reforzar el cumplimiento de las metas anteriores y para dar respuesta al problema que siempre ha representado la falta de coordinación interinstitucional en el sector Salud en relación a sus diversas acciones asistenciales, se creó el Consejo Nacional de Salud Mental, quien en su fugaz existencia trató de ser el organismo rector y coordinador de las actividades asistenciales de Salud Mental en las diferentes dependencias oficiales y descentralizadas.

Sin embargo, al igual que lo observado en experiencias similares en el Sector Salud al tratar de actuar sobre este problema, -- las actividades de dicho Consejo presentaron grandes limitaciones impuestas principalmente por las características estructurales y -- los intereses de clase representados en las diversas instituciones que conforman el Sector como son la SSA, el IMSS y el ISSSTE.

Durante los años ochentas y formando parte del cambio estructural del Sector Salud, las actividades normativas de los servicios asistenciales de Salud Mental siguen el mismo rumbo dictado por la Descentralización y Modernización Administrativa.

(114) Dirección General de Salud Mental. Programa Nacional de Salud Mental. op. cit.

De esta manera, con el propósito de dar coherencia y congruencia a la prestación de estos servicios en las diversas instituciones públicas, en 1984 se suma a los ya existentes en el sector salud, el Grupo Interinstitucional en Salud Mental, quien al igual que los otros, su trabajo es guiado por los siguientes objetivos:

1. Generar elementos para la Planeación Nacional de la Salud (mental).
2. Proporcionar los fundamentos para la formulación, operación, control y evaluación de los programas institucionales de salud.
3. Contribuir a la generación de normas técnicas.

Como resultado del trabajo desarrollado por este grupo interinstitucional, así como de las aportaciones recogidas por las instituciones de otros sectores, se formuló el Programa de Salud Mental quien formando parte del Programa Nacional de Salud 1984-1988, participa de los siguientes principios rectores:

1. Expresar el esfuerzo conjunto y comprometido de las instituciones del Sector Salud.
2. Ser un marco normativo para los programas institucionales, conforme a las disposiciones legales aplicables.

3. Procurar, a través de la coordinación con las entidades federa-
tivas, que el Programa Sectorial de Salud se transforme en un
Programa Nacional a través de los convenios únicos de desarro-
llo (115).

De manera por demás escueta, el Programa de Salud Mental 1984-1988 describe la problemática imperante de los servicios asisten-
ciales de Salud Mental, el objetivo específico y las líneas estra-
tégicas de acción, los cuales en su conjunto distan de reflejar --
los principios rectores mencionados ya que de ninguna manera se -
evidencian los mecanismos instrumentales para su operación ni tam-
poco se establecen con claridad los mecanismos de coordinación in-
terinstitucional.

Ante la carencia de investigaciones epidemiológicas recientes
y confiables, la problemática reportada en dicho programa, es desa-
rollada, como ya es costumbre, extrapolando resultados de otros -
países, argumentando entre otras, las siguientes premisas:

- Existe una relación directa entre fenómenos migratorios y la apa-
rición de enfermedades mentales.
- Las fuentes de tensión se incrementan paralelamente a factores -
de industrialización.

(115) Soberón Acevedo G. y cols. {comp}. La Salud en México; Testi-
monios 1988. Tomo 1. Fundamentos del Cambio Estructural. pág.
77.

- Los problemas de Salud Mental aparecen con más frecuencia en las clases más desprotegidas.
- Una buena parte de las ausencias entre los obreros está ocasionada por padecimientos neuróticos incapacitantes.
- Entre los desempleados existe mayor prevalencia de neurosis, oligofrenias y psicopatías.
- Durante fenómenos de depresión económica, la psicosis y los suicidios aumentan ⁽¹¹⁶⁾.

Asimismo, se infiere que el uno por ciento de la población está seriamente afectada -y que en 1984 representaba aproximadamente una población de 760,000 personas- y que el diez por ciento de los individuos lo está en algún momento de su vida.

Se calcula también, que la frecuencia de las grandes psicosis funcionales es cercana al 1%, la del retraso mental al 3% y la correspondiente a la epilepsia es de entre el 1% y 2% de la población.

Por otra parte, se confirma el rezago existente en todo el país en relación a la prestación de los servicios de Salud Mental

(116) SSA. Programa Nacional de Salud 1984-1988. Programa de Salud Mental.

en el primero y segundo nivel de atención, y se enfatiza que a pesar de que tradicionalmente los recursos disponibles se han orientado básicamente a la creación y fortalecimiento de las unidades del tercer nivel, se observa aun una aguda insuficiencia de éstas, además de su deficiente distribución en todo el país, y que repercute consecuentemente en el número de camas psiquiátricas, así como en los recursos profesionales existentes.

Este panorama puede ser visto con mayor claridad en los siguientes cuadros estadísticos reportados en 1986 por la Dirección General de Salud Mental de la SSA.

UNIDADES Y SERVICIOS DE SALUD MENTAL SEGUN ESTADOS,
REGIONES Y NIVELES DE ATENCION
1 9 8 6

REGION/ESTADO	PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL	TOTAL
REGION I				
Baja California N.	-	2	-	2
Coahuila	-	-	1	1
Chihuahua	1	-	2	3
Nuevo León	1	-	2	3
Tamaulipas	-	1	1	2
Sonora	1	1	2	4
Subtotal:	3	4	8	15

	PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL	TOTAL
REGION II				
Aguascalientes	1	-	-	1
Baja California S.	-	1	-	1
Durango	-	1	1	2
San Luis Potosí	1	-	1	2
Sinaloa	1	-	1	2
Zacatecas	-	-	-	-
Subtotal:	3	2	3	8
REGION III				
Colima	-	1	-	1
Guanajuato	-	-	2	2
Jalisco	1	-	2	3
Michoacán	-	-	1	1
Nayarit	-	-	-	-
Querétaro	-	-	-	-
Subtotal:	1	1	5	7
REGION IV				
Distrito Federal	24	8	3	35
Guerrero	1	1	-	2
Hidalgo	-	-	1	1
México	-	1	3	4
Morelos	-	-	-	-

	PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL	TOTAL
Puebla	1	-	2	3
Tlaxcala	-	-	-	-
Veracruz	-	1	2	3
Subtotal:	26	12	11	49
REGION V				
Campeche	-	-	1	1
Chiapas	-	-	-	-
Oaxaca	-	-	1	1
Quintana Roo	-	-	-	-
Tabasco	-	-	1	1
Yucatán	-	-	1	1
Subtotal:	0	0	4	4
TOTAL:	33	19	31	83 (117)

En 1986, los servicios de Salud Mental en sus distintos niveles de atención ubicados en el Distrito Federal, comprendían al 42% del total existente en todo el país y de igual manera, la región en la cual se encuentra ubicado poseía el 78% de los servicios de primer nivel, el 63% de los de segundo nivel y el 35% de los de tercer nivel de atención; situación que comparada con las demás regiones observa enormes diferencias sobre todo en el primer y segundo niveles.

(117) Dirección General de Salud Mental. Inventario de Recursos para la atención a la Salud Mental de la población abierta. 1986.

Asimismo, a nivel estatal, la distribución de dichos servicios evidencia mayores problemas ya que el 69% de los estados carecen de servicios de primer nivel, el 71% no cuenta con servicios de segundo nivel, el 37% no posee atención del tercer nivel y el 22% carece de todo tipo de servicio en salud mental.

RECURSOS CAMA EN HOSPITALES FEDERALES Y
ESTATALES CON SUBSIDIO DE LA S.S.A.

(Cuadro Comparativo)

REGION:	1979	1986
I. Baja California N.	344	258
Sonora		
Baja California S.		
II. Chihuahua	530	424
Coahuila		
Nuevo León		
Tamaulipas		
Durango		
III. Zacatecas	60	90
San Luis Potosí		
Aguascalientes		

REGION	1979	1986
IV. Nayarit	705	1005
Jalisco		
Guanajuato		
Michoacán		
Colima		
V. Hidalgo	4052	3447
Tlaxcala		
Puebla		
Morelos		
Edo. de México		
Querétaro		
Guerrero		
Distrito Federal		
VI. Oaxaca	250	250
Veracruz		
Tabasco		
Chiapas		
VII. Yucatán	300	206
Campeche		
Quintana Roo		
T O T A L:	6241	5680 ⁽¹¹⁸⁾

(118) Dirección General de Salud Mental. Documento citado.

El número de camas psiquiátricas existentes en 1986 disminuyó en un 9% y 4% con respecto a las observadas en 1967 y 1979 respectivamente, en donde el 60% de ellas siguió concentrada en la región central del país (región V), mientras que en el sur y suroeste del país (regiones VI y VII) así como en los estados de Zacatecas, San Luis Potosí, Baja California Norte y Sur, Tamaulipas y Michoacán, disponen en promedio de menos de 100 camas.

Asimismo, como resultado del decremento de camas psiquiátricas y del crecimiento demográfico, el índice de camas psiquiátricas por habitante ha sufrido incrementos significativos que para 1986 representó la relación de una cama por cada 8,881 habitantes para el Distrito Federal y estados circunvecinos, y para algunas regiones del país estos índices llegaron a rebasar en mucho la proporción de una cama por cada 10,000 habitantes recomendada por la Organización Mundial de la Salud, como se puede observar en el siguiente cuadro:

TOTAL NACIONAL DE CAMAS PARA HOSPITALIZACION
PSIQUIATRICA (119)

REGION:	CAMAS FEDERALES:	CAMAS ESTATALES:	CAMAS PRIVADAS:	TOTAL CAMAS:	CAMAS POR HABITANTE:
I	224	120	0	344	1/14,036
II	0	530	240	770	1/11,746
III	0	60	0	60	1/55,315
IV	0	705	520	1,225	1/9,355
V	3,932	120	735	4,787	1/5,453
VI	250	0	0	250	1/44,115
VII	0	300	0	300	1/5,386
TOTAL:	4,406	1,835	1,495	7,736	1/8,713

Es notable también, la carencia hasta 1986 de camas psiquiátricas federales en 4 de las 7 regiones establecidas por la Dirección General de Salud Mental, en las cuales quedan comprendidos - prácticamente el 50% de los estados de la República cuyos servicios psiquiátricos eran de origen estatal y privado.

En lo que respecta a los recursos humanos de carácter técnico y profesional encargados de prestar directamente los servicios de atención en el ámbito de la Salud Mental, su situación no es menos

(119) Dirección General de Salud Mental. documento cit.

desalentadora que la que guardan los servicios mismos, y que en todo caso ha sido derivadas de las determinaciones que la práctica asistencial de la Salud Mental y el mercado de trabajo imponen a la formación de recursos humanos.

Dentro de estas determinaciones, asume un papel fundamental, la organización de los servicios, los cuales al dirigir su atención a la enfermedad y no a la salud mental misma, depositan en el psiquiatra la responsabilidad de las acciones, al mismo tiempo que marginan y menosprecian el papel que pueden y deben jugar otros profesionales y técnicos de la salud como el psicólogo, la trabajadora social y la enfermera psiquiátrica, quienes no obstante estar considerados normativamente dentro del equipo interdisciplinario indispensable en la prestación de los servicios de salud mental, en la realidad existen grandes carencias de estos profesionales en unos casos y desproporciones en otros, según sea el nivel de atención de que se trate.

Con respecto a los servicios de Psiquiatría y Salud Mental en el Instituto Mexicano del Seguro Social, acordes con las políticas nacionales de descentralización y regionalización, éstos observaron al inicio de la década de los ochentas, un desarrollo como nunca antes desde su fundación habían tenido.

A partir de una fase preliminar que se verificó durante 1983 y 1984, se procedió a la estructuración del Plan General de Psi-

quiátria y Salud Mental, el cual establece una serie de estrategias generales que sirven de guía y marco de referencia para la elaboración de los programas locales y para regular la participación de las distintas regiones (120).

A su vez, el plan pretende propiciar la consolidación de la integración de la Psiquiatría dentro del ámbito de la medicina general considerando para ello cinco áreas de acción institucional:

a) Psiquiatría Preventiva. Consiste en el conjunto de actividades de atención primaria de la salud mental tendentes a propiciar el desarrollo de una cultura de autoasistencia individual, familiar y comunitaria con el objeto de que la población educada intervenga por su cuenta en cinco funciones básicas:

1. La promoción.
2. La preservación de la salud.
3. El autodiagnóstico.
4. El autotratamiento de formas clínicas no complicadas.
5. El uso oportuno y racional de los servicios de atención psiquiátrica.

b) Psiquiatría en el primer nivel de atención se refiere a las acciones que en primer término llevan a cabo los médicos familia-

(120) Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS. "Plan General de Psiquiatría y Salud Mental". 1987.

res quienes mediante cursos de capacitación continua, se hacen cargo del diagnóstico y tratamiento de los casos leves moderados que requieren de intervenciones sencillas pero efectivas.

c) Psiquiatría de enlace (de) segundo y tercer niveles de atención). Comprenden las acciones que llevan a cabo los especialistas en Salud Mental de los hospitales generales y de especialidades, para resolver sobre:

- Las interurrencias Psiquiátricas (Primarias y Secundarias) de otros problemas médicos.
- Las urgencias Psiquiátricas que cuiden directamente al hospital.
- Las interurrencias médicas que se presentan en pacientes psiquiátricos y que requieren de los servicios del hospital general o de especialidades.

d) Hospitalización Psiquiátrica se refiere a las acciones curativo-rehabilitatorias que se dirigen a los enfermos mentales, cuya atención requiere de servicios para internar temporalmente a pacientes.

- e) Atención psiquiátrica del enfermo crónico, comprende los servicios de hospitalización parcial (de día, de noche o de fin de semana) a los enfermos mentales crónicos en periodo de control así como de aquellos que requieren periodos de hospitalización de largo plazo o incluso de custodia.

Para estos últimos es conveniente precisar que se pretende mantener la subrogación de servicios bajo la supervisión sistemática del IMSS, mientras no se establezca otra política al respecto.

Asimismo, para atender los problemas de Salud Mental comprendidos en las 5 áreas de acción institucional mencionadas, el IMSS conformó un modelo operativo integrado de atención médico-psiquiátrica a partir de dos esquemas complementarios:

- a) Social-epidemiológico, el cual analiza las necesidades sociales de Salud Mental detectadas, que afectan al mayor número de personas, dirigiendo sus esfuerzos a aquellos sectores de las comunidades en donde se identifican factores de riesgo o manifestaciones incipientes de trastornos mentales reconocibles.
- b) Curativo-rehabilitatorio, el cual da mayor importancia a aquellos tipos de trastornos mentales que producen episodios críticos tanto en el paciente como en su familia.

A su vez, este modelo delimita de manera general las fronteras de la responsabilidad profesional y los espacios convencionales establecidos para diferenciar las acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación a realizarse en los distintos niveles de atención, en los que se da importancia a la integración multidisciplinaria del equipo psiquiátrico como recurso humano fundamental.

En cuanto al Recurso Terapéutico, éste está constituido por la terapia denominada de "Múltiple Impacto", la cual asociada o no a los psicofármacos, consiste en el empleo de las diversas técnicas psicoterapéuticas existentes en el análisis y la modificación conductual así como en la aplicación de terapias tradicionales como: ocupacionales, recreativas, culturales y de capacitación para el trabajo.

En suma, dentro del Marco Normativo conceptual de la atención Médico-Psiquiátrica en el IMSS, se resta importancia al hospital psiquiátrico como centro de todas las acciones para redistribuirlas en la organización por niveles de atención.

La primera comprende a los recursos físicos por región, la cual en 1987 ya tenía en operación tres hospitales psiquiátricos regionales, dos de ellos ubicados en la Ciudad de México sumando 162 camas, y uno en la Ciudad de Monterrey con 70 camas.

En cuanto a los servicios de hospitalización psiquiátrica del Modelo 20⁽¹²¹⁾ se encontraba en operación el Hospital Psiquiátrico Niños Héroes de la delegación 4 del Valle de México y estaban por iniciar operaciones al corto plazo las siguientes delegaciones: Estado de México, en el Hospital Gustavo Baz, León, Gto., en el Hospital General de Zona 21; Guadalajara, Jal., en el Hospital de --- zona (circunvalación); Torreón, Coah., en el Hospital de Especialidades 71; Veracruz, en el Hospital de Especialidades 14; Mérida, Yuc., en el Hospital de Especialidades 1; y Ciudad Obregón, Son., en el Hospital de Especialidades.

Los servicios de hospitalización psiquiátrica modelo 2 en el segundo y tercer niveles de atención, cuentan con una red de recursos directos constituida por 65 servicios ubicados en hospitales - generales y de especialidades⁽¹²²⁾.

La segunda etapa para satisfacer los recursos físicos y humanos necesarios se pretende lograr gradualmente con base en índices de demanda efectiva sonal, delegacional, hasta obtener la autosuficiencia para atender el 90% de los casos, cuya estimación a nivel nacional aparece reflejada en los siguientes cuadros:

(121) Instalación de 20 camas para resolver problemas psiquiátricos de una delegación o de una región, se incluye en un Hospital General de zona o en un Hospital de Especialidades.

(122) Consiste en la adaptación de un cuarto en los hospitales generales con medidas de seguridad y con capacidad de 2 camas para la atención de enfermos con intercurrencias o urgencias psiquiátricas.

DEMANDA POTENCIAL OBTENIDA A PARTIR DEL NUMERO DE CASOS
DE PRIMERA VEZ REPORTADOS POR EL SUI. (123)

E S T A D O	TOTAL DE CASOS DE TECTADOS	No. DE CASOS 36.6%	NUMERO DE CASOS		DEFINITIVOS 10.4*
			LEVES 22%	MODERADOS 30.5%	
1. Aguascalientes,	36,119	13,220	8,127	11,016	3,756
2. Baja Calif. N.	56,812	20,793	12,783	17,328	5,908
3. Baja Calif. S.	19,465	7,124	4,380	5,937	2,024
4. Campeche.	22,008	8,055	4,952	6,712	2,289
5. Coahuila.	149,763	54,813	33,697	45,678	15,575
6. Colima.	60,158	22,018	13,536	18,348	6,256
7. Chiapas.	19,564	7,160	4,402	5,967	2,035
8. Chihuahua.	105,858	38,744	23,818	32,287	11,009
10. Durango.	52,350	19,160	117,779	15,967	5,444
11. Guanajuato.	82,290	30,118	18,515	25,098	8,558
12. Guerrero.	52,954	19,381	11,915	16,151	5,507
13. Hidalgo.	34,344	12,750	7,727	10,475	3,572
14. Jalisco.	297,571	108,911	66,953	90,759	30,947
16. Edo.de Méxco.	359,911	131,727	80,980	109,773	37,431
17. Michoacán.	67,512	24,709	15,190	20,591	7,021
18. Morelos.	61,347	22,453	13,803	18,711	6,380
19. Nayarit.	8,419	3,081	1,894	2,568	876
20. Nuevo León.	201,723	73,831	45,388	61,526	20,979
21. Oaxaca.	44,937	16,447	10,111	13,706	4,673
22. Puebla.	104,473	38,237	23,506	31,864	10,865
23. Querétaro.	40,139	14,691	9,031	12,242	4,174
24. Quintana Roo.	17,865	6,539	4,020	5,449	1,858
25. San Luis Potosí.	76,717	28,078	17,261	23,399	7,979
26. Sinaloa.	91,012	33,310	20,478	27,759	9,465
27. Sonora.	88,345	32,334	19,878	26,345	9,188
28. Tabasco.	36,562	13,382	8,228	11,151	3,802
29. Tamaulipas.	110,392	40,403	24,838	33,670	11,481
30. Tlaxcala.	36,051	13,195	8,111	10,996	3,749
31. Veracruz Nte.	126,600	46,336	28,485	38,613	13,166
32. Veracruz Sur.	102,060	37,354	22,964	31,128	10,614
33. Yucatán.	83,603	30,599	18,811	25,499	8,695
34. Zacatecas.	34,851	12,755	7,841	10,630	3,625
35. D.F. Deleg:					
Noroeste(1)	99,576	36,445	22,405	30,371	10,356
36. Noreste (2)	79,917	29,250	17,981	24,375	8,311
37. Suroeste(3)	73,671	26,964	16,576	22,470	7,662
38. Sureste (4)	99,774	36,517	22,449	30,431	10,376
TOTAL NIVEL NAC.	3'034,713	1'110,705	682,810	925,587	315,610

(123) El análisis se efectuó utilizando indicadores de prevalencia provenientes del estudio epidemiológico efectuado en la coordinación de Psiquiatría y Salud Mental de la Subdirección General Médica del IMSS.

E S T A D O	OFERTA REAL DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD MENTAL (CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA)		OFERTA REAL DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD MENTAL PARA HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA.		POBLACION DERECHO- HABIENTE USUARIA.
	PSIQUIA TRIA	PSICO LOGO.	PSIQUIA TRIA.	PSICO LOGO.	
1. Aguascalitnes.	1	2			257,233
2. Baja Calif. Nte.	2	6			499,110
3. Baja Calif. Sur.	0	0			85,694
4. Campeche.	1	0			119,968
5. Coahuila.	6	3			994,258
6. Colima.	1	1			132,611
7. Chiapas.	1	1			222,545
8. Chihuahua.	4	3			900,814
10. Durango.	1	1			354,000
11. Guanajuato.	5	2			812,382
12. Guerrero.	1	1			249,961
13. Hidalgo.	1	1			266,733
14. Jalisco.	9	8	9	7	1'786,726
16. Edo. de México.	6	3			2'354,324
17. Michoacán.	2	1			528,221
18. Morelos.	2	1			306,127
19. Nayarit.	1	0			211,636
20. Nuevo León.	7	7	10	5	1'447,383
21. Oaxaca.	1	0			233,020
22. Puebla.	4	9			668,779
23. Querétaro.	1	1			343,538
24. Quintana Roo.	0	0			115,484
25. San Luis Potosí.	3	2			416,098
26. Sinaloa.	3	2			770,628
27. Sonora.	4	0			695,410
28. Tabasco.	1	1			156,825
29. Tamaulipas.	5	1			697,936
30. Tlaxcala.	0	0			145,775
31. Veracruz Norte.	5	5			687,127
32. Veracruz Sur.	3	3			562,946
33. Yucatán.	4	0			466,313
34. Zacatecas.	1	0			155,041
35. D.F. Deleg:					
Noroste(1)	3	11			763,298
36. Horeste (2)	10	12	21	10	776,796
37. Suroeste(3)	18	19	12	17	753,891
38. Sureste (4)	10	16	6	2	763,555
TOTAL NIVEL NACIONAL	127	123	58	41	

C O N C L U S I O N E S

Dentro del apartado metodológico, se plantearon tres hipótesis fundamentales sobre las cuales se basó el desarrollo del presente estudio. A continuación trataré de responder a cada una de ellas apoyándome en las premisas teóricas consideradas así como en el análisis histórico mismo.

- a) El inicio de la intervención estatal en la producción de los servicios de atención médica como una de sus actividades en el ámbito del bienestar social, coincide con el desarrollo del capitalismo en México.

Esta hipótesis parece confirmarse y es comúnmente aceptada no tan sólo para el caso de México sino para el desarrollo del capitalismo en el mundo occidental cuyo florecimiento sucedió entre los siglos XVIII y XIX con el embate de la Revolución Industrial a partir de la cual tanto la clase obrera como los dueños de los medios de producción y el Estado, requerían por razones contradictorias pero complementarias de una organización contra la enfermedad que garantizara la supervivencia del trabajador y su familia y, al mismo tiempo, contribuyera a la reproducción y a la productividad de la mano de obra.

De esta manera se plantea la necesidad de una "Medicina Pública" que se haga cargo de estas funciones asistenciales que po-

sibilitarian una vía de desarrollo y para muchos de legitimación del sistema dominante.

En el caso de México el triunfo del liberalismo y las leyes de Reforma plasman en los hechos esta situación.

b) El horizonte histórico de los servicios de Salud Mental han observado un centralismo administrativo que ha recaído en las instituciones públicas de salud más desfavorecidas económicamente, lo cual ha reflejado una política discriminatoria hacia dichos servicios determinando así, ineficiencia, falta de atención y desprotección de amplios sectores de la población.

Como resultado del análisis documental realizado y las estadísticas obtenidas, no es difícil dar cuenta de lo anterior.

A partir de la creación de la Beneficencia Pública, se crean las bases de dicho centralismo, el cual claro está no era exclusivo de los servicios psiquiátricos, sino que se extendía a los servicios de salud en general; sin embargo los recursos y condiciones con las que operaban las instituciones manicomiales a finales del siglo XIX y principios del presente eran lamentables.

Con la creación del Manicomio General de la "Castañeda" con proyección nacional se refuerza aún más esta tendencia propician-

do condiciones de hacinamiento y deficiencia de servicios, ante la carencia de atención Psiquiátrica en la mayor parte del país, cuya situación no sufrió cambios significativos una vez concluido el proyecto hospitalario denominado "Operación Castañeda" el cual tuvo un costo elevado equivalente a su fracaso Terapéutico y Rehabilitatorio.

Asimismo, en el momento en que la intervención estatal en la atención médica se caracteriza por una organización propia y su articulación con el modelo de desarrollo del país, ésta se expresa en el surgimiento de instituciones como la Secretaría de Salud y Asistencia para población abierta así como de seguridad social cuya racionalidad económica presenta grandes diferencias en función de una lógica de productividad más que en un derecho a la salud. Dentro de esta lógica, la atención al enfermo mental sigue siendo percibida como una obra de beneficencia antes que un problema de salud, cuya mayor responsabilidad en todo caso ha recaído en la institución a la cual se le atribuye la asistencia pública (Secretaría de Salud), como si la enfermedad mental fuera exclusiva de la pobreza y las clases sociales más desprotegidas, llegando a ser considerada por Eduardo L. Menéndez como "una suerte de comportamiento estanco respecto de otras clases sociales así como del conjunto de las enfermedades" (124).

(124) Menéndez L. Eduardo. Cura y Control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica. pág. 21.

c) Este centralismo se extiende hacia el área teórica y profesional del campo institucional de la salud mental en donde se manifiesta el predominio del modelo Médico-Psiquiátrico en las políticas y programas de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación basadas en el desarrollo de una concepción sintomática de la enfermedad y en la prescripción farmacológica, cuya proliferación responde a una estructura social generadora de enfermedad mental y de etiquetamiento.

El predominio del Modelo Médico en el tratamiento de las enfermedades mentales en realidad no se encuentra asociado con el surgimiento de la Psiquiatría como especialidad médica pero si se consolida a partir de ello; sin embargo, esta consolidación no se debió únicamente a que haya incursionado, a través de método "científico" al conocimiento y tratamiento de las patologías mentales sino que gracias a su relativa efectividad terapéutica cumplía además con funciones de control que a pesar de ser negada por los sectores oficiales, ha permeado la práctica psiquiátrica institucional desde el nacimiento de los asilos o manicomios hasta los movimientos de Salud Mental comunitaria, independientemente de las diferencias que en el ámbito del tratamiento y de la rehabilitación representaron en su momento ambas posturas.

La apertura de la práctica psiquiátrica hacia la sociedad, fue otro de los aspectos que contribuyeron a dicho predominio ya que su profesionalización se extendió fronteras teóricas e ideo-

lógicas de difícil precisión en donde convergen una gran variedad de corrientes y disciplinas para explicar la patología mental. Para salvar este escollo en su poder e identidad, el modelo médico fue el único que le aseguraba su único y verdadero fundamento original, reforzado sobre todo con la proliferación de la terapéutica farmacológica, cuyo valor en la actualidad queda en la mayoría de los casos restringido a la atenuación sintomática de la enfermedad, lo cual desde el punto de vista productivo adquiere relevancia social, constituyendo así la racionalización para el reconocimiento del psiquiatra como el profesional más indicado para la dirección en todos sus niveles estructurales de los servicios de salud mental dentro de las instituciones públicas.

Como hemos podido observar a lo largo de este estudio, el proceso de desarrollo de los servicios asistenciales de salud mental ha estado marcado dentro de pautas o directrices que van del plano individual supuestamente objetivo y a-ideológico, al socio-cultural el cual ha conducido al profesional en salud mental a intentar conocer y valorar no sólo al enfermo sino a la comunidad o sociedad a la cual pertenece.

En el contexto actual, México vive un momento en que la apertura democrática y la participación ciudadana se convierten en el motor fundamental para la solución de gran parte de los problemas nacionales entre los que destaca la salud, la cual administra

tivamente desde principios de los ochentas sufre un proceso de reestructuración y descentralización tendiente a promover la participación comunitaria en la práctica de la salud ante la carencia de recursos profesionales disponibles para la atención médica, buscando con ello abatir daños, extender coberturas y abaratar costos.

Sin embargo, este planteamiento no es nuevo para los servicios asistenciales de salud mental, quienes en los años setentas fueron impulsados oficialmente dentro del programa denominado "Salud Mental Comunitaria", el cual redundó en la operación de un modelo médico-psiquiátrico pseudosocializado y en el fortalecimiento de la psiquiatría con base en la prescripción farmacológica masiva, y que debido a problemas presupuestales vino a menos hasta casi quedar en el olvido.

En el presente, se ha resucitado este enfoque de servicio con gran apoyo político dentro del Sector Salud cuyos logros hasta el momento no son los esperados en vista de la falta de instrumentos efectivos de participación para encauzar la acción comunitaria.

Para finalizar, quiero manifestar que estas consideraciones no pretendieron agotar de ninguna manera el tema revisado sino -- más bien trataron, de manera introductoria, delimitar ámbitos de discusión y análisis en donde el psicólogo clínico como profesio-

nal de la Salud Mental debe tener mayores espacios de decisión política y profesional de los que le son atribuidos en las instituciones de Salud Mental; situación que de manera análoga quiero - ejemplificar con un relato anecdótico comentado por el Doctor Fernando Martínez Cortés⁽¹²⁵⁾, en donde nos hace saber que la Medicina Científica en el siglo XIX surgió de la propuesta que el sabio Laplace hizo a Napoleón en el sentido de que la "Academia de Ciencias de París admitiese a los médicos para ver si algo aprendían" a pesar de que algunos de ellos se hallaban ya en plena labor científica.

Algo similar le ocurre en la actualidad al Psicólogo Clínico en el ámbito profesional de la Salud Pública, en donde la Psiquiatría como especialidad médica ha predominado desde principios de siglo en el establecimiento de planes y políticas asistenciales - (a pesar del desarrollo obtenido por la Psicología Clínica en aspectos relacionados con el Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación), y por consiguiente en el manejo ideológico de su desarrollo histórico.

Dicho predominio ha establecido también, un distanciamiento entre las necesidades percibidas por los administradores de la Salud Mental y las características profesionales del Psicólogo Clínico.

(125) Martínez Cortés Fernando. "La Medicina Científica y el Siglo XIX Mexicano, pág. 7-8.

nico; situación que ha repercutido en la devaluación de su trabajo profesional en los escenarios asistenciales del Estado, cuya presencia y participación se encuentra muy limitada.

Sin embargo, es precisamente dentro de estas limitaciones de donde deberá surgir y plantearse la posibilidad transformadora de la actividad profesional del Psicólogo Clínico en el ámbito de la Salud Mental y de la sociedad en su conjunto, buscando dentro de la pluralidad teórico-Profesional, un mayor acercamiento a la -- identificación y solución de los problemas de Salud Mental de la población.

BIBLIOGRAFIA

- Abadiano Juan. "Informe que como Secretario de la Junta de Beneficencia rindió sobre los actos de ésta el 31 de diciembre de 1877". En La Beneficencia Pública en el Distrito Federal. Tomo 1, No. 3, Mexico, Noviembre de 1926.
- Aguirre Beltrán Gonzalo. "Prólogo a la obra de Francisco Flores". "Historia de la Medicina en México. Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS, México, 1982.
- Allodi A. Federico. "La Evolución del Hospital Psiquiátrico en Estados Unidos y Canadá". Bol. Of. San Pan. 81(2) 139-137. - Washington, D.C. 1976.
- Almada Bay Ignacio. Salud y Crisis en México. Textos para un debate. Ed. Siglo XXI, México, 1990.
- Alvarez Alejandro. La Crisis Global del Capitalismo en México. - 1968/1985. ERA. México, 1987.
- Alvarez Amézquita, José et al. Historia de la Salubridad y la Asistencia en México. 4 Vol. Secretaría de Salubridad y Asistencia, SSA, México. 1960.
- Andrade José Ma. "Informe sobre los establecimientos de Beneficencia y Corrección de esta Capital; su estado actual; noticia de sus fondos; Reformas que desde luego necesitan y Plan General de su Arreglo". Redactado por Joaquín García Icazbalceta e impreso por Luis García Pimentel en 1907. La Beneficencia Pública en el Distrito Federal. Tomo 1, No. 3, México, Noviembre de 1926.
- Archivo Histórico de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Fondo: Beneficencia Pública, Sección: Establecimientos Hospitalarios, Serie: Hospital San Hipólito, Expedientes: 30, 26, 13 y 2; Fecha: 1878, 1890, 1901 y 1905; Folio: 7, 5, 6 y 3 respectivamente.
- Basañez Miguel. El Pulso de los Sexenios. 20 años de Crisis en México, Ed. Siglo XXI. Mexico, 1990.
- Berkstein Kanarek, Celia. El Hospital del Divino Salvador. Tesis Profesional. Lic. en Historia. Fac. de Filosofía y Letras. - UNAM. 1981.
- Bloch Marc. Introducción a la Historia. Fondo de Cultura Económica, México, 1972.

- Bustamante E. Miguel. La Salud Pública en México. 1959-1982. Secretaría de Salubridad y asistencia, SSA. México, 1982.
- Cabildo Arellano, Héctor M. "Consideraciones sobre el problema de Salud Mental en México" Salud Pública en México. Epoca V, Vol. IX, No. 4, Jul.-Agost. 1967.
- Calderón Narváez, Guillermo. "Aztecas, Mayas y Psiquiatría". Rev. Fac. Med. México. Vol. XV, No. 3, 1972 (253-255).
- Calderón Narváez, Guillermo. "Actividades desarrolladas en México en relación con la Salud Mental. Salud Pública de México. Epoca V, Vol. IX, No. 4, Julio-Agosto de 1967.
- Calderón Narváez, Guillermo. Salud Mental Comunitaria. Un Nuevo Enfoque de la Psiquiatría. Ed. Trillas, México, 1984.
- Caballero Salazar, Patricia; Cervantes Gallaga, Luis E.; Rodríguez Buendía Manuel. Un Modelo de Reeducación para Pacientes Mentales Crónicos Hospitalizados. Tesis Profesional. Lic. en Psicología, Fac. de Psicología, UNAM, 1981.
- Córdova Arnaldo. La Ideología de la Revolución Mexicana. La Formación del Nuevo Régimen. Instituto de Investigaciones Sociales UNAM, ERA. México, 1988.
- Corro León Javier. "El Bisturí modifica conducta". Información - Científica y Tecnológica. Vol. 7, No. 101, Febrero de 1985.
- Cosío Villegas, Daniel. Historia Moderna de México. El Porfiriato: Vida Económica, Ed. Hermes, México, 1965.
- De la Fuente, Ramón. "Psiquiatría: Perspectiva Histórica". En Sobrón Acevedo Et. Al. La Salud en México: Testimonios 1988. Tomo III, vol. 3, Fondo de Cultura Económica, México, 1988.
- De la Peña Sergio. "El Surgimiento del Capitalismo Monopolista de Estado en México". Historia y Sociedad. Segunda Epoca. No. 17 1978.
- De la Peña Sergio. La Formación del Capitalismo en México. México, Siglo XXI, 1975.
- Dirección General de Salud Mental, SSA. Programa Nacional de Salud Mental. 1974-1976, 1977-1983, México.
- Dirección General de Salud Mental, SSA. Inventario de Recursos para la Atención a la Salud Mental de la Población Abierta. México, 1986.
- Flores Chavez, J. Salud y Enfermedad Mental en la Cultura Azteca. Tesis Profesional. Lic. en Psicología. Fac. de Psicología. - UNAM, 1977.

- Florescano Enrique y Gil Sánchez J. "La época de las Reformas Borbónicas y el crecimiento Económico. 1750-1808". En Historia - General de México. Tomo I. El Colegio de México/Harja, México 1988.
- Goffman Erving. Internados. Ensayos sobre la Situación de los Enfermos Mentales. Amorrortu, Buenos Aires, 1970.
- González Uzcategui, René. "Salud Mental en América Latina: Problemas y Perspectivas". Bol. de la Of. San Pan. 81:2 (93-108).
- Guevara Oropeza, Manuel. "La Asistencia Psiquiátrica en el Distrito Federal". Documento mimeografiado, Archivo Histórico de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. 1942.
- Guevara Oropeza, Manuel. "Anteproyecto enviado al C. Secretario de Asistencia Pública, sobre la posible reestructuración del Manicomio General". Archivo Histórico de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, México. 1942.
- Hernández Llamas Héctor. "Historia de la participación del Estado en las Instituciones de Atención Médica en México. 1935-1980" En Salud y Crisis en México, Aldama Bay Ignacio, (comp), Ed. Siglo XXI, México, 1990.
- Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS. "Plan General de Psiquiatría y Salud Mental. 1987.
- Kraepelin, Emil. "Diagnóstico de la Neurastenia" Escuela de Medicina. Vol. XVIII, México, 1903.
- Levison Daniel J. Sociología del Enfermo Mental. Ed. Amorrortu, - Buenos Aires, 1977.
- Leyva José Angel. "El brazo corto de la Medicina". Información - Científica y Tecnológica. CONACYT, México, Febrero de 1985, - Vol. 7, No. 101.
- López Acuña, Daniel. La Salud desigual en México. Ed. Siglo XXI, - México, 1980.
- López Cervantes Malaquías. "El uso de la mortalidad para la planeación de los servicios de salud: El caso de México". Art. - mimeografiado, El Colegio de México, s/f.
- López Elizondo, Carlos. "La Asistencia Psiquiátrica en el Instituto Mexicano del Seguro Social". Salud Pública de México. Epoca V, Vol. IX. No. 4, Jul.-Agost. 1967.
- Macedo S. Miguel. "La Asistencia Pública en México hasta 1900". En México su Evolución Social.

- Martínez Cortés Fernando. La Medicina Científica y el Siglo XIX Mexicano. La Ciencia desde México, No. 45 México, ed. SEP/FCE. CONACYT. 1987.
- Martin Cherryl English. The San Hipolito Hospitals of Colonial Mexico. 1956-1702. Tesis (Doctor of Philosophy) Tulane University, 1976.
- Mazzaferry Anthony J. Public Health and Social Revolution in Mexico 1877-1930. Tesis (Doctor of Philosophy) Kent State University 1968.
- Martínez Nicolás. "Informe rendido como director del Manicomio General de Mixcoac" 1926. Revista de la Beneficencia Pública en el Distrito Federal. Tomo I, No. 3, Noviembre de 1926.
- Montaña Luis. El Hipocratismo en México. Reproducción facsimilar -- por Izquierdo J. J. México. Imprenta Universitaria. 1955.
- Marcos Sylvia, et. al. Dossier México. Sobre alternativas a la Psiquiatría. Nueva Sociología, México, 1982.
- Menéndez I. Eduardo. "Continuidad y Discontinuidad del proyecto Sanitarista Mexicano. Crisis y Reorientación Neoconservadora". En Alameda Bay Ignacio. Salud y crisis en México. Textos para un debate. Ed. Siglo XXI. México, 1990.
- Menéndez I. Eduardo. Cura y Control. La apropiación de lo social por la práctica Psiquiátrica. Ed. Nueva Imagen, México, 1979.
- Mercado, Rubén. "Opciones Terapéuticas. Electrochoques, gas y fármacos". Información Científica y Tecnológica, CONACYT. México Febrero de 1985. Vol. 7, No. 101.
- Meyer Lorenzo, "La Encrucijada". En Historia General de México. - Tomo II, El Colegio de México/Haria, México, 1988.
- Millán Alfonso. "Radical Transformación en el Manicomio General de Mixcoac". En Asistencia. No. 45, Pág. 14-20, 1938.
- Moreno Cueto et. al. Sociología Histórica de las Instituciones de Salud en México. Colección: Salud y Seguridad Social. Serie: Manuales Básicos y Estudios. Instituto Mexicano del Seguro Social. IMSS., México. 1982.
- Muriel Josefina. Hospitales de la Nueva España. Ed. Jus, México, 1960.

- Muriel Josefina. "Hospitales para Enfermos Mentales en la Colonia" Salud Pública de México. Época V Vol. II No. 3.
- Ortiz Quezada, Federico. "La Ceremonia más cruel" En el Buho. Suplemento Dominical del Excelsior. México, 24 de septiembre de 1989.
- Patiño Rojas José y Sierra Macedo I. "Cincuenta años de Psiquiatría en el Manicomio General". Documento mimeografiado, 1960. Archivo Histórico de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- Peza Juan de Dios. "La Beneficencia Pública. en la Beneficencia Pública en el Distrito Federal. Tomo I. México. Nov. 1926. No. 3."
- Postel Jacques y Quétel Claude. Historia de la Psiquiatría. Fondo de Cultura Económica, México, 1987.
- Pucheu Regis, Carlos. "Definiciones y conceptos de Rehabilitación" Trabajo presentado en el Simposio Rehabilitación Médica. Instituto Sintex, México, D.F., Mayo de 1981.
- Ramírez Moreno, Samuel. La Asistencia Psiquiátrica en México. Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1950.
- Ramírez Moreno, Samuel. "Informe de Labores desarrolladas por el Departamento de Asistencia Neuropsiquiátrica durante 1948". Salubridad y Asistencia. Tomo I, No. 1, 1949.
- Río Lugo Norma Alicia. Hospital de día y sus alternativas en México. Tesis Profesional. Lic. en Psicología. Fac. de Psicología UNAM. 1979.
- Rivera y Cambas, Manuel. "México Pintoresco, Artístico y Monumental". En La Beneficencia Pública en el Distrito Federal. Tomo 1, México, Noviembre de 1926, No. 3.
- Rodríguez Ajénjo, Carlos. "La Psiquiatría Mexicana: imposibilidades de un cambio. Salud Mental.
- Rodríguez Ajénjo, Carlos. "El Quehacer Psiquiátrico Mexicano". en Antipsiquiatría y Política. Sylvia Marcos (comp). Ed. Extemporáneos. México, 1984.
- Semo, Enrique. Historia Mexicana. Economía y Lucha de Clases. ERA México, 1978.
- Soberón Acevedo, Guillermo, et. Al. La Salud en México: Testimonios 1988. 4 tomos. Fondo de Cultura Económica, México, 1988.

- Scheff Thomas. El Rol del Enfermo Mental. Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1971.
- Solis, Leopoldo. La Realidad Económica Mexicana: Retrovisión y - Perspectivas. Ed. Siglo XXI. México, 1981.
- Somolinos D'Ardois, German. Historia de la Psiquiatría en México. SEP, Setentas, México, 1976.
- Somolinos D'Ardois, German. Capítulos de Historia Médica Mexicana. Relación y Estudio de los impresos médicos mexicanos redactados y editados desde 1521 a 1618. México, Sociedad Mexicana - de Historia y Filosofía de la Medicina (S.F.)
- Zea, Leopoldo. El Positivismo en México. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, 1968.