



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ARAGÓN

LA OTRA CARA DE LA ESQUIZOFRENIA: UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA, IGNORANCIA Y DISCRIMINACIÓN SOCIAL. REPORTAJE

TRABAJO PERIODÍSTICO Y COMUNICACIONAL
LICENCIADO EN COMUNICACIÓN
Y PERIODISMO
PRESENTA:
ENRIQUE ANTONIO MARTÍNEZ GARCÍA

ASESORA:

MARÍA GUADALUPE CEDILLO ROJAS



MÉXICO,

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Agradecimientos

La otra cara de la esquizofrenia fue más que un proyecto de titulación. Representó varios años de vida con sentimientos encontrados de superación académica, de ilusión filantrópica, de hartazgo laboral, de depresiones amorosas, de orgullo familiar y de una esperanza sobre algo todavía desconocido al momento de redactar estas líneas.

La forma de agradecer el cariño, los consejos, los apoyos y todos los detalles recibidos de mucha gente, es a través de la calidad periodística y la energía con que se desarrolló este homenaje llamado *la otra cara de la esquizofrenia*.

Este proyecto representa un logro más para mi madre. Laura Cecilia ha entregado la vida por sus hijos. En esta ocasión, ella *se lleva las palmas* después de 25 años de haber crecido y fracasado junto con su primogénito.

Sin los valores forjados en la familia García y en específico por lo inculcado a través de Enrique y Ricardo García Cruz, tíos que entraron al quite como padres de familia, así como al amor de Cristina, *la otra cara de la esquizofrenia* no hubiese existido.

Margarita Saucedo es un ángel de Dios. A más de 20 años de vivir y de luchar contra la enfermedad, esta mujer sabe el cariño y la admiración que le tengo. *La otra cara de la esquizofrenia* es de ella y de AFAPE.

Los verdaderos protagonistas y merecedores de todo reconocimiento son los esquizofrénicos y sus familias. Conocerlos me hizo una mejor persona.

Algo que me enseñó la esquizofrenia, fue el saber venerar en vida a quien sigue conmigo y a quien ya se adelantó para guiar y guardar mi destino en el cielo.

Gracias Ricardo Cecilio García García y Benita Cruz Torres por estar todos los días de mi vida en cuerpo y alma.

Índice

Introducción

Capítulo 1. Página

La esquizofrenia, una enfermedad devastadora

1.1 Antecedentes	1
1.2 Definición de esquizofrenia.....	2
1.3 Síntomas	4
1.4 Comienzo de la enfermedad.....	8
1.5 Factores que influyen para que se desarrolle el padecimiento.....	10
1.6 Tipos de esquizofrenia.....	12
1.7 Control y combate de la enfermedad.....	14
1.7.1 Psicoterapia.....	15
1.7.2 Rehabilitación.....	16
1.8 Recaídas.....	18

Capítulo 2.

Esquizofrenia: Un problema de salud pública

2.1 Una mirada al pasado: Antecedentes de la enfermedad en México.....	22
2.2 Desde el escritorio las enfermedades mentales: Políticas sanitarias y visión burocrática.....	29
2.2.1 Infraestructura.....	34
2.2.2 Recursos Humanos.....	40
2.3 Presupuesto.....	45
2.4 El As Bajo la Manga: Acciones gubernamentales en salud mental.....	50
2.4.1 Modelo Asilar Psiquiátrico de la Secretaría de Salud	54
2.4.2 Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental.....	62

Capítulo 3

Un camino a la esperanza: Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos

3.1 El nacimiento de la organización.....	69
3.2 Funciones y servicios.....	71
3.2.1 Área psicológica.....	72
3.2.2 Talleres ocupacionales y artísticos.....	75
3.3 Números negros y realidades.....	82
3.3.1 Accesorios y Galería de Arte.....	89

Capítulo 4 ***Entre ratings y enfermos mentales***

4.1 El papel de los medios de comunicación en el siglo XXI y su rol en la esquizofrenia.....	92
4.2 Enfermedades mentales en la pantalla chica y en el cuadrante: Difusión del padecimiento.....	102
4.3 La Esquizofrenia, fuente del saber bibliográfico de unos cuantos: Investigación del acceso y demanda por información relacionada a la enfermedad.....	113

Capítulo 5 ***La psique***

5.1 Una mirada al laberinto de la incertidumbre, anhelo y Supervivencia.....	123
5.2 El enemigo está en casa: Expedientes de familiares Discriminados.....	127
5.3 El estigma en la piel: Discriminación en México y el porque en la esquizofrenia.....	142
5.4 ¿Tienes el valor o te vale? Los medios de comunicación en el fenómeno de la discriminación.....	146
5.5 Entre leyes y estigmas: Marco jurídico en la discriminación.....	150
<i>Conclusiones</i>	157
<i>Glosario de Términos</i>	162
<i>Archivo fotográfico de enfermos mentales</i>	168
<i>Bibliografía</i>	172

Introducción

El campo de trabajo que encuentra un universitario que cursó la carrera en Comunicación y Periodismo es, tan limitado y amplio, como su percepción sobre lo que significa la información y su difusión para cualquier fin.

Alejado de conceptos teóricos, la vida real fuera de la universidad, en el campo del periodismo, me enseñó y forjó el criterio para darme cuenta de cuáles son los intereses de los mass-media.

Los monólogos, *el rating*, la mala información, la difusión de temas banales, retóricos y carentes de contenido social, son lo que los grandes concesionarios de los medios masivos proyectan a la población mexicana sumida en el subdesarrollo económico y educativo.

El resultado: Un México maniatado por un modelo de vida excluyente, donde la venta de productos e ideas consumistas ha formado a seres masificados, donde existe en conflicto el orden tradicional de la familia, de la mujer y de la sociedad en general.

Tenemos incapacidad ante la espera, queremos la satisfacción al momento, no tenemos paciencia, por ello existen las grandes cadenas transnacionales de comida rápida, los cuatrimestres en universidades de paga donde no hay tiempo para una tesis. Por eso no hay reportajes en los medios de comunicación, ahora sólo existen notas informativas de dos minutos como máximo e información práctica que no genere investigación. Se tiene que ir al día, el tema de moda es por horas, no hay tiempo para un seguimiento periodístico.

Lo anterior genera un problema de identidad, de memoria y de continuidad, en cualquier aspecto del país. Vivimos al día, lo demás no importa.

Por eso hay problemas de reflexión, porque la gente no sabe interpretar las señales, ni las palabras, ni reconocer las aptitudes de los mexicanos. Con ello se genera que un país, un gobierno en turno, empresa, medio de comunicación, familia y persona, se empiece a engañar a sí mismo y consuma cualquier tipo de política de Estado, de interés particular, de postura y opinión ante cualquier tema y problema.

No podemos comunicarnos, tenemos miedo al debate, a entender, comprender y aceptar al otro. Todavía se tiene miedo a decir: Soy madre soltera, padezco cáncer o soy enfermo mental, por citar algunos ejemplos.

No sabemos manejar nuestros conflictos, ni tener procesos de higiene mental, tenemos miedo al reconocimiento de realidades por el nivel de ignorancia.

La idea que dio vida a *la otra cara de la esquizofrenia* estuvo sustentada en una experiencia personal de la infancia, al haber constatado las acciones que tomaron las personas del fraccionamiento en donde vivía, contra un vecino que tenía una enfermedad mental.

Tiempo después, el comportamiento de la sociedad ante la esquizofrenia y la problemática que se genera, fue el anhelo a difundir, por medio de la investigación, dedicación y criterio personal.

El rol que juegan gobierno, medios de comunicación y sociedad en torno a la esquizofrenia, es una actitud de indiferencia y de ignorancia, pasando obviamente por su nula difusión; lo que origina un fenómeno de discriminación en personas que se encuentran en el mundo del padecimiento.

La esquizofrenia es una enfermedad mental crónica, con trastorno de conducta, pensamiento y lenguaje. En el **capítulo uno** se define ampliamente el padecimiento. Por sus manifestaciones es un trastorno difícil de tratar y entender.

En el **capítulo dos** se detalla cómo las políticas públicas y la infraestructura para atender los padecimientos mentales, son limitadas. Números de la Organización Panamericana de Salud advirtieron que en el año 2005 de 100 mexicanos con trastornos severos, menos de cuatro obtenían el tratamiento indicado por un especialista.

Ante la infraestructura limitante y la incapacidad gubernamental para atender la enfermedad en el ámbito meramente clínico, los allegados al esquizofrénico tenían que hacer algo diferente a las opciones de exclusión y trato inhumano que había y que aún se mantienen en varias instituciones públicas y privadas contra los enfermos mentales.

La otra cara de la esquizofrenia buscó a los actores en la materia y encontró a la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos (AFAPE).

El organismo civil se convirtió en objeto de estudio y en parte de la columna vertebral del reportaje, por su modelo de atención psico-social, por su administración, por la postura que tiene acerca del gobierno y los medios masivos de comunicación, así como por los sentimientos y comportamientos que expresan sus integrantes dentro de la sociedad, tras los desgastes físicos y emocionales que les cobró la enfermedad.

En el **capítulo tres** se observa cómo la asociación ha trabajado hasta con 250 pacientes y sus familias con terapias individuales y grupales tanto en el aspecto clínico, como el psicosocial. AFAPE registra crisis financiera, vive de donativos y no tiene un plan de difusión para su mejor administración; lo que la hace prácticamente inexistente para gobierno, sociedad y familiares con la misma realidad.

Con lo anterior AFAPE externó problemas de mala información, generando ignorancia y discriminación en su propio seno. Los pacientes y familias entrevistadas para la *otra cara de la esquizofrenia* calificaron a los medios de comunicación como responsables de su problemática operativa, económica y de rechazo social, lo que me hizo comparar la forma en que veía el rol de los mass-media en la escuela, con su contraparte al salir y trabajar de manera formal en uno de ellos.

Ciertamente los medios tienen un papel importante en la sociedad, son parte de ella, es difícil abordar un tema en la actualidad sin que se ubique en el contexto y realidad de los concesionarios de la radio y la televisión.

El periodista Jacobo Zabłudovsky* en entrevista para *la otra cara de la esquizofrenia*, así definió el papel de los medios:

Son actualmente elementos indispensables, de vida, forman parte indispensable del desarrollo, del progreso de la vida actual, sin ellos no se explica el mundo en el que estamos viviendo.

*Conductor titular del noticiario radiofónico *De 1 a 3* en La Red de Radio Red, en las frecuencias 1110 am y 88.1 fm de Grupo Radio Centro.

Félix Silvia representante del Consejo de la Sociedad Civil, advirtió que los medios de comunicación se guían por criterios estrictamente económicos; desinformando en vez de informar, configuran una realidad a sus posibilidades y no cumplen con sus deberes de servicio público.¹

En el mismo eje, el periodista Carlos González* expresó:

Hay una gran deuda de los medios con la sociedad..... se recurre a fórmulas de consumo fácil con muy poco contenido...todavía existe aquella idea de que al pueblo hay que darle lo que consume.

En el **capítulo cuatro, *la otra cara de la esquizofrenia*** aborda la realidad de los medios, sus intereses, quiénes los representan y sus posturas reales en torno a su labor con la sociedad. En ellos no existe un programa o sección especializada en salud mental. Los espacios de corte y orientación médica abordan el tema superficialmente y sin responsabilidad. Así, a través de películas, noticiarios, telenovelas, comentarios y publicidad, manejan la imagen de un esquizofrénico como una persona violenta que puede causar daño en determinado momento y a cualquiera, logrando que los enfermos sean vistos con recelo y discriminación.

La problemática de no saber manejar la información y sobre todo el no dar a conocer lo que se tiene de ella, aunado con el miedo, origina que esquizofrénicos junto con sus familias y allegados, realicen una vida llena de limitaciones, infelicidad y acoso en todo momento.

A esto se agrega que la ignorancia y los mitos arraigados entre ciertos sectores populares de la sociedad mexicana, hacen que *brujos, curanderos, hierberos y chamanes* sean los especialistas para aliviar el alma de quienes sufren una enfermedad mental. La formación religiosa estereotipa los trastornos mentales con *exorcismos, castigos de Dios y fenómenos sobrenaturales*, dejando de lado la psicología y la psiquiatría. El concepto de la locura en México está desfigurado desde los planes de la Secretaría de Salud, hasta las familias que creen que *Dios* las castigó con un hijo *loco*. El miedo y el tabú son el eje rector de los problemas de salud mental en México.

¹ Félix Alonso Silvia. *La Radio Ciudadana: Espacio para el Acceso Ciudadano a los Medios*, La Radio de los Ciudadanos a un año de su Creación XEQK 1350 am., Marzo, 2004, p. 25

*Conductor de los noticiarios radiofónicos de *Formato 21* (frecuencia 790 am) y La Red de Radio Red (1110 a.m y 88.1 fm) en Grupo Radio Centro. Director de noticias de Televisión Mexiquense Canal 34.

La esencia de *la otra cara de la esquizofrenia* no sólo fue plasmar la realidad antes mencionada, sino mostrar la responsabilidad que cada sector (gobierno, medios de comunicación y sociedad civil) juega en la discriminación de los enfermos, así como sus atribuciones y limitaciones reales al entorno que vive nuestro país en la esquizofrenia.

Porque precisamente lo que se necesita, es dar a conocer el rol que gobierno, medios de comunicación y sociedad civil, toman al ser juez y parte, para de ahí crear pautas de análisis y canales de comunicación que formen un vínculo de trabajo compartido, donde cada quien, desde su trinchera, trabaje en el respeto y aceptación de los enfermos mentales.

La familia del esquizofrénico fue el grupo específico a trabajar en el **capítulo cinco**, porque el paciente siempre fue estudiado desde el ámbito clínico. La enfermedad mental al ser un problema de salud pública, pudo ser abordada desde muchos ángulos como en un reportaje.

Al alejarse el tema de la formación académica pertinente al área clínica, la esquizofrenia se tradujo a un fenómeno social desde las calles, la televisión y desde un día común con los familiares y enfermos, donde los aspectos neurológicos y genéticos, no fueron los grandes personajes a entender, entrevistar y culpar.

La idea del reportaje de romper con una información y público especializado, fue importante para sensibilizar a todos los que se encontraban en la enfermedad no siendo psicólogos y psiquiatras; así como también para que se abrieran las puertas del conocimiento a los que no sabían nada al respecto.

Con lo anterior se cumple una de las labores de un periodista con un reportaje psico-social, el interpretar e instruir a la gente en temas especializados dentro de un mundo cada día más globalizado, donde ciencia, tecnología y vida cotidiana tratan de empatar.

La otra cara de la esquizofrenia a través del reportaje, el género periodístico más completo y con ayuda de las técnicas de investigación documental y de campo, recopila las bases de cómo una enfermedad mental tiene su mayor dificultad en el entorno social, en el seno familiar, en los centros de formación académica, en los medios de comunicación y en la ineficiencia gubernamental.

Así, quienes discriminan en la esquizofrenia son el paciente, la familia, los especialistas, la sociedad, los concesionarios de los medios de comunicación, el gobierno, todos. En la cultura discriminativa todos somos juez y parte y cada quien tuvo su espacio para mostrarlo, justificarlo y culpar a otro.

El resultado de ello: Una sociedad civil que navega con miedo, sin rumbo y por sentido común en la esquizofrenia, ocasionando la pérdida de valores, esperanza, fe y calidad de vida en los que realmente respiran la enfermedad mental durante su vida.

En el **capítulo cinco** también se analizará el papel de víctimas y victimarios dentro del estigma en la enfermedad mental, se aterrizará el concepto de discriminación en términos sociales y jurídicos, para entender la perspectiva de lo que es un acto discriminatorio, además de las diferencias con la exclusión y trato diferenciado que existe entre la sociedad, con la ayuda del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. (CONAPRED)

El mostrar la realidad de la esquizofrenia no fue sinónimo de éxito y solución del estigma, sino que fue el punto de partida para buscar las relaciones, el apoyo y la participación de muchos sectores, que gracias a esta tesis se conocieron.

El sentido de *la otra cara de la esquizofrenia* se mostró de manera general, en su desarrollo se fueron forjando los objetivos que se desprendieron de ir tocando puertas en busca de respuestas y compromisos de todos los que conformamos la sociedad mexicana.

Por lo pronto aterrizó *la otra cara de la esquizofrenia* en el ámbito académico, donde mis conocimientos, mi formación profesional y mis valores como un mexicano labrado en la Universidad Nacional Autónoma de México, me hicieron investigar y lograr que coincidieran en intereses, todos los actores inmersos en la enfermedad mental, para formar los cimientos de una cultura de respeto, aceptación, armonía y coexistencia con los esquizofrénicos, logrando así, no sólo el objetivo de una tesis, sino de un buen periodista, comprometido con México; un país que ya de por sí, tiene conflictos en su psique cómo nación.



Obras realizadas por los enfermos mentales de la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos (AFAPE).



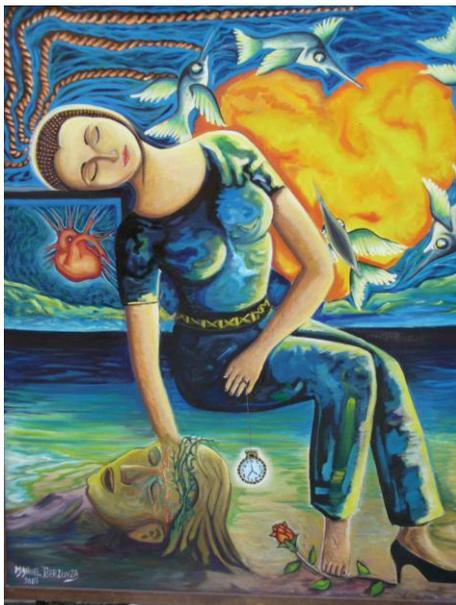
AFAPE

Obra pictórica realizada por un esquizofrénico de AFAPE. Anónimo. 2000-2004



AFAPE

Obra pictórica realizada por un esquizofrénico de AFAPE. Anónimo 2000-2004.



AFAPE

Obra pictórica realizada por un esquizofrénico de AFAPE. Anónimo. 2000-2004



AFAPE

Obra pictórica realizada por un esquizofrénico de AFAPE. Anónimo. 2000-2004

Capítulo 1. *La esquizofrenia, una enfermedad devastadora*

1.1 Antecedentes

Médicos, psicólogos, filósofos y artistas, han estudiado a través de los siglos la esquizofrenia desde diferentes técnicas, percepciones y conceptos. Por ello es difícil encontrar en los libros de historia de la psiquiatría los inicios de la enfermedad.

En el año 1400 a de C. en la India, se describe una condición que podría corresponder a la actual esquizofrenia y para la que se recomendaba *meditación y técnicas de encantamiento* para su tratamiento.

En el año de 1856, se introduce el término *demencia precoz*, para catalogar a un adolescente que era brillante y que luego se volvió aislado, apático y callado.

En el año 1868, llega el término *catatonia* para designar un cuadro clínico en el que predomina la tensión motora (muscular) y que posee dos fases: una estuporosa o inhibida (estupor catatónico) y otra excitada (agitación catatónica). En ese mismo año nace el término *paranoia* para catalogar a un grupo de personas con sentimientos de perjuicio, persecución, maltrato y humillación.



Fototeca Nacional del INAH. Fondo CASASOLA

Mujer en el manicomio de La Castañeda, retrato 1945-1950

En 1870, se conoce el término *hebefrenia* para describir un cuadro de inicio en la adolescencia, en donde hay una perturbación mental y que conduce al deterioro del individuo.

En 1896, se utiliza nuevamente el término *demencia precoz* para una condición mental con evolución al deterioro.

En 1911, nace el término *esquizofrenia* para sustituir al de *demencia precoz*, debido a que éste era inexacto. El concepto *esquizofrenia* aterriza en *mente dividida*, poniendo mayor énfasis en la fragmentación de la personalidad.

En 1952, en la primera edición del "Diagnóstico and Statistical Manual of Mental Disorders de la Asociación Psiquiátrica Americana se clasifica a la esquizofrenia en simple, hebefrénico, catatónico, paranoide, agudo,,indiferenciado, crónico indiferenciado, tipo esquizoafectivo tipo infantil y tipo residual.”²

1.2 Definición de Esquizofrenia

“La palabra esquizofrenia se forma de dos raíces griegas, *esquizos* que significa dividido y *frenos* mente o inteligencia.”³

“La esquizofrenia es algo más que un trastorno, es una enfermedad cerebral de origen desconocido.”⁴

“En los últimos 15 años se han obtenido nuevos datos sobre la naturaleza de la esquizofrenia, así, se ha descubierto que los impulsos nerviosos del esquizofrénico pasan normalmente de una célula cerebral a otra.”⁵

“La afirmación de que la esquizofrenia es una enfermedad cerebral puede parecer de entrada, atrevida. En primer lugar porque sus bases cerebrales precisas son, en parte, desconocidas. En segundo lugar porque se tiende a identificar las enfermedades cerebrales con algunas de las que están bien establecidas.”⁶

Fototeca Nacional del INAH. Fondo
CASASOLA



Enfermo mental en el patio del manicomio
La Castañeda 1940-1950

² Biblioteca Virtual en Salud, *Esquizofrenia*, Disponible: mayo 2005-septiembre 2006 www.binasss.sa.cr/poblacion/esquizofrenia

³ Rodrigo Garnica, *Esquizofrenia: Guía para los Familiares del Paciente*, México, Piensa, 1998 p. 3.

⁴ Jordi Obiols E y Joan Obiols, *Esquizofrenia*, Barcelona, Martínez Roca 1989 p.13.

⁵ Alexander P.Hyde, *Como vivir mejor con la esquizofrenia* Barcelona, Argos Vergara, 1980, p. 11.

⁶ Jordi Obiols, *op. cit.* p.13.

“Las zonas específicas que participan en los trastornos esquizofrénicos, residen en lo profundo del cerebro y afectan el modo de operar de las emociones, los pensamientos, los sentimientos y las percepciones, en conjunto. Las percepciones, pensamientos y emociones del esquizofrénico no funcionan con normalidad; las conexiones no son correctas. Cuando el proceso esquizofrénico no es activo, la persona afectada no puede confiar en la exactitud de los mensajes recibidos por el cerebro. El paciente vive en un estado de incertidumbre constante, como un sueño en el que personas, objetos, lugares y pensamientos, cambian a cada paso.

Importantes facultades, sentimientos e impulsos controlados por el cerebro- por ejemplo, concentración, intereses, esperanza, placer, amor, iniciativa y ambición, generalmente quedan afectados, lo que convierte la vida consciente del esquizofrénico en un caos interior incesante. La esquizofrenia no supone desdoblamiento de la personalidad, que es un trastorno distinto y que en general no se considera un tipo de esquizofrenia. Sin embargo en ocasiones, los esquizofrénicos llegan a creer que son figuras famosas y personajes importantes, estas ilusiones son síntomas que desaparecen en cuanto el cerebro empieza a funcionar mejor gracias al tratamiento.”⁷

La esquizofrenia es una enfermedad crónica e inhabilitante; necesita de muchos cuidados, sin embargo es tratable con psicofármacos, psicoterapia, rehabilitación social y laboral, así como psico-educación al paciente y su familia, detalló en entrevista para *la otra cara de la esquizofrenia*, la psicóloga Carolina Cabo * de la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénico. (AFAPE)

⁷ Alexander P. *op. cit.* p. 12.

* Licenciada en Psicología por la Universidad de Buenos Aires Argentina e integrante del área de psicología de la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos.

1.3 Síntomas

Manifestaciones clínicas

Dentro de la enfermedad se tiene que identificar en primer lugar los individuos que tienen mayor riesgo de desarrollar el padecimiento, los síntomas característicos de la enfermedad se dividen en positivos y negativos.

Síntomas Positivos

Alucinaciones

Son experiencias sensoriales que se originan dentro del cerebro en vez de tener su origen en el exterior.

Los pacientes esquizofrénicos algunas veces oyen voces (alucinaciones auditivas) que una persona sana en la misma situación no escucha, o ven cosas (alucinaciones visuales) que otras personas no perciben.

Estas impresiones sensoriales no familiares para el paciente, a menudo le trastornan mucho y, generalmente, tiene dificultades para diferenciar lo que son alucinaciones y lo que son percepciones reales. Para el paciente las voces son reales y pueden hacerle actuar en consecuencia (algunas veces de manera tal que no tienen sentido para otras personas).⁸

Fototeca Nacional del INAH. Fondo
CASASOLA



Enfermos mentales en el patio del manicomio de La Castañeda. 1940-1950

⁸ Julio Zapata *Síntomas Positivos* Disponible: mayo 2005-septiembre 2006 www.esquizo.com

Ideas delirantes

Son creencias falsas y persistentes

- ✿ que son constantes, no fluctuantes o simples deseos.
- ✿ que no son compartidas por otros.
- ✿ que el paciente cree reales incluso aunque haya pruebas de lo contrario.

Debido a las percepciones alteradas y al deterioro de la función cerebral, el paciente llega a creerse, por ejemplo, que es perseguido (paranoia), o que es Dios (ideas delirantes religiosas), o que es la figura central de lo que ocurre alrededor de él (ideas de referencia).

Fototeca Nacional del INAH. Fondo CASASOLA



Enfermo mental en el patio del manicomio La Castañeda 1940-1950

Estas "falsas" convicciones son debido a un deterioro de la función cerebral y, generalmente, no se cambian mediante hechos o razonamientos, sino sólo mediante un tratamiento. El paciente es incapaz de comprender que sus ideas son falsas, y de que está enfermo. Las ideas delirantes y las alucinaciones son reales para el paciente. Por consiguiente, el comportamiento del enfermo mental y su conducta son, la mayoría de las veces, incomprensibles para las personas sanas.⁹

Trastornos del pensamiento

Debido a los daños cerebrales, el pensamiento lógico de algunos de los pacientes esquizofrénicos se deteriora y su lenguaje se altera en las mínimas reglas gramaticales y lingüísticas.¹⁰

⁹ Ibidem.

¹⁰ Jordi Obiols *op. cit* p. 24.

Delirio de Persecución

El enfermo cree ser objeto de una conspiración internacional; van por él, le quieren matar, hablan de él en todos lados, en la T.V , y los periódicos; los vecinos murmuran día tras día sobre él y le espían y controlan.

“La temática delirante es muy amplia y abarca temas fantásticos, comunicación con otros planetas, inventos científicos, revolucionarios y extravagantes.

Es frecuente que el paciente crea estar designado para una misión importante de escala universal.

Las ideas delirantes, que en el esquizofrénico suelen ser inconexas y faltas de estructuración, están a menudo relacionadas cuando no provocadas por alucinaciones.”¹¹

Distraibilidad y el trastorno atencional

“A veces este síntoma es aparatoso y se nota que el paciente tiene problemas para mantener el curso de una conversación, “que se va”.

Se queja de no poder concentrarse en una simple lectura o en un programa de T.V. Es posible que algunos fenómenos de “distracción” estén relacionados con alucinaciones o pensamientos delirantes del enfermo.”¹²

Síntomas negativos

Parecen reflejar una disminución o pérdida de las funciones normales. Los síntomas negativos comprenden restricciones:

- ✿ Empobrecimiento afectivo: no reacción ante estímulos emocionales
- ✿ Apatía: falta de voluntad, incapacidad para persistir o para iniciar una actividad.
- ✿ Incapacidad para disfrutar de los placeres.

¹¹ Ibidem p.24.

¹² Ibidem p.25.

Afectividad

La afectividad del enfermo está siempre alterada, vive en un mundo de permanente inestabilidad emocional, dependiente al máximo de los que lo rodean.¹³ Les cuesta trabajo y prácticamente se incapacitan para tener amistades, así como relaciones sexuales. El enfermo cae en la flojera y no es extraño que sus trastornos lo lleven al autismo.¹⁴

La Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos, dio a conocer que los síntomas negativos alteran la capacidad de funcionar en la vida diaria de los pacientes, son personas que se acaban aislando y perdiendo a los amigos.

El curso de la enfermedad se caracteriza por fases de agudización.

A medida que pasa el tiempo, los síntomas negativos se acentúan más, mientras que los positivos se van remitiendo.

“No es tarea fácil diagnosticar la esquizofrenia, como tampoco lo es puntualizar su tipo específico.”¹⁵ El trastorno adopta formas muy variadas de acuerdo con las diferentes personalidades.

En gran medida las alteraciones del paciente esquizofrénico, no pasan por las ideas propiamente, sino por la manera de expresarlas, lo que convierte su actitud en trastornos formales del pensamiento.

Fototeca Nacional del INAH. Fondo CASASOLA



Enfermos mentales en el patio del manicomio La Castañeda 1945-1950

“Los síntomas que produce la esquizofrenia se suelen estudiar en distintos aparatos, que corresponden a las distintas funciones psicológicas básicas: percepción, psicomotricidad, afectividad etc. Podemos agrupar a estos síntomas bajo el epígrafe de trastornos del pensamiento, lenguaje y comunicación.”¹⁶

¹³ Ibidem p.26

¹⁴ Ibidem p. 26-27

¹⁵ Alexander P. *op. cit.* p. 29.

¹⁶ Jordi Obiols *op. cit* p. 23

1.4 Comienzo de la Enfermedad

Los síntomas nacen de manera paulatina y muy poco aparente, lo que hace que la familia no perciba los cambios en su ser querido.

“Otras personas inician el cuadro de forma más brusca y aguda, en forma de brote, que, típicamente, estará dominado por los síntomas de la psicosis, esto es, ideas delirantes, alucinaciones y trastornos formales del pensamiento.

A pesar de este inicio rápido, se suele rastrear la existencia de un periodo previo, de semanas o incluso meses de duración, en el que se insinúan ya cambios en la persona como irritabilidad, agresividad, depresión, ideas extrañas y comportamientos inhabituales.”¹⁷

La enfermedad puede arrancar en la adolescencia o ya en la edad adulta con síntomas maníacos-obsesivos. Es tan incierta la situación, que lo más recomendable es visitar a un especialista para un diagnóstico certero.

“El enfermo después de la fase inicial, entra en la fase activa o de estado, en la cual se manifiestan de forma clara e intensa los síntomas de la enfermedad, y que puede durar meses o años. En esta fase pueden darse remisiones temporales, en las cuales el paciente parece mejorar o estancarse, para luego caer en un nuevo brote. La evolución posterior de la enfermedad es crónica. Muchos de estos enfermos harán una vida más o menos normal pero se les identificará como raros y excéntricos.

Algunos podrán adaptarse a trabajos sencillos, que no exijan un esfuerzo intelectual importante, otros permanecerán fundamentalmente inactivos, pasando largas horas encamados o encerrados en casa, aún otros, quizá los más graves o socialmente más desadaptados, quedarán recluidos en instituciones psiquiátricas o terminarán en las calles como vagabundos”.¹⁸

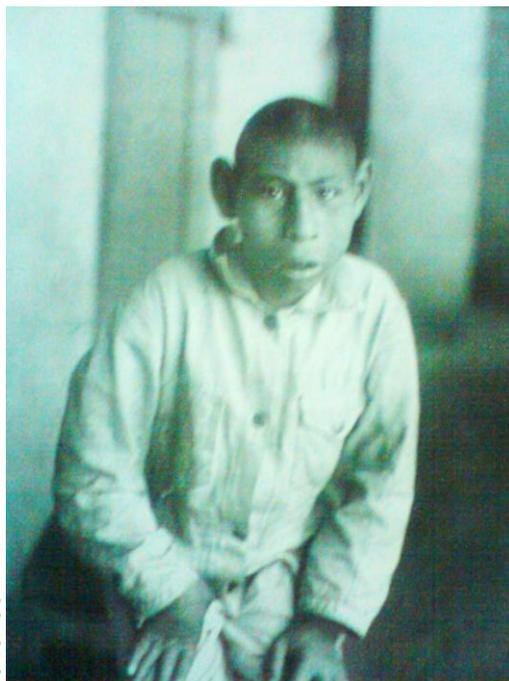
¹⁷ Ibidem p. 28-29

¹⁸ Ibidem p 29-30.

Existen cuatro fases en el transcurso de la enfermedad.

- ✿ **Prodrómica:** Puede ser evidente o no para el paciente o los demás. Sus manifestaciones son sutiles y pueden variar entre días o años. Se caracterizan por aislamiento social, cambios en el comportamiento o en la respuesta emocional a estímulos.
- ✿ **Aguda:** Está marcada por severos síntomas sicóticos. Habitualmente requiere medicación y/o hospitalización. Cuando esta fase aparece más de una vez en el transcurso de la enfermedad, se habla de fase de Reagudización.
- ✿ **Continuación:** En este período, que puede abarcar más de seis meses desde el comienzo o brote de la enfermedad, se produce el decremento en gravedad de los síntomas.
- ✿ **Estabilización:** Durante esta fase los pacientes pueden exhibir síntomas como tensión, irritabilidad, depresión, síntomas negativos y de deterioro cognitivo.¹⁹

Fototeca Nacional del INAH. Fondo
CASASOLA



Enfermo mental en el patio del manicomio
La Castañeda, retrato 1945-1950

¹⁹ Dr Jorge Luis Rovner, *Esquizofrenia Modulo 1*, Disponible: mayo 2005-septiembre 2006
www.cofa.org.ar/esquizofrenia.

1.5 Factores que influyen para que se desarrolle el padecimiento

Datos de la Secretaría de Salud detallaban que en el 2005 dos millones de mexicanos padecían esquizofrenia.²⁰

Cabe destacar que en los diferentes estudios que se revisaron, incluyendo los realizados en México, no hay una diferencia significativa en la prevalencia por género, sin embargo, la enfermedad es más temprana en hombres que en mujeres, detalló el psicólogo Víctor Pérez* en base a números de la propia dependencia federal.

La edad de inicio del padecimiento en hombres es de 15 a 25 años, mientras que en las mujeres se observa de 25 a 35 años. Hace unos años existía la impresión de que la esquizofrenia se distribuía de igual manera en países desarrollados y subdesarrollados, sin embargo se observa en la actualidad una carga considerable a los de primer mundo, en sus grupos de nivel socioeconómico bajo.

La investigación del último medio siglo acerca del origen de la enfermedad, coincide en señalar diversos factores genéticos, ambientales, biológicos y sociales, según expone la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos en el taller psico-educativo que imparte a los tutores del enfermo mental.

Genéticos

Los familiares de pacientes esquizofrénicos tienen más riesgo de sufrirla. El riesgo es progresivamente mayor entre más cercano es el parentesco, por ejemplo, aumenta desde el uno por ciento esperado en la población general, hasta el 45-50 % en caso de tener un hermano gemelo monocigoto o ser hijo de ambos padres esquizofrénicos.

Esto queda confirmado por los estudios de adopción, pues, independientemente de que la persona sea educada por padres no consanguíneos, su riesgo para sufrir la enfermedad dependerá de su cercanía genética con sus padres biológicos.

²⁰ Ángel Mendoza *Crean Arte por Salud Mental* en *El Universal* 13 de enero del 2005 sección Cultura. Disponible: mayo 2005-septiembre 2006 www.eluniversal.com.mx.

* Licenciado en Psicología por la UNAM y terapeuta del psico- educativo a familiares de la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos.

Ambientales

Se han dividido en dos, los biológicos y los sociales.

Biológicos

De los diversos estudios que se han realizado al respecto, se sabe que existen factores ambientales biológicos más frecuentemente observados en los pacientes con esquizofrenia, que en las personas normales.

En primer lugar se propone al traumatismo obstétrico (TO) como uno de estos factores, de hecho el que un niño presente TO eleva el riesgo de presentar esquizofrenia hasta 4 a 6 veces más.

El trauma obstétrico con lleva en la mayoría de los casos a la hipoxia neonatal, lo que ocasiona un daño en la formación del tálamo y el hipocampo, que años más tarde se manifestará con sintomatología característica de la esquizofrenia.

Otro factor ambiental biológico que se ha relacionado a la esquizofrenia, es la infección viral prenatal, los virus más involucrados son el de la influenza y el citomegalovirus, diversos estudios han señalado que la infección viral prenatal aumenta el riesgo de esquizofrenia al doble, de lo que se observa en la población general.

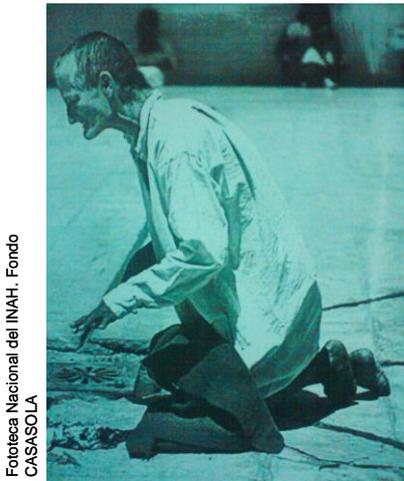
Factores ambientales sociales

La mayoría de los estudios al respecto coinciden en que si bien el estrés social puede desencadenar un episodio psicótico, el ambiente social ha sido descartado como etiología de la esquizofrenia.

1.6 Tipos de Esquizofrenia

En la actualidad existe confusión y opiniones encontradas sobre los tipos de esquizofrenia que hay, esto se debe a los cambios tecnológicos, farmacéuticos y psiquiátricos que se han dado en los últimos cuarenta años, siendo la siguiente categoría la más usada en México, detalló en entrevista para *la otra cara de la esquizofrenia* el psicólogo Ariel Monroy *

Hebefrénica o Desorganizada



Fototeca Nacional del INAH. Fondo CASASOLA

Enfermo mental en el patio del manicomio de La Castañeda 1945-1950

Es una forma de inicio precoz (puede empezar en los inicios de la adolescencia), que se caracteriza por trastornos afectivos y de conducta.

El enfermo muestra un comportamiento empobrecido, similar al autismo.

Son escasos los delirios y las alucinaciones; se pueden apreciar no obstante trastornos formales del pensamiento y trastornos cognitivos importantes que sugieren, en algunos casos, un verdadero deterioro intelectual.

Catatónica

- ✱ Marcada alteración psicomotora que puede incluir inmovilidad motora o actividad motora excesiva.
- ✱ Peculiaridades del movimiento voluntario con posturas extrañas, movimientos estereotipados, muecas.
- ✱ Copia lo que dice o hace otra persona.

Fototeca Nacional del INAH. Fondo CASASOLA

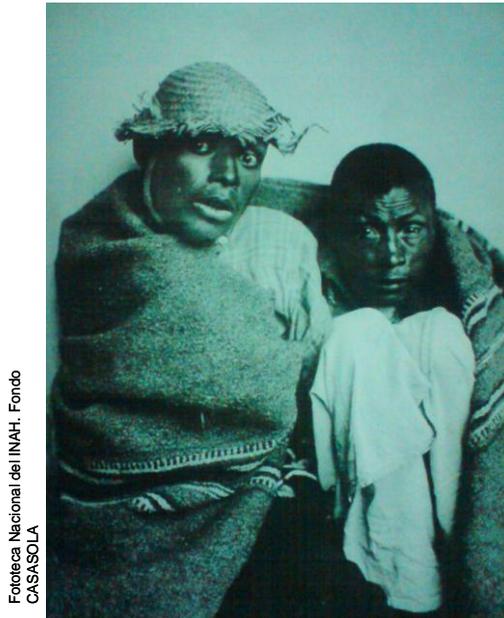


Enfermos mentales en un patio del manicomio La Castañeda. 1945-1950

*Licenciado en psicología por la Universidad Autónoma Metropolitana, actualmente coordinador general del área psicológica de la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos.

Paranoide

Las ideas delirantes, las alucinaciones y ciertos trastornos formales del pensamiento, dominan el cuadro clínico. Coexisten en estos síntomas las alteraciones de la afectividad y de la conducta. Se considera que esta forma de esquizofrenia es, en general, menos grave y más compatible con una adaptación social correcta. El inicio suele ser más tardío que en los otros tipos.



Fototeca Nacional del INAH. Fondo CASASOLA

Enfermos mentales de La Castañeda, retrato 1945-1950

Simple

Es aquella en la que no existe sintomatología *positiva* (delirios, alucinaciones) y la *negativa* es poco marcada. Sin embargo, el paciente muestra sin razón aparente un progresivo empobrecimiento, personal y social; incapacidad de superación, conductas antisociales. El inicio suele ser insidioso y se hace difícil la teoría y la distinción con los otros tipos de esquizofrenia.



Fototeca Nacional del INAH. Fondo CASASOLA

Enfermos mentales en una habitación del manicomio de La Castañeda 1945-1950

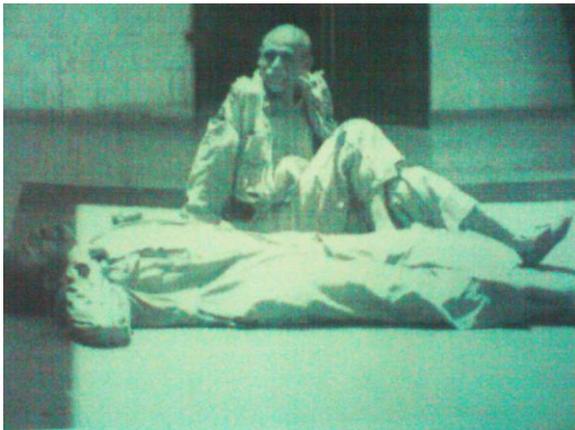
1.7 Control y combate de la enfermedad

La esquizofrenia debe tratarse de manera integral, lo fundamental son los medicamentos, los cuales son imprescindibles y muy eficaces en casi todos los casos. También se orienta a la familia para que puedan controlar y convivir con su paciente.

La Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos, dio a conocer el papel de los fármacos a sus integrantes, a través de un psico-educativo.

Los medicamentos normalizan la transmisión de los impulsos nerviosos en el cerebro, los antipsicóticos reducen la sensibilidad del sistema nervioso central en los esquizofrénicos. Una vez que un paciente se ha recuperado total o parcialmente, la medicación actúa manteniendo la mejoría y previniendo la recaída.

Fototeca Nacional del INAH. Fondo CASASOLA



Enfermos mentales en el patio del manicomio de La Castañeda. 1945-1950

Algunas veces se necesitan probar diferentes medicaciones, debido a la variable respuesta de los individuos a una medicación dada; existen afortunadamente, muchos tipos de antipsicóticos y también muchas dosificaciones diferentes, por tanto el tratamiento para cada paciente varía en tiempo y forma dependiendo el diagnóstico.

El tratamiento médico es, sin lugar a dudas, la manera más eficaz de combatir la esquizofrenia, ya que si la medicación se administra durante largo tiempo sin alteraciones al sistema del enfermo, el riesgo de recaídas se reduce de manera substancial. El tratamiento debe durar con base al tiempo que se manifiesten los síntomas positivos y negativos, así como durante todo el tiempo que exista un riesgo de recaídas.

El periodo de cada tratamiento, en cada caso, viene por la evaluación médica de las ventajas y los inconvenientes de la medicación sobre ese paciente en concreto, los efectos del tratamiento deben ser valorados y discutidos en cada paciente por tiempos cortos.

Objetivos de la Farmacoterapia

- 1) “Permitir la desinstitucionalización de los pacientes en los que este objetivo sea alcanzable.
- 2) Tratar al paciente en episodio agudo.
- 3) Mantener la mejoría y el funcionamiento entre los episodios agudos.
- 4) Prevenir la aparición de nuevos episodios.
- 5) Mejorar los síntomas del humor y cognitivos del paciente.
- 6) Mejorar la calidad de vida del paciente y su familia”.²¹

1.7.1 Psicoterapia

La esquizofrenia se trata con una combinación de terapias, creadas especialmente de acuerdo a los síntomas y necesidades del paciente y de la familia.

De acuerdo con AFAPE, los objetivos de la psicoterapia en pacientes esquizofrénicos, son:

- ◆ Incrementar la calidad de vida.
- ◆ Mejorar el desempeño cognoscitivo.
- ◆ Disminuir las recurrencias y hospitalizaciones.
- ◆ Disminuir la depresión y el riesgo suicida.

La psicoterapia incluye sesiones programadas con regularidad, en las que el paciente y la familia conversan con su psicólogo o psiquiatra. Las sesiones pueden centrarse en problemas actuales o pasados, experiencias, pensamientos, sentimientos o reacciones personales.

El paciente puede llegar a entender gradualmente más acerca de sí mismo y de sus problemas, al compartir experiencias con una persona capacitada para entenderlo y que tiene una visión objetiva. También puede aprender a distinguir entre lo real y lo distorsionado, dio a conocer en entrevista la psicóloga Carolina Cabo.

²¹ Jorge Luis, Rovner *Esquizofrenia*, Disponible: mayo 2005-septiembre 2006
www.cofa.org.ar/esquizofrenia.htm.

1.7.2 Rehabilitación

Los programas de rehabilitación a través de una psico-educación, ayudan a los pacientes a entender y asimilar la enfermedad, así como el que se alisten a enfrentar problemas de la vida diaria, como lo es la administración del dinero, uso de transporte público etc. Estos métodos son muy útiles para los esquizofrénicos, porque proporcionan las técnicas necesarias para poder llevar mejor la vida dentro de la sociedad.

Algunas de las medidas que se plantean en la psico-educación de acuerdo con la Asociación de Familiares y Amigos Pacientes Esquizofrénicos son:

- ◆ Aceptar la enfermedad.
- ◆ Identificar sus puntos fuertes y sus limitaciones.
- ◆ Fijar metas claras y realistas.
- ◆ Después de una recaída, regresar de nuevo lenta y gradualmente a sus responsabilidades.
- ◆ Identificar los signos tempranos de una recaída. Hacer su propia lista de advertencias tempranas.
- ◆ Tomar su medicación exactamente de la manera en que fue prescrita.
- ◆ Identificar y reducir el estrés.
- ◆ Planear una rutina diaria regular, uniforme y predecible.
- ◆ Pasar tiempo con personas con quien se siente cómodo, quienes son útiles y comprensivos.
- ◆ Evitar las drogas y el alcohol.
- ◆ Comer una dieta balanceada.
- ◆ Conseguir suficiente descanso.
- ◆ Hacer ejercicios regularmente.
- ◆ Si el paciente no está seguro si se está comportando bien, debe preguntar a alguien en quien confíe o comparar su comportamiento con el de otros.

Padecer un trastorno psicótico, no puede ser el obstáculo que impida el desarrollo de roles sociales, como el trabajo o al menos una ocupación, relaciones interpersonales y afectivas; para cada paciente se realiza un plan individualizado de rehabilitación diferente, dependiendo de su enfermedad, estado, deterioro, conductas, problemas y situación social, así como laboral, sentenció para *la otra cara de la esquizofrenia* Margarita Saucedo presidenta de AFAPE y madre de un paciente.

En los psico-educativos se trabajan las siguientes áreas:

Habilidades sociales: trabajar mediante actividades en grupo técnicas educativas del trato social, que va desde la creación de pequeños sectores para jugar, hasta el entrenamiento en habilidades, como pedir favores, aceptar críticas etc.

Educación para la salud: se trabaja mediante módulos, los cuales son: sexualidad, alimentación, sueño, prevención de la ansiedad, autoestima y capacidades cognitivas.

Desarrollo personal: orientación al paciente en su vida particular, para favorecer su realidad social, cultural, deportiva, política etc.



Fototeca Nacional del INAH.
Fondo CASASOLA

Internos del manicomio La Castañeda realizando una tabla gimnástica 1945-1950

Los psicoeducativos también son para los familiares a través de grupos terapéuticos de mutuo apoyo que se brindan los miembros. El compartir experiencias con personas que están en una situación parecida, proporciona consuelo y fortaleza, mismas que se pueden transformar en acciones importantes como lo fue el nacimiento de la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos.

1. 8 Recaídas

“Los esquizofrénicos pueden presentar un grupo específico de signos y para conocerlos se necesita un contacto continuo, duradero y próximo de los familiares que viven en la misma casa con el enfermo.

Las recaídas del paciente pueden afectar la rehabilitación a largo plazo, ya que pueden pasar muchos meses hasta que el paciente recupere su nivel previo de funcionamiento. Además las recaídas infunden miedo y desconcentración a los familiares que viven con el paciente en casa. Para controlar las recaídas casi siempre es necesario hospitalizar al paciente, lo que supone unos mayores costos e intensidad en el tratamiento.”²²

Cuatro puntos son los fundamentales para prevenir las recaídas



Enfermo mental recostado sobre una almohada, en el suelo del manicomio La Castañeda 1945-1950

- ◆ La reducción del estrés y ansiedad.
- ◆ El aumentar la cooperación en la toma de la medicación.
- ◆ La restricción en el uso de drogas y alcohol.
- ◆ Enfrentamiento de los familiares en la evaluación de los síntomas.

La reducción del estrés

“Existen pruebas de que los acontecimientos y el ambiente negativo familiar, pueden precipitar las recaídas en los pacientes esquizofrénicos, por ello se educa a la familia sobre la naturaleza de la esquizofrenia, para así poder aumentar la aceptación de la enfermedad y disminuir los sentimientos de culpa de los pacientes y los padres. Para obtener resultados se requiere de períodos largos de tratamiento y profesionales con gran capacidad, para apoyar y entender las dificultades que los familiares sufren al enfrentarse con la enfermedad”.²³

²² José Antonio Aldaz y Carmelo Vázquez, *Esquizofrenia: Fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*, España, Siglo XXI, 1995 p. 260.

²³ *Ibidem* p. 261-262.

El aumentar la cooperación en la toma de la medicación.

“No hay duda de que un número importante de recaídas pueden ser explicadas por no tomar la medicación, por ello las intervenciones psico-sociales frecuentemente hacen énfasis al respecto. Un requisito previo para actuar, es medir si el paciente está tomando o no la medicación, para ello se combina una serie de métodos, como contar el número de las píldoras, la observación del paciente cuando toma la medicación y la obtención de la información sobre el medicamento y sus reacciones. La utilización de unos u otros depende de la cooperación del paciente y del grado de participación de los familiares. Así, habitualmente, las intervenciones para mejorar la cooperación con la medicación, van dirigidas tanto al paciente como a su entorno familiar”.²⁴

La restricción en el uso de drogas ilegales y alcohol

“En los pacientes esquizofrénicos, el abuso de drogas y alcohol puede precipitar las recaídas y la falta de cooperación con la toma de la medicación”.²⁵

Enfrentamiento de los familiares en la evaluación de los síntomas

“Los familiares deben conocer la enfermedad y los tratamientos del esquizofrénico y para ello se toman acciones.

- ◆ Revisar con la familia y el paciente los signos de recaída más frecuentes.
- ◆ Identificar aquel grupo de signos que han precedido las recaídas del paciente.
- ◆ Escribir estos signos y decidir quien los evaluará cada cierto tiempo.
- ◆ Desarrollar un plan para prevenir las recaídas, de forma que pueda ser seguido por los familiares, una vez que éstos sospechan que ésta va a ocurrir”²⁶

²⁴ Ibidem p. 261.

²⁵ Ibidem p. 262

²⁶ Ibidem p. 263.

El psicólogo Víctor Pérez habla sobre el particular para *la otra cara de la esquizofrenia*

Las recaídas son cuatro pasos hacia atrás, desafortunadamente cada vez que recaen hay una merma muy significativa, en el intelecto, hay merma en la reincorporación de los pacientes y la recaída tiene que ver mucho con el diagnóstico que se le da a cada uno de los pacientes, está cómo muy vinculada y el efecto que tienen ellos es desastroso, hay un retroceso muy grande y el retomar el camino es prácticamente volver a empezar de cero.

Víctor Pérez concluyó que una vez tomados los psicoeducativos y las recaídas controladas, la reinserción social del paciente debe iniciar al principio, con actividades sociales breves y serenas, para gradualmente convertirse en prolongadas y complejas.

El mejor tipo de contactos sociales que pueda tener un esquizofrénico es precisamente el contacto con otros pacientes, a medida que el enfermo gana confianza, la familia debe ayudarlo a reanudar su vida social, mediante actividades tranquilas y agradables porque se debe entender que los esquizofrénicos tienen gustos y necesidades como cualquier persona sana.

La familia verá que a raíz de que las actividades tienen lugar, el esquizofrénico se compromete gradualmente con los acontecimientos sociales normales y esto dará pie a que reconstruya su propia vida.



Fototeca Nacional del INAH.
Fondo CASASOLA

Manicomio General de La Castañeda. Fiesta con motivo de los reconocimientos finales. Baile ejecutado por niños asilados. 1935-1940

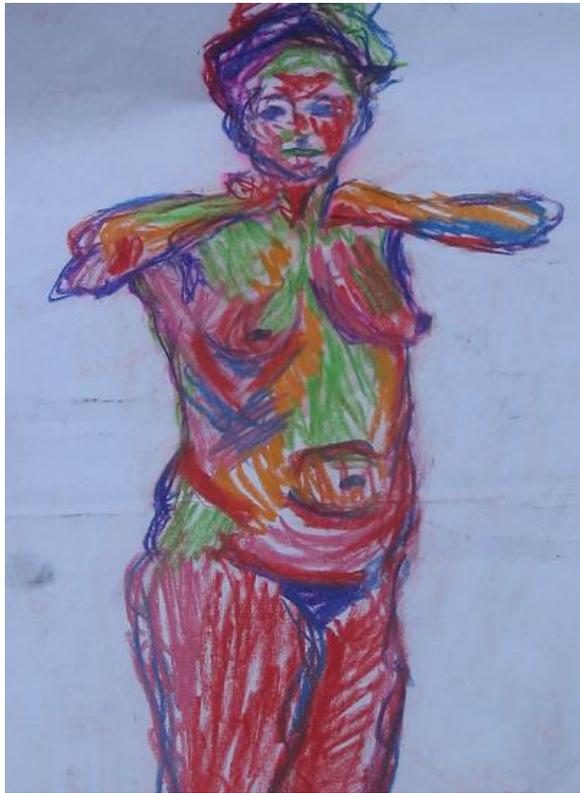


AFAPE

Enfermo mental de la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes con Esquizofrenia en una actividad de repostería 2005

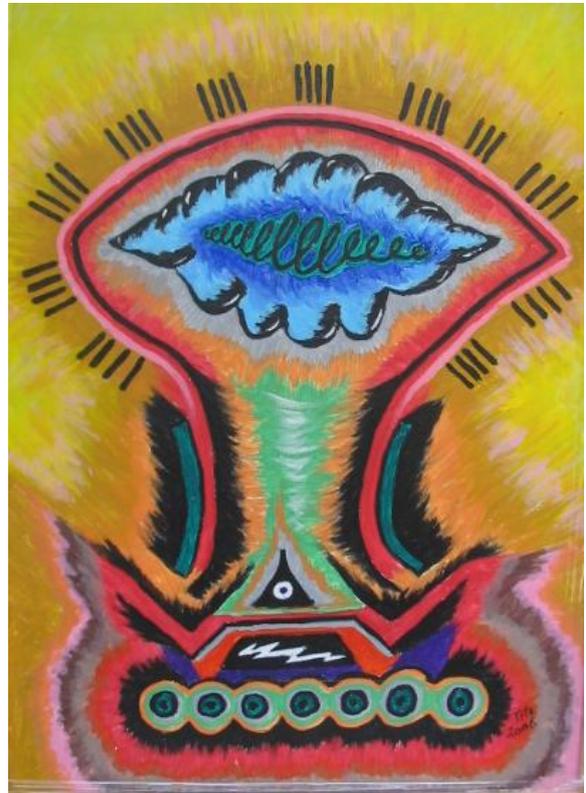


Obras realizadas por los enfermos mentales de la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos (AFAPE).



AFAPE

Obra pictórica realizada por un esquizofrénico de AFAPE. Anónimo 2000-2004



AFAPE

Obra pictórica realizada por un esquizofrénico de AFAPE. Anónimo 2000-2004



AFAPE

Obra pictórica realizada por un esquizofrénico de AFAPE. Anónimo 2000-2004

Capítulo 2. *Esquizofrenia: Un problema de Salud Pública*

El gobierno como eje rector de las políticas de la sociedad, es el responsable de atender la salud de la población, pues la Constitución lo estipula con la creación, implementación, impulso, vigilancia, difusión, previsión y evaluación de programas encaminados al bienestar físico y mental de cada uno de los mexicanos.

2.1 *Una mirada al Pasado: Antecedentes de la enfermedad mental en México*

Fototeca Nacional del INAH. Fondo CASASOLA



Manicomio general La Castañeda, vista de la fachada 1910

A finales del siglo XIX el presidente Porfirio Díaz, en aras de elevar a México al nivel de las ciudades modernas, avaló un proyecto para la construcción de un manicomio con todos los adelantos psiquiátricos y tecnológicos que se podían tener en la época.

En julio de 1910, el hijo del general, el ingeniero Porfirio Díaz, erigió un complejo arquitectónico sobre 78,480 metros cuadrados en los terrenos de la antigua hacienda La Castañeda, localizada en el pueblo de Mixcoac.

“El nuevo edificio debía ser distinto a los dos establecimientos que funcionaban en el periodo colonial para el cuidado de los enfermos mentales en la ciudad de México; el Hospital de San Hipólito para hombres ubicado en la Alameda Central y el del Divino Salvador para mujeres, en la calle de La Canoa.

Con la lógica de la modernización del espacio urbano que imperó a lo largo del porfiriato, se debían demoler y reubicar todos aquellos elementos que atentasen contra los patrones de salubridad y belleza. Por tanto, si el objetivo final era que la capital mexicana se pareciese a París, era un contrasentido que los locos se mantuvieran en el centro de la ciudad. En consecuencia, los viejos asilos coloniales se clausuraron y sus internos fueron trasladados: 418 mujeres y 366 hombres.”²⁷

²⁷ Andrés, Ríos Molina *Locura, Enfermedad Mental y Encierro. El Manicomio General de La Castañeda. 1910-1968*. En *Imágenes Locura, Enfermedad Mental y Encierro. El Manicomio General de La Castañeda. 1910-1968*. *Diario de Campo* julio 2006 No. 86. Instituto Nacional de Antropología e Historia. p.5-6.

Así, en el marco de los festejos del centenario de la independencia, el uno de septiembre de 1910 el general Porfirio Díaz inauguró el manicomio general de *La Castañeda* con 24 edificios con capacidad para 1200 internos, teniendo como testigos a la elite política, militar y diplomática de principios del siglo XX.

Fototeca Nacional del INAH. Fondo CASASOLA



Porfirio Díaz en compañía de Amparo Escalante del Corral visitando los pabellones del manicomio La Castañeda 1910

El nosocomio contó con áreas administrativas, de juego, comedores, escuela, biblioteca, sala de cine, granja y huerta. El manicomio se conformó con pabellones de 20 camas para hombres y mujeres, distribuidos de la siguiente manera:

Fototeca Nacional del INAH. Fondo CASASOLA



Manicomio general de La Castañeda, inauguración 1910

Pabellón de Tranquilos B

Allí vivían los que podían pagar una mensualidad con derecho a cama individual, enfermera permanente y mejor dieta.²⁸ “Se albergaba a los pacientes tranquilos, semiagitados, agitados, sucios, ancianos y paralíticos.”²⁹

Pabellón de Epilépticos

“ La enfermedad mental que más llamó la atención de los psiquiatras a finales del siglo XIX en México, fue la epilepsia. No obstante, lo que en aquellos días se conocía como epilepsia, no necesariamente concordaba con lo que hoy podríamos considerarla como tal. Sujetos violentos que no se convulsionaban, eran diagnosticados con *el mal*.

²⁸ Ibidem p.5.

²⁹ Gerardo Vázquez Estrada. *Manicomio General de La Castañeda ¿Institución de Salud Mental o Higiene Pública? 1910-1914*. Universidad de Las Americas. Archivo de la Secretaría de Salud. México. 2006 p. 24.

En consecuencia, esta enfermedad era vista como sinónimo de peligrosidad social, ya que un epiléptico podía matar a alguien sin argumento ni remordimiento.”³⁰

Pabellón de los Alcohólicos

“El consumo del licor fue una de las plagas contra las que más luchó la elite porfiriana. Se consideraba al alcohol como la más poderosa causa de la degeneración racial de los mexicanos y el origen de todos los problemas sociales. Se suponía que los alcohólicos tendrían hijos epilépticos, quienes, a su vez, procrearían imbéciles, los cuales extinguirían la raza. Por esta razón, cuando alguien ingresaba al manicomio, los médicos indagaban sobre el consumo de licor del interno o de algún miembro de la familia, ya que de existir, sería la justificación incuestionable de la locura. A esta sección también ingresaban quienes eran sorprendidos en el consumo de drogas, dando lugar a otras enfermedades como la opiomanía, cocainomanía y heroínomanía.”³¹ Dentro del área se creó el hospital de Toxicómanos.

Durante los primeros años, La Castañeda actuó como asilo en la labor de procuración de higiene pública. Pareciera que se remitían personas recogidas por la autoridad en estado de ebriedad y drogados, o simplemente a indigentes, para evitar mala imagen de la ciudad de México. Y cuando se normalizaban, no podían darlos de alta por orden judicial. Así lo ejemplifica el médico del pabellón, quién recopiló el expediente del interno marcado con el número 1001 en abril de 1911.

“...días antes de su ingreso se había quedado sin trabajo y entonces se dedicó a beber. Llevaba tres días de hacerlo cuando estalló su acceso de delirium tremens, veía gente que lo quería matar, no dormía nada, oía que lo injuriaban....ya tenía unos cuatro días de estar en su casa enfermo, huyendo de sus alucinaciones de la vista: como iba corriendo a toda carrera lo detuvo un gendarme y lo condujo a la Comisaría, allí lo detuvieron dos días y después lo remitieron al Manicomio y cuando llegó a éste, habían desaparecido las perturbaciones mentales, persistiendo los síntomas de intoxicación.”³²

³⁰ Andrés Ríos *op. cit* p 5

³¹ *Ibidem* p.5.

³² Gerardo Vázquez *op cit* p 27.

Pabellón de Imbéciles

Ahí eran encerrados todos los que padecían síndrome de down, autismo y todos aquellos enfermos mentales con discapacidades.

Fototeca Nacional del INAH. Fondo CASASOLA



Niños y adolescentes, enfermos mentales, realizando manualidades en el manicomio La Castañeda 1945-1950

Pabellón de Tranquilos A

“Ahí convivían aquellos que no tenían dinero para pagar una mensualidad, *los indigentes*. Pero además se mezclaban todos los enfermos mentales que no eran ni epilépticos, imbéciles, alcohólicos o agresivos.”³³

Pabellón de Peligrosos

Fototeca Nacional del INAH. Fondo CASASOLA



Un pabellón del manicomio La Castañeda 1945-1950

“Está área era el resultado de la iniciativa tomada por el director de la Penitenciaría y el Ministro de Gobernación años atrás, con la finalidad de vigilar a los criminales de cerca y reconocer con el tiempo si la locura que padecían era real o simulada.”³⁴

³³ Andrés Ríos *op cit* p, 5-6.

³⁴ Gerardo Vázquez *op cit* p 24.

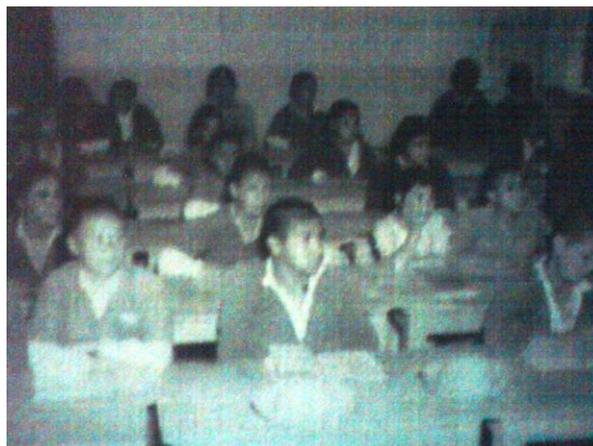
Escuela para niños anormales

“Se buscaba impartir educación especial a los internos que estuviesen en capacidad de aprender. No obstante, este proyecto casi siempre fue un proyecto que fracasó, ya que con un aula y una profesora, no era posible cubrir la demanda.”³⁵

En La Castañeda se diagnosticaba las afecciones de la época.

Las más recurrentes fueron: epilepsia, psicosis maniaco depresiva, parálisis general progresiva, paranoia, alcoholismo, histeria, demencia precoz (que a partir de 1920 en México se llamó esquizofrenia), demencia senil, imbecilidad, idiotismo, cocainomanía y heroínomanía.

Fototeca Nacional del INAH. Fondo CASASOLA



Enfermos mentales en una aula escolar del manicomio La Castañeda 1945-1950

Fototeca Nacional del INAH. Fondo CASASOLA



Dormitorio del manicomio La Castañeda 1945-1950

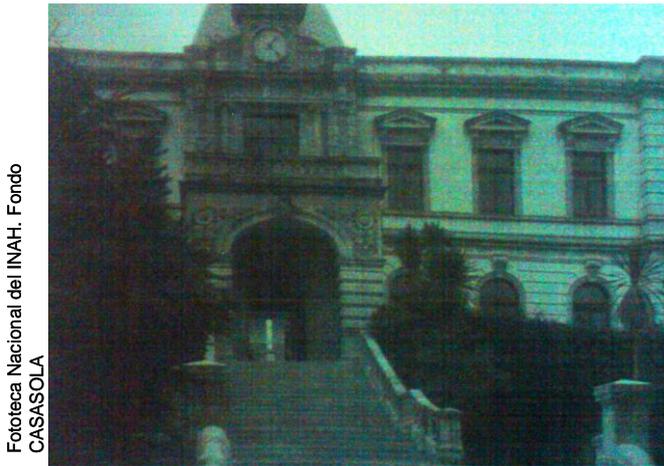
“No obstante, con tales diagnósticos no podemos hacer un análisis real del estado de salud mental de quienes llegaron La Castañeda. ¿Qué nos podía decir la psiquiatría a inicios del siglo XX sobre la dinámica del cerebro, sin saber la existencia de los neurotransmisores? ¿Cómo asegurar que se padecía de epilepsia sin un electroencefalograma?

Por lo tanto, pese a los diagnósticos hechos en La Castañeda, jamás podremos saber cuántos de los que allí estuvieron encerrados, en verdad padecían alguna neuropatía y psicopatía.”³⁶

³⁵ Andrés Ríos *op cit* p 6.

³⁶ *Ibidem* p 7-8.

A finales de la década de 1930 se reportaban más de 35 mil internos, por ello las quejas aumentaron sobre la situación inhumana. “Por otra parte, la capital mexicana seguía creciendo y La Castañeda, al igual que 50 años atrás con los asilos coloniales, quedaba atrapada en medio de una ciudad que crecía. Por esta y otras razones, el Estado impulsó un ambicioso proyecto para dismantelar el Manicomio y construir granjas que demostrarían la eficacia terapéutica del trabajo. En 1968 se dismanteló y no quedó piedra sobre piedra.”³⁷



Fototeca Nacional del INAH. Fondo CASASOLA

Edificio de Servicios General del Manicomio La Castañeda 1945-1950

En 1959 apareció la Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, con un proyecto llamado *Servicios de Higiene Mental*, el cual se insertó en varios Centros de Salud en el Distrito Federal y pretendía ofrecer programas preventivos y de contacto primario para atender los problemas en la materia. Estos servicios contaban con un

psiquiatra, un psicólogo y una trabajadora social. Por desgracia la iniciativa fracasó; en 1964 sólo había 16 de estos servicios, de los cuales 10 estaban en la ciudad de México y seis en diferentes estados.

En 1967 iniciaron operaciones los hospitales psiquiátricos Fray Bernardino Álvarez para adultos y Juan N. Navarro para niños y adolescentes, sustituyendo al manicomio de La Castañeda que en ese año fue clausurado.

Posiblemente por el crecimiento de los servicios especializados y por las diferencias que se fueron encontrando entre la neurología, la psiquiatría y la rehabilitación, la dirección cambio de nombre y de facultades para convertirse en Dirección General de Salud Mental. Sus facultades eran eminentemente operativas al concentrar, administrar, normar y regular, los recursos financieros para los hospitales psiquiátricos de la Secretaría de Salud en todo el país.³⁸

³⁷ Ibidem p 7.

³⁸ Oscar Benassini, *La atención psiquiátrica en México hacia el Siglo XXI*, *Revista Mexicana de Salud Mental*, 2001, Vol. 24, No. 662 p. 73. Disponible: mayo 2005-septiembre 2006

http://bvs.insp.mx/harticulo.php?id_art=964&id_programa=2&id_seccion=25.

En 1979 nace el Instituto Mexicano de Psiquiatría, en sustitución del entonces Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental. El IMP asume la tarea de desarrollar la investigación científica en diversas áreas y la formación de recursos humanos especializados.

En la década de los ochentas se crean las Jefaturas de Servicios Coordinados en cada estado de la república, teniendo la facultad de mando en todos los servicios de salud a población abierta, incluidos los hospitales federales.

Con las Jefaturas Estatales de Servicios Coordinados, en 1981 la Dirección General de Salud Mental pierde recursos y facultades, transformándose en una instancia de carácter normativo como la Dirección de Normas de Salud Mental, Asistencia Social y Rehabilitación. Dicha dependencia fue la primera en crear una norma técnica para la prestación de los servicios, elaboró programas y almacenó información acerca de los procesos de atención, coordinación y apoyo técnico en los hospitales psiquiátricos.

En 1990 la Organización Panamericana de la Salud convocó a los países de América Latina, para formar las políticas de atención psiquiátrica en la región. De esta reunión surgió la *Declaración de Caracas*.

En 1995 se reactiva la Dirección General de Salud Mental, para lo cual se fusiona la Dirección de Normas de Salud Mental, con la oficina operativa del Consejo Nacional contra las Adicciones. Se propone un programa nacional de salud mental, cuya elaboración no llegó a concluirse.

La Dirección desarrolló la Norma Oficial Mexicana para la Atención Psiquiátrica hospitalaria, vigente desde 1995.

En 1996 se decidió que el CONADIC volviera a operar en forma autónoma, por ello se creó en 1997 la Coordinación de Salud Mental.³⁹

En 2003 la administración de Vicente Fox creó el Consejo Nacional de Salud Mental.

³⁹ Ibidem. p.75

2.2 Desde el escritorio.... las enfermedades mentales: Políticas sanitarias y visión burocrática

El presidente Vicente Fox se comprometió, jurando ante la nación y la Constitución, velar por la integridad de los mexicanos, por ello en la materia que compete, su administración creó el Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PNS), destacando los siguientes puntos:

- ✿ Capacitación interna de personal y modernización en infraestructura.
- ✿ Difusión de educación sanitaria y equidad de género.
- ✿ Estrategias en salud ambiental y laboral.
- ✿ Estrategias sanitarias por sector poblacional: recién nacidos, indígenas y ciertos grupos vulnerables.
- ✿ Control y previsión de tuberculosis, dengue, cólera, lepra, rabia, cáncer cérvico-uterino y salud bucal.
- ✿ Plan de trabajo para enfermedades prioritarias: diabetes, cardiovasculares, hipertensión e insuficiencia renal.
- ✿ Promoción de la donación y los trasplantes.
- ✿ Estrategia prioritaria contra lesiones en accidentes.
- ✿ Atención a las adicciones. Alcohol, droga y cigarro.
- ✿ Control y previsión del SIDA.
- ✿ Difusión y evaluación de los servicios de salud.
- ✿ Costos económicos de la población para previsión, atención y control de la salud.
- ✿ Estrategias de innovación en la estructura burocrática de la Secretaría de Salud.
- ✿ Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población.
- ✿ Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud.⁴⁰

⁴⁰ Metas del Programa Nacional de Salud 2001-2006, documento de seguimiento p. 6-18
Disponible: mayo del 2005-septiembre 2006
www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/metas_pns/metas_pns.htm.

En PNS en materia de enfermedades, mentales de forma escueta sólo manejó dos metas:

- ✿ Incrementar en 20% los servicios proporcionados a la población con padecimientos mentales.
- ✿ Ampliar en 20% la capacidad y los recursos para la atención de salud mental.⁴¹

El Plan Nacional de Salud 2001-2006, ignoró los padecimientos mentales al no haber detallado ninguna estrategia o meta a seguir para el sector afectado, incluso en el rubro de discapacidad, en *la otra cara de la esquizofrenia* se destacó la visión de los funcionarios de la Secretaría de Salud, que no manejaron las enfermedades mentales como una discapacidad, especificando nada más las físicas.



Procesofoto

Dr. Julio Frenk Mora Secretario de Salud y Vicente Fox en el Hospital Infantil de México donde se llevó acabo la ceremonia "La prevención y el tratamiento del cáncer en la infancia y la adolescencia". 2004

Discapacidades a Prevenir, Tratar y Procurar

“Metas 2001-2006

Realizar anualmente la detección temprana (en los tres primeros meses de vida) de 10,000 casos de parálisis cerebral infantil, 1,000 casos de hipotiroidismo congénito, 2,500 casos de mielomeningocele, 2,400 casos de sordera congénita, 2,600 casos de pie equino varo congénito y 3,000 casos de luxación congénita de la cadera.

Meta 2001-2006

Rehabilitar dentro de las primeras cuatro semanas de la enfermedad o lesión discapacitante, a 20 mil casos de traumatismo craneoencefálico, 40 mil casos de enfermedad vascular cerebral, 120 mil casos de fracturas graves y dos mil casos de lesiones medulares.

⁴¹ Ibidem p.19.

Meta 2003

Rehabilitar dentro de las primeras cuatro semanas de la enfermedad o lesión discapacitante a 606 casos de traumatismo craneoencefálico
1,212 casos de enfermedad vascular cerebral, 3, 636 casos de fracturas graves, 61 casos de lesiones medulares.

Meta 2001-2006

Gestionar el apoyo financiero para 20,000 personas con discapacidad para la adquisición de prótesis, órtesis y ayudas técnicas.

Con base en el Programa de Acción de Prevención y Rehabilitación de Discapacidades, la meta queda como sigue: Gestionar el apoyo financiero a 20,000 personas con discapacidad, para la adquisición de 14,000 ayudas visuales, 2,000 prótesis dentales, 1,928 auxiliares auditivos, 500 prótesis laringeas y 1,572 prótesis de aparato locomotor”.⁴²

Las enfermedades mentales no fueron mencionadas, otorgando prioridad a discapacidades visuales o auditivas, cuando la Encuesta Nacional de Salud realizada en el año 2000, en más de 45 mil viviendas a un total de 190 mil 214 personas, en el rubro de discapacidad detallaba⁴³.

De 96.9 millones de mexicanos, 2.2 millones estaban discapacitados, equivalente a 2.3 %

La distribución porcentual según tipo de discapacidad

Motriz	46.6%
Mental	16.5%
Auditiva	16.4

Visual	14.6%
Lenguaje	2.2%

La discapacidad mental ocupó el segundo lugar y no fue incluida en el PNS. Dicho plan basó su infraestructura humana, técnica y material de acuerdo con las enfermedades de mayor mortalidad en México.

⁴² Ibidem pp. 23-24.

⁴³ Encuesta Nacional de Salud Disponible: mayo 2005-septiembre 2006
www.insa.mx/ensa/ensa_tomol.pdf.

La Encuesta Nacional de Salud, destacó que en 1999 las enfermedades del corazón, tumores malignos y diabetes, tuvieron los primeros tres lugares respectivamente como causa de muerte general.⁴⁴

Las enfermedades mentales representaban la quinta causa de muerte en el país hace dos años, denunció la organización Red Voz Pro Salud Mental.⁴⁵

La Secretaría de Salud elaboró de forma específica el Programa de Acción en Salud Mental a través del Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental en el año 2000, para atender de acuerdo a su nivel de incidencia en la población, las siguientes enfermedades:

- ✿ Depresión.
- ✿ **Esquizofrenia.**
- ✿ Demencia, en especial la enfermedad del Alzheimer
- ✿ Epilepsia.
- ✿ Psicología infantil y adolescencia. (déficit de atención y estrés postraumático)
- ✿ Enfermedad de Parkinson.
- ✿ Atención psicológica en caso de desastre.⁴⁶

De acuerdo con la cifra más reciente sobre esquizofrenia, en el 2005 en México había 2 millones de personas con la enfermedad, lo que convertía la situación en un problema de salud pública.⁴⁷



Manifestantes a las afueras de la Secretaría de Salud, en protesta por la reubicación del hospital psiquiátrico infantil Dr. Juan Navarro. México, D.F. febrero 2006

⁴⁴ Encuesta Nacional de Salud Disponible: mayo 2005- septiembre 2006

www.insa.mx/ensa/ensa_tomo2.pdf.

⁴⁵ Ángeles, Cruz Martínez *Las afecciones mentales, soslayadas en los hechos en los planes oficiales*, *La Jornada*, 03 de diciembre del 2004 Disponible: mayo 2005-septiembre 2006

www.jornada.unam.mx.

⁴⁶ Programa de Acción en Salud Mental Disponible: mayo 2005-septiembre 2006

www.sersame.salud.gob.mx p. 51-56.

⁴⁷ Ángel Mendoza, *Crean arte por salud mental*, *El Universal*, 13 de enero 2005, Disponible: mayo 2005-septiembre 2006. www.eluniversal.com.mx.

Con base en el Plan de Acción en Salud Mental del 2000, la actual administración federal se planteó metas y objetivos en torno a la esquizofrenia y a las otras enfermedades mentales antes descritas.

- ✿ Conocer la magnitud y características del problema de salud mental en nuestro país.
- ✿ Fortalecer y ampliar la infraestructura existente para la atención de los problemas de salud mental.
- ✿ Organizar, operar y supervisar a las instituciones dedicadas al estudio, tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales.
- ✿ Actualización y fortalecimiento de los modelos de atención a la salud mental.
- ✿ El internamiento de personas con padecimientos mentales en establecimientos destinados a tal efecto se ajustará a principios éticos y sociales.
- ✿ Fortalecimiento del abasto, disponibilidad y acceso a los medicamentos necesarios para la atención de los problemas prioritarios de salud mental.
- ✿ Promover la incorporación de enfermedades mentales en los esquemas de seguros.
- ✿ Informar a la población en general sobre los problemas de salud mental, a fin de que se logren identificar estos padecimientos oportunamente y sea canalizado el paciente a las instancias adecuadas, educando también a las familias sobre el manejo del enfermo mental.
- ✿ Educar a la población en general sobre los problemas de salud mental, a fin de eliminar la discriminación de pacientes con enfermedades mentales.
- ✿ Desarrollo de una intensa labor de capacitación en salud mental en las escuelas de medicina, programas de posgrado y entre profesionales activos.
- ✿ Es necesaria la reestructuración y creación de Centros Comunitarios de Salud Mental, de acuerdo a un análisis, se estima que por lo menos debiera de existir un CECOSAM por cada millón de habitantes. Una meta mínima para el 2006 será contar con 35 Centros Comunitarios de Salud Mental, dando prioridad a las ciudades más pobladas y que no disponen de este tipo de servicios.
- ✿ La instalación de hospitales psiquiátricos en los estados de la República que carecen de ellos. Se estima la conveniencia de contar con un hospital psiquiátrico de

tercer nivel de atención, con 40 a 60 camas por cada 500 mil habitantes.⁴⁸

En entrevista para *la otra cara de la esquizofrenia*, el psicólogo Ariel Monroy actual coordinador general del área psicológica de la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos, por su amplia trayectoria laboral dentro de Hospitales y Centros Psiquiátricos, se expresa sobre las políticas públicas para los enfermos mentales:

Es nefasto, en hospitales que son públicos, nos vamos a medicamentos, dan el peor medicamento que a lo mejor causan un montón de síntomas secundarios pero sale más barato para el gobierno, pero *le vale gorro*, no hay programas de rehabilitación bien hechos en algún hospital psiquiátrico, entonces como no son productivos para el gobierno ni para el Estado, los pacientes *valen madre* en todos los aspectos.

2.2.1 Infraestructura

La Secretaría de Salud al no *poder tapar el sol con un dedo*, realizó un análisis de la problemática de salud mental en México y deliberó:

- ✿ Infraestructura insuficiente, distribución inadecuada y de difícil acceso.
- ✿ Personal especializado insuficiente y mal distribuido en el territorio nacional.
- ✿ Carencia de recursos económicos para poder brindar un servicio adecuado en la infraestructura existente.⁴⁹

⁴⁸ Programa de Acción en Salud Mental *op. cit.*, p. 111-112.

⁴⁹ *Ibidem.* p.59.

El Secretario de Salud Julio Frenk informó en el año 2002 que en nuestro país, más de 15 millones de personas tenían un problema de salud mental.⁵⁰

Para tener un parámetro, dos años atrás dichos mexicanos al igual que la sociedad que necesitaba un servicio de salud en general, sólo podía acudir a ciertas instituciones.⁵¹

Cantidad de personas atendidas por institución.

IMSS	31.49 millones
------	----------------

ISSSTE	5.7 millones
--------	--------------

PEMEX y SEDENA	un millón de personas
----------------	-----------------------

INSTITUCIÓN NO ESPECÍFICA	3.8 millones
---------------------------	--------------

SIN SEGURIDAD SOCIAL	55.5 millones de mexicanos.
-----------------------------	-----------------------------

*Los no derechohabientes fueron atendidos por el área de Salud de la Secretaría de Desarrollo Social, el DIF y otras instituciones estatales.

Aterrorizante que más de la mitad de los mexicanos no tenían acceso a servicios médicos, pero normal en base a sus percepciones económicas.

Según la Encuesta Nacional de Salud 2000, con muestras a más de 190 mil personas, arrojó que el 20% de ellos tuvo ingresos de menos de un salario mínimo mensual y el 40% al mes obtuvo menos de dos salarios mininos.⁵²

⁵⁰ Patricia, Muñoz Ríos *Unos 15 millones de mexicanos padecen alguna enfermedad mental o sufren adicciones: Ssa, La Jornada* 25 de diciembre 2002. Disponible: mayo 2005-septiembre 2006 www.jornada.unam.mx.

⁵¹ Programa de Acción en Salud Mental *op. cit* p.60.

⁵² Encuesta Nacional de Salud Disponible: mayo 2005-septiembre 2006 www.insa.mx/ensa/ensa_tomo1.pdf pp. 49-50.

El servicio más grande y especializado que tienen los mexicanos en cuanto a enfermedades mentales se refiere, es el *Módulo de Salud Mental*, integrado al Hospital General. Dicho módulo brinda servicios ambulatorios de atención psicológica y psiquiátrica en trastornos primarios y secundarios de salud mental.

El número de unidades de este tipo hasta el 2000, fue de más de 250 distribuidos a lo largo del país, siendo el IMSS la institución que disponía de 50% del total a la Secretaría de Salud 30% y el ISSSTE y los otros organismos de seguridad social tenían el 20% restante. En más de la mitad de los Módulos se disponía de médico psiquiatra y psicólogo clínico, el 30% sólo del recurso de psicología y en otros sólo de psiquiatría.⁵³

La SSA mantenía en operación en el año 2000, más de 80 módulos de salud mental integrados a centros de salud, los cuales en su mayoría disponía de psicólogo clínico, en otros de trabajadoras sociales y enfermeras. En una tercera parte de médico psiquiatra y de equipo de salud mental.



Procesofoto

Hospital psiquiátrico campestre "Adolfo M. Nieto", dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. . Antigua carretera a las Pirámides. enero 1981.

Los estados en donde se contaba con estos servicios eran, el Distrito Federal, Baja California, Baja California Sur, Jalisco, Sonora, Sinaloa, Nayarit, Guanajuato, Michoacán, Nuevo León e Hidalgo.

Una modalidad de servicio de mayor complejidad es *la Unidad de psiquiatría* integrada al *Hospital General*, en donde además de los servicios mencionados se proporciona atención hospitalaria especializada.

La Secretaría de Salud disponía de ocho servicios, cuatro en el Distrito Federal y uno en Querétaro, Campeche, Zacatecas y Aguascalientes en el 2000. El IMSS e ISSSTE tenían sólo un servicio de estas características para sus derechohabientes en el mismo año.

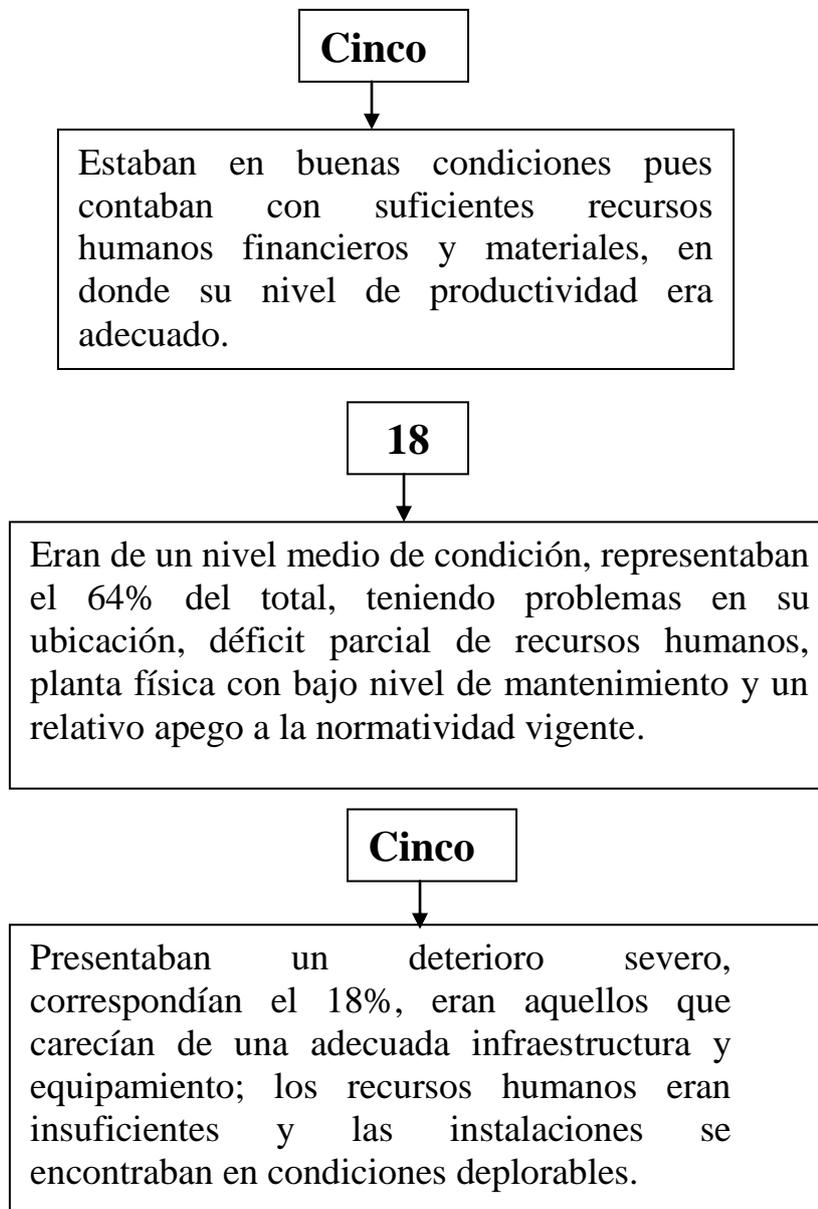
⁵³ Programa de Acción en Salud Mental *op.cit* p. 66.

En el año 2000, había 50 unidades con recursos para dar servicio de hospitalización psiquiátrica en el país, de estos,

- **35** fungían como establecimientos públicos.
- **Cuatro** dependían del Instituto Mexicano del Seguro Social y el resto eran instituciones del sector privado.

Dichas unidades no estaban repartidas de manera equilibrada en la república mexicana.⁵⁴

Existían 28 hospitales psiquiátricos en México con un promedio de antigüedad de 35 años al inicio del 2000.⁵⁵



⁵⁴ Ibidem p.67.

⁵⁵ Ibidem p. 59-60.

Para el año 2003, las cifras en infraestructura cambiaron de 28 a 30 hospitales de acuerdo con el Programa de Acción en Salud Mental.⁵⁶

Secretaría de Salud			
Recursos Materiales			
Tipo de Unidad	Total		
Hospital Psiquiátrico	30	Laboratorio	
Consultorios	464	Análisis Clínicos	16
Medicina Familiar y General	35	Anatomía Patológica	cero
Odontología	21	Gabinete de Radiología	7
Otros Servicios	408		
		Equipo	
Camas		Rayos X	10
Censables	4634	Unidad Dental	26
No censables	257	Rayos X Dental	22
Incubadoras	cero		
Quirófano	1		
		Salas	
Expulsión	cero		
Urgencias	13		
Hidratación Oral	cero		
Cir. Ambulatoria	cero		
Endoscopia	cero		
Banco de Sangre	cero		

En el caso de la atención psiquiátrica infantil, el problema es aún más serio, ya que sólo existe en la República Mexicana un hospital psiquiátrico que atiende a este tipo de población y que se encuentra ubicado en la Ciudad de México llamado Dr. Juan N. Navarro.⁵⁷

⁵⁶ Secretaría de Salud, Dirección General de Información de Salud 2003. Disponible: mayo 2005-septiembre 2006 www.salud.gob.mx.

⁵⁷ Programa de Acción en Salud Mental *op.cit* p. 60.

El doctor Jorge Barrera, titular de la Barra Médica de *La Red de Radio Radio Red* (frecuencia 1110 am) en Grupo Radio Centro, externó su sentir sobre la infraestructura que hay para atender las enfermedades mentales:

Si bien la situación de salud en México en general es grave, por falta de unidades, educación para la salud, por los sistemas que tienen nuestras instituciones de salud, en cuestión mental está más grave, ahí sí es catastrófico, la calidad de la preparación de los profesionales en los hospitales sólo existe uno, el Fray Bernardino Álvarez, el otro es el Instituto Nacional de Psiquiatría, y el Juan N. Navarro en donde hay formación de especialistas, que para todo el país es insuficiente por supuesto, el programa de salud de los gobiernos federal y locales es bastante malo o nulo en cuanto a la salud mental, no existe interés alguno, la propia secretaría de salud tiene olvidado prácticamente el programa de salud mental.

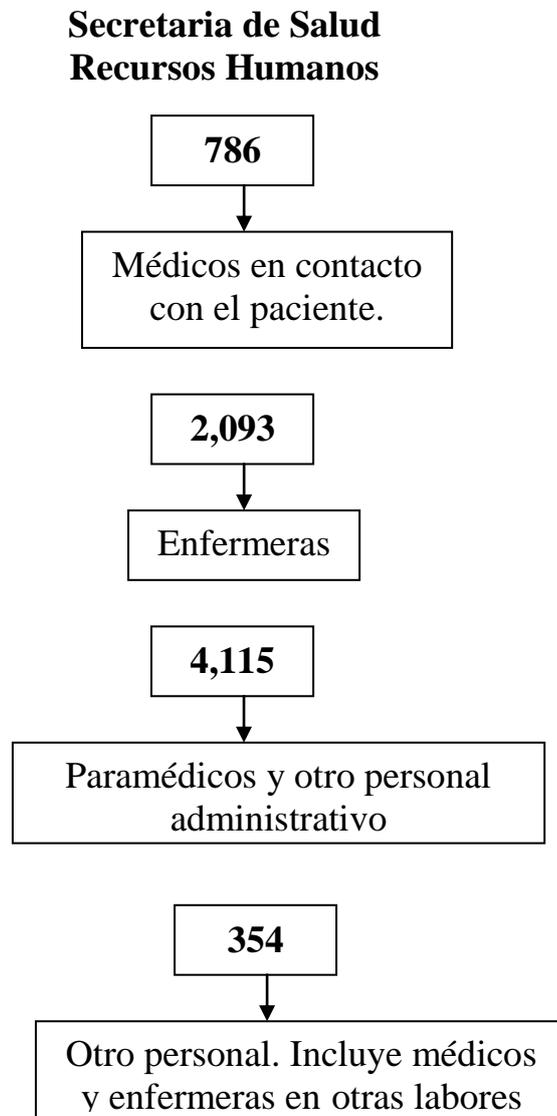


Enrique Mtz

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Ciudad de México 2007

2.2.2 Recursos Humanos

En el año 2003, los 30 hospitales psiquiátricos de toda la república Mexicana mostraban esta realidad:⁵⁸



Dichos números son muy generalizados sin que puedan aterrizar la problemática estructural de las enfermedades mentales, sin embargo destaca que existe una mínima cantidad de médicos especializados y con grado académico alto.

⁵⁸ Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud, Boletín de Información Estadística Vol. I, 2003. Disponible: mayo 2005-septiembre 2006 www.salud.gob.mx.

El titular de la Secretaría de Salud el Dr. Julio Frenk, advertía cifras cercanas a los 15 millones de mexicanos con problemas de salud mental, sin embargo sólo el 25% de esas personas tenían acceso al tratamiento médico adecuado en el 2003.⁵⁹

De cada 100 personas con problemas severos, sólo 10 acceden a la consulta en los servicios de salud, de los cuales la mitad son atendidos por el psiquiatra o psicólogo, y de éstos entre dos y tres reciben el tratamiento apropiado. Advirtió la Organización Panamericana de la Salud en México en el 2005.⁶⁰

Datos del Registro Nacional de Infraestructura para la Salud en el Distrito Federal, informaron que la capital concentraba en el 2000 el 41% de los psiquiatras y psicólogos institucionales para la población abierta de todo el país.

Únicamente siete estados tenían exceso de psiquiatras y cuatro de psicólogos, es decir uno por 100 mil y uno por 40 mil habitantes, respectivamente.

En Campeche, Chihuahua, Quintana Roo y Zacatecas la carencia de psiquiatras en todos los niveles era casi absoluta.

En Campeche y Quintana Roo ocurre la misma situación con relación a psicólogos.

La distribución de hospitales, profesionistas de la salud y servicios en general, se encontraban concentrados principalmente en el Distrito Federal, Jalisco y Nuevo León⁶¹

El que hubiese o que aún exista diferencia de profesionistas para atender las enfermedades mentales en las entidades federativas, se debe a muchos aspectos, como el político, económico, cultural y religioso. Sin embargo, el aspecto educativo es la columna vertebral, las universidades son las que forjarán a la mano de obra en salud mental para desarrollarse en su localidad, zona, delegación o ciudad.

⁵⁹ Ángeles Cruz Martínez, *Crea la SSA el Centro Nacional de Salud Mental; aún no tiene presupuesto La Jornada*, 18 de diciembre del 2003. Disponible: mayo 2005-septiembre 2006 www.jornada.unam.mx

⁶⁰ Ángeles Cruz Martínez, *En México, deficiente atención para personas con males mentales: OPS. La Jornada* 13 de Abril 2005. Disponible: mayo 2005-septiembre 2006 www.jornada.unam.mx .

⁶¹ Programa de Acción en Salud Mental *op.cit* p.59.

Los planes de salubridad y de educación de cada estado de la república van ligados para determinar en años posteriores, cuanta población accederá y tendrá a su alcance a un psicólogo o psiquiatra, lo que determinará su calidad de vida en lo que ha salud mental se refiere.

Formación psicológica

En 1999 la Dirección de Instituciones Particulares de la SEP, registró a 107 escuelas con programas de estudios superiores para psicología.

69	Licenciatura
11	Especialidad
26	Maestría
Un	Doctorado

El Distrito Federal recababa el 55.1% de planteles y programas académicos seguido de⁶²

11.2%	Veracruz	6.5%	Morelia
9%	Aguascalientes, Nuevo León Oaxaca Querétaro y Yucatán	4.6%	Guanajuato
8.4%	Guadalajara	2.8%	Hidalgo y Baja California
		1.8%	Puebla y Chiapas

La Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior de la SEP, dio a conocer para el ciclo escolar 2001, 54 carreras o programas de estudio a nivel licenciatura para Escuelas Públicas.

De los cuales:

9 psicología educativa	16.6%
6 psicología laboral	7.4%
4 psicología social	4.7%
2 psicología clínica	3.7%

⁶² Ibidem p.82.

Distrito Federal, Jalisco, Veracruz, Tamaulipas, Durango, Baja California y Estado de México (respectivamente en proporción) son las entidades que imparten en sus universidades la carrera de psicología general.

Aunque la psicología clínica es la más rezagada en las aulas, ya en la vida laboral los papeles se invierten.

En 1999 (aunque tiene 2 años de atraso con los datos anteriores, se menciona como un parámetro de posible referencia) la SSA encuestó la función que realizaban 124 psicólogos ya en el campo laboral, dentro de hospitales psiquiátricos del DF y en Centros Comunitarios de Salud Mental de la capital. El 90% desarrollaba actividades clínicas, 6 % actividades de enseñanza e investigación y sólo 4% funciones administrativas.⁶³

Formación Psiquiátrica

Graciela Cámara, vicepresidenta de la Asociación Civil Ingenium, comentó que en México en el 2004 existía un psiquiatra por cada 43 mil habitantes; cuando la Organización Mundial de la Salud señala que debería existir uno por 10 mil habitantes.⁶⁴

La Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior de la SEP, registró para el ciclo escolar 1998 a 57 especialistas en psiquiatría, de ellos 25 con maestría, formando a 82 médicos en psiquiatría por año. (UNAM-INP)

Por su parte el hospital Fray Bernardino Álvarez en el periodo 1999-2000 albergó la residencia de 241 especialistas en psiquiatría.⁶⁵

⁶³ Ibidem p. 82-84.

⁶⁴ Ángeles Cruz Martínez *Las afecciones mentales, soslayadas en los hechos en los planes oficiales*, *La Jornada* 03 de diciembre del 2004. Disponible: mayo 2005-septiembre 2006 www.jornada.unam.mx.

⁶⁵ Programa de Acción en Salud Mental, *op. cit.* p. 80-81

Con dicha realidad, el psicólogo Ariel Monroy en entrevista para *la otra cara de la esquizofrenia*, expuso tres conclusiones de la formación educativa de sus actuales colegas y psiquiatras en las enfermedades mentales:

- ✿ Conocimiento mínimo por parte de los especialistas en la problemática de la salud mental.
- ✿ Poco interés entre los médicos por familiarizarse con los factores asociados a las enfermedades mentales y su identificación y tratamiento.
- ✿ Número insuficiente de médicos psiquiatras y psicólogos para atender a los más de 15 millones de mexicanos tipificados por la SSA con algún problema.

2.3 Presupuesto

En cuanto a recursos financieros, del gasto total en salud pública para atender a 97 483 000 habitantes en el año 2000, que incluía a todas las instituciones del Sector Salud y que ascendía a 117 mil 758 millones de pesos, se destinó un gasto aproximado de sólo mil millones para la salud mental, lo que equivalía al 0.85%.⁶⁶

La Organización Mundial de la Salud sugería se destinara un 10% del presupuesto total de la dependencia federal a la salud mental.⁶⁷

En el presupuesto de egresos enviado por el Ejecutivo y aprobado por la Cámara de Diputados para el ejercicio fiscal 2006, se destinaron 42 mil 355 millones, 506 mil 35 pesos a la Secretaría de Salud, cuando a otras dependencias como a la de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación, se destinó más.⁶⁸

Tan sólo en Estados Unidos se estimó que en el 2000 la esquizofrenia generó al gobierno y a la sociedad en tratamiento, medicamento, terapia, honorarios y pérdida de horas laborales, 65 mil millones de dólares.⁶⁹

Si bien las cifras son de diferentes años, de todas maneras son referente para darnos cuenta de las prioridades gubernamentales para ejercer los recursos. Menos del uno por ciento del presupuesto se destinaba a la salud mental para atender a millones de mexicanos con algún problema.

Es difícil saber de esos mil millones de pesos cuanto se mandaba a la esquizofrenia, que ocupaba el segundo lugar en prioridades después de la depresión.

⁶⁶ Ibidem p. 60.

⁶⁷ David García, *Suman esfuerzos en pro de salud mental*, *Reforma*, 03 de diciembre del 2004 Disponible: mayo 2005-septiembre 2007 www.reforma.com.

⁶⁸ Honorable Cámara de Diputados, Anexo 18 *Adecuaciones aprobadas en el presupuesto de egresos de la federación para el ejercicio fiscal de 2006*, p.107

⁶⁹ Programa de Acción en Salud Mental, *op cit* p.52.

Al conocer los recursos, lo demás viene por sí sólo para imaginar la realidad de los enfermos mentales y quienes están inmersos en ellas.

¿Cuestiones políticas, burocráticas? Realmente no lo sé, pero me queda claro que el gobierno del presidente Vicente Fox mostró indiferencia, y desprecio a la esquizofrenia y a los otros padecimientos mentales.

Opinó Margarita Saucedo, presidenta de la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos (AFAPE) al ser entrevistada para *la otra cara de la esquizofrenia*.

Lograr una protección social en materia de salud para la población, fue una meta que la administración de Vicente Fox Quesada nunca logró, más de la mitad de los mexicanos no tienen seguridad social y cuando se convierten en usuarios-enfermos la situación era, es y será un verdadero calvario, advirtió la presidenta de AFAPE.

El Plan Nacional de Salud 2001-2006, estipula la necesidad de distribuir el presupuesto eficientemente de acuerdo a las demandas específicas de salud, basadas en las perspectivas económicas, clínicas y epidemiológicas.

En este caso la diabetes, enfermedades cardiovasculares, hipertensión, e insuficiencia renal, son las de prioridad financiera por su alta mortalidad, dejando con menos del uno por ciento del presupuesto a la salud mental.

“La problemática de asignación de recursos que se genera en este contexto, justifica la necesidad de generar información económica, que bajo principios de equidad y eficiencia del sector, influya en el proceso de toma de decisiones sobre el financiamiento y en el control de los costos de producción, por parte del gobierno.”⁷⁰

⁷⁰ Armando Arredondo, Rene Ramos y Alexis, Zúñiga *Evaluación económica de la demanda de atención médica para la salud mental en México: esquizofrenia y depresión, 1996-2000*, *Revista de Investigación Clínica*, vol.55 núm. 1, enero-febrero 2003, p.44

Por medio de una investigación, el Instituto Nacional de Salud Pública determinó el costo directo de los servicios de manejo anual de caso ambulatorio promedio en la esquizofrenia, durante el periodo de 1996 al 2000.

La investigación fue desarrollada integrando tres ejes:

Aspecto clínico. Obtención del manejo anual de caso ambulatorio de la enfermedad mental, seleccionando los insumos y funciones de producción de acuerdo con la demanda de servicios.

Aspecto epidemiológico. Identificó los cambios en la demanda de servicios de atención médica para la esquizofrenia.

Aspecto financiero. Determinó la evaluación económica en los cambios de la demanda en servicios de salud de las principales instituciones de Seguridad Social.

El costo de un paciente esquizofrénico fue con las siguientes características:

- ✿ Enfermo controlado en fase de mantenimiento sin complicaciones.
- ✿ Paciente adulto atendido en hospital público con tratamiento psicofarmacológico convencional mínimo de dos a tres antipsicóticos.
- ✿ Una visita de control anual y cinco médicas de seguimiento
- ✿ No se incluye los estudios de laboratorio, de gabinete, ni el manejo de complicaciones, crisis agudas y recaídas.⁷¹

Costos por función para el manejo de caso de esquizofrenia (año base 1996 en dólares de EUA).

Función de Producción	Costo
Consulta de especialidad por año	\$15.00
“ ” subsecuente	\$8.00
Medicamentos	\$121.0

⁷¹ Ibidem. p 43-45

Resultado sobre el costo de manejo anual de caso promedio ambulatorio en esquizofrenia por cada año de estudio, aplicando el índice de inflación acumulada.

Año	Precio en dólares de EUA
1996	176.00 \$
1997	186.00 \$
1998	192.00\$
1999	203.00 \$
2000	211.00 \$

En el año 2000 el gobierno federal gastaba por cada caso de enfermedad anualmente, las siguientes cantidades en promedio.

<i>Enfermedad</i>	<i>Dólares</i>	<i>Enfermedad</i>	<i>Dólares</i>
Diabetes	600	Esquizofrenia	210
Hipertensión	510	Neumonías	180
Depresión	250	Diarreas	160

Los números antes mencionados se especifican en costos directos en producción del servicio y no en los gastos y pérdidas económicas indirectos por discapacidad o baja producción laboral.

Sólo agregar que el Instituto Nacional de Psiquiatría dio a conocer que los esquizofrénicos ocupaban el 40 por ciento del total de días-cama de todos los centros de salud mental del país en el 2004.

La esquizofrenia es considerada como la causa principal de discapacidad mental a escala global y se encuentra en cuarto lugar en cuanto a enfermedades que generan mayor cantidad de pérdida de días laborales. Cada enfermo puede llegar a tener en promedio entre mil 300 y mil 400 jornadas de trabajo perdidas durante la evolución de la enfermedad.⁷²

⁷² Carolina Gómez Mena *Podrían duplicarse casos de esquizofrenia, La Jornada*, 23 de abril 2004. Disponible: mayo 2005-septiembre 2006 www.jornada.unam.mx

Estas cifras y comparativos económicos deberían ser de suma importancia para la planeación y administración de los recursos financieros para el sector salud en México, sin embargo sólo se destinaba a la salud mental el 0.85% del presupuesto de la dependencia federal responsable en el año 2000.

¿Por qué el gobierno muestra indiferencia financiera hacia las enfermedades mentales? A dicho cuestionamiento respondió el Dr Jorge Barrera, titular de la barra medica de Grupo Radio Centro.

La verdad es que es una falta de visión porque la salud de un país es algo que debe ser importante y sin embargo el porcentaje de presupuesto que se le da a la salud es bastante bajo, mucho más bajo que lo que en otros países más pequeños le proporcionan a este rubro, y en cuanto a la salud mental esta menos, yo creo que esa debería ser una de las prioridades que debería tener el secretario de salud, si ha alguien habría que echarle la culpa, yo se la echaría al secretario de salud, ¿Por qué no presentan los fundamentos suficientes para exigir más presupuesto a las cámaras?

2.4 *El As Bajo la Manga. Acciones gubernamentales en salud mental*



Virginia González Torres y Guido Belsasso 2002

Al avanzar la ciencia en los estudios de las enfermedades mentales con mejores e ininidad de investigaciones clínicas y epidemiológicas, aunado al desarrollo acelerado de la tecnología; la sociedad mexicana se dio cuenta de los rezagos que tenía en la materia e hizo un juicio real de lo que había, de lo que hay, de lo que sobra y lo que falta.

A lo largo de *la otra cara de la esquizofrenia*, el común denominador que se encontró con todos los sectores inmersos en la enfermedad, es el convencimiento de que se necesita una reestructuración total en el manejo que gobierno, medios de comunicación y sociedad, hacen de las enfermedades mentales.

Para hacer frente a lo anterior, la administración del presidente Vicente Fox tenía como único y espectacular proyecto para logra una reforma psiquiátrica; el Modelo Miguel Hidalgo.

A finales del 2003 el secretario de salud federal el Dr Julio Frenk anunciaba la creación del Consejo Nacional de Salud Mental cuya encargada sigue siendo hasta el 2006 Virginia González Torres.

La decisión fue tomada tras la separación del área de salud mental del Consejo Nacional contra las Adicciones.

La reestructuración del CONADIC se da cuando en el primer semestre del 2003, su titular Guido Belsasso, deja el cargo por presuntos actos de corrupción, en ese entonces Virginia González Torres era la directora general de Rehabilitación Psicosocial, Participación Ciudadana y Derechos Humanos de la Secretaría de Salud.⁷³

⁷³ Ángeles Cruz. *Crea Ssa el Centro Nacional de Salud Mental; aún no tiene presupuesto*, *La Jornada* 18 de diciembre del 2003 Disponible: mayo 2005-septiembre 2006 www.jornada.unam.mx.

El proyecto tomaba forma, no era fácil pasar del modelo asilar que siempre se maneja por décadas durante el siglo pasado y que hasta nuestros días sigue, a un proyecto de atención integral que iba desde centros de prevención y áreas de hospitalización sólo para momentos de crisis, hasta casas de estancia permanente durante la enfermedad.



Procesofoto

Manifestantes a las afueras de la Secretaría de Salud, en protesta por la reubicación del hospital psiquiátrico infantil Dr. Juan Navarro. D.F. febrero 2006

Dicen que en política todo se vale, nunca hay que cerrar una puerta porque no se sabe cuando se volverá a tocar. Esto no tuvo mucha lógica en la relación entre el Dr Frenk Mora y Virginia González.

En el año 2003, la responsable del área de rehabilitación psicosocial de la Secretaría de Salud, culpó al titular de la dependencia federal de ser un manipulador y un hombre poco ético, por haber escondido un diagnóstico que elaboró la Organización Panamericana de la Salud sobre los servicios de salud mental del país. Una semana antes de esto, Virginia González Torres le hizo un plantón a las afueras de la SSA a Julio Frenk llevando a enfermos mentales con pancartas.⁷⁴

Los meses pasaron y a finales del 2003 el titular de la SSA cuando nombra a González Torres como secretaria técnica del recién nacido Consejo Nacional de Salud Mental, se refiere a ella “como una gran luchadora social” y como la gran autora intelectual del Modelo Miguel Hidalgo.

Por ello en el Plan de Acción en Salud Mental, la Secretaría de Salud marca la colaboración especial de la Asociación Civil: Fundación Mexicana para la Rehabilitación de Personas con Enfermedad Mental, (IAP) de donde es presidenta Virginia González Torres.⁷⁵

⁷⁴ Carolina Gómez Mena. *Pide a Frenk mostrar datos de OPS sobre hospitales psiquiátricos*. *La Jornada* 25 de junio 2003, Disponible: mayo 2005-septiembre 2006 www.jornada.unam.mx.

⁷⁵ Ángeles. Cruz *Crea Ssa el Centro Nacional de Salud Mental; aún no tiene presupuesto* en *La Jornada* 18 de diciembre del 2003 Disponible: mayo 2005-septiembre 2006, www.jornada.unam.mx.

El periodista Álvaro Cepeda Neri en su columna *Conjeturas* del 29 de junio del 2004 en la revista La Crisis, se expresa de la familia González Torres y de la propia Virginia:

Los González Torres y su aborto de la corrupción, los cinco hermanos tienen en común su desmedida ambición por el poder y sus abusos.....La mujer de los González Torres se ha dedicado a controlar cuanto centro para enfermos mentales, privados y públicos han permitido su intromisión manipuladora..... Entabló una lucha por el botín administrativo y político contra Guido Belssaso disputándole a éste la titularidad del Consejo Nacional contra las Adicciones..... Belssaso, entonces esposo de Sari Bermúdez (quien es actual presidenta de CONACULTA) amigocha y biógrafa de Mart(h)a, era intocable hasta que lo pillaron por su adicción a la corrupción. Belssaso también protegido de la Sahagún, cayó en desgracia, lo denunciaron y está bajo investigación.



Procesofoto

Virginia González Torres 2001

Desde 2004 se trató de entrevistar a Virginia González Torres para *la otra cara de la esquizofrenia*, pero siempre se negó.

El mayor acercamiento se logró en el mes de junio del 2005, con el Lic. Erick García Estrada sub. Director de Coordinación Sectorial y Entidades Federativas del Consejo Nacional de Salud Mental.

El funcionario se negó a dar una entrevista sin motivo alguno, dejando en claro las cosas con González Torres, después de que se percató de que no sería grabado.

El Consejo es un desmadre, no hay que difundir, ni como hacerlo, no podemos atender a los esquizofrénicos en tu caso, por que no hay un programa, sólo existe el Modelo Hidalgo de la señora Vicky pero es personal y lo ocupa para otro relajo político con su hermano el Dr. Simi.

Los antecedentes de Virginia González y el Consejo Nacional de Salud Mental en *la otra cara de la esquizofrenia*, son vislumbrados por el psicólogo Ariel González, coordinador del área de psicología de AFAPE.

Las estrategias gubernamentales han sido aplicadas con intereses ajenos a la ciencia, a la investigación, a la medicina y a la salud en si misma.

El manejo del bienestar social de los mexicanos con visión burocrática y una administración financiera en base a intereses individuales y de grupo, han dejado daños irreversibles a la nación; como la crisis que tienen el IMSS y el ISSSTE, las reformas al régimen de jubilaciones y pensiones, así como la privatización del derecho a la salud, con el actual programa del presidente Fox; el Seguro Popular.

El Dr. Jorge Barrera titular de la barra médica de los programas de salud en Grupo Radio Centro, advierte del futuro gubernamental en la materia:

Tristemente no lo veo halagador porque no veo programas fuertes, fundamentados como en el caso del IMSS, ya que se le ha atacado en todas las formas y no han buscado la solución adecuada para combatir tantas irregularidades, tantos vicios que tienen en la atención del derechohabiente, en el ISSSTE otro tanto, en Salubridad otro más, se forma un programa que debe verse con lupa para observarlo bien, un programa populista absurdo que es el SEGURO POPULAR y creen que a través de un seguro popular que son las mismas unidades de salud que están, las que tienen que dar servicio a ese seguro popular que por la Constitución deberíamos de tener el derecho a la salud y que las instituciones de salud deberían otorgarla, ahora la están vendiendo esa atención hacia esa población depauperada, que les hacen creer que a bajo costo van a tener intervenciones, ambulancias, cirugías, cuando tú te das cuenta fácilmente que cualquier centro de salud, tiene una carencia de recursos en todo, te das cuenta que es insuficiente.



Procesofoto

Personal del Hospital Psiquiátrico infantil Juan N. Navarro, se manifiestan en protesta por la reubicación del nosocomio, frente a la Secretaría de Salud. D.F febrero 2006

En torno a la privatización en el sistema de salud del país, el director de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México José Narro Robles, advirtió que “el viraje que realiza el foxismo en las políticas públicas de salud, como el intento de estimular la inversión privada, así como el establecimiento del Sistema de Protección Social en Salud a cambio de un prepago, atenta contra la Constitución y contra una obligación del Estado, además, aumenta la fragmentación del sistema, e implica dilemas éticos muy serios por indefinición respecto a los riesgos, enfermedades o procedimientos no cubiertos por el sistema.”⁷⁶

2.4.1 Modelo Asilar

La Secretaría de Salud, en voz de su titular Julio Frenk, dejó en claro que los hospitales psiquiátricos que utilizan el modelo asilar, no ayudan a reintegrar a los pacientes a su entorno, de ahí el apoyo gubernamental al programa que preside Virginia González Torres.

“El Modelo Hidalgo pretende liberar a los enfermos mentales de la esclavitud que supone para ellos el sistema asilar y va a devolverles la independencia en sus propias vidas, para que puedan conducirse como seres autónomos”⁷⁷



Procesofoto

Vicente Fox y Julio Frenk Mora, srio. de Salud, durante la ceremonia por el Centésimo Aniversario del Hospital General de México. 2004

⁷⁶ Bertha Ramírez, *La actual política de salud atenta contra la Constitución: Narro Robles en La Jornada* 02 de octubre del 2003 Disponible: mayo 2005-septiembre 2006 www.jornada.unam.mx.

⁷⁷ Jaime Aviles *Avanza la reforma siquiátrica basada en el Modelo Hidalgo, La Jornada* 02 de julio del 2004. Disponible: mayo 2005-septiembre 2006 www.jornada.unam.mx.

También coincide el Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental, de la Facultad de Medicina de la UNAM a través de Oscar Benassini.

“Los servicios psiquiátricos operados por la Secretaría de Salud se distribuyen a la inversa, en ellos priva la heterogeneidad en todos los aspectos, en las características físicas de los inmuebles, el número de camas y consultorios y su proporción en relación con la población, el personal de que dispone, sus recursos financieros y sus costos, y hasta sus lineamientos de operación, su productividad y su impacto en la comunidad.

La creación de estos hospitales psiquiátricos buscaba responder a necesidades diferentes de las actuales, y se basaba en lineamientos técnicos que han ido perdiendo validez, de tal manera que han debido enfrentarse a la necesidad de cambiar, con mayor o menor fortuna, el modelo clásico asilar.”⁷⁸



Enrique Mtz

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Ciudad de México 2007

⁷⁸ Oscar, Benassini *La atención psiquiátrica en México hacia el Siglo XXI*, revista mexicana de Salud Mental, 2001, Vol. 24, No. 662, Disponible: mayo 2005-septiembre 2006 http://bvs.insp.mx/harticulo.php?id_art=964&id_programa=2& p. 73

Sin embargo del discurso a la realidad, *la otra cara de la esquizofrenia* conoció el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en entrevista con la psicóloga Socorro González Valadez, quien opinó del modelo Asilar y de Virginia González Torres con su proyecto Miguel Hidalgo.

El Fray Bernardino es el hospital psiquiátrico de asistencia pública más grande de México y Latinoamérica.

El servicio de urgencias está abierto las 24 horas del día para atender a cualquier persona con recaída o de primera vez.

A las siete de la mañana se reparten fichas para una preconsulta, en donde la persona es catalogada para pasar a una siguiente atención, dependiendo su estado mental.

Sí el paciente es candidato a ser internado y cumple los criterios de internamiento, eso quiere decir que el paciente tenga un cuadro sicótico agudo, que a su vez significa que el paciente tiene alucinaciones auditivas, visuales, de contenido, de pensamiento, que hace que su conducta sea la no adecuada, ese tipo de pacientes son los que tenemos que recluir y son los que están agresivos, por las ideas de daño que tienen en su pensamiento.

La Unidad de Cuidados Intensivos con circuito cerrado de vigilancia, recibe a los pacientes con brotes sicóticos agudos, con errores de juicio y de conducta. A dicha área llega gente con conductas auto-agresivas, suicidas y homicidas. Sí el recién llegado tiene complicaciones médicas ajenas a las mentales, también se queda en la Unidad.

El hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez divide a hombres y mujeres con el único requisito de edad, de 18 años a los 54 con 11 meses. En el sexto piso del inmueble ubicado en Niño de Jesús No. 2, Col. Tlalpan, Deleg. Tlalpan, al sur de la ciudad de México, se ubica el área de Psicogediatria con los pacientes mayores de 56 años.

El primer piso cuenta con servicios de urgencias quirúrgicas, así como de neurología, oftalmología y, dental.

La rutina diaria en el nosocomio la detalla *para la otra cara de la esquizofrenia*, la psicóloga Socorro Valadez

Nuestros pacientes están en un encierro, sólo pueden salir en la mañana, tienen su desayuno a las diez, bajan a taller que dura una hora, que puede ser carpintería, tejidos, figuras de papel.

Bajan al jardín de 11:00 am. a 11:30 am y los que están en el taller salen, se les pone música y bailan y conviven. Es el único momento donde los pacientes de la sección hombres y mujeres se juntan.

A la hora de la comida están encerrados y después tienen visita de tres a seis de la tarde para poder estar con sus familiares y amigos. Es muy difícil entender para el paciente que tiene una enfermedad mental, ellos creen que los locos somos nosotros porque los tenemos encerrados.

Los pacientes del Fray Bernardino reciben terapia ocupacional en los diversos talleres y toman terapia psicológica para que identifiquen su enfermedad

Hay un servicio que se llama Hospital Parcial, donde nosotros mandamos a los pacientes que tengan esquizofrenia, se valoran y se meten a un programa de rehabilitación que dura dos años, que son módulos de seis meses, en donde el paciente puede estar en el hospital de toda la semana, que se le llama hospital de día que llegan a las ocho de la mañana y se van a las dos de la tarde, en ese servicio...tienen actividades como psicodrama, psico-danza, lectura de periódico y cosas así, para irlos reinsertándolos, tratar de hacerles conciencia de la enfermedad, pero bueno eso es algo maratónico porque igual si tienen una recaída en hospital parcial regresan a hospitalización y te das cuenta que es muy difícil que tengan conciencia de la enfermedad.

Aunque el hospital tiene serios problemas económicos, al grado que los médicos regalan los medicamentos de prueba que les obsequian las empresas farmacéuticas, el modelo de Asilamiento psiquiátrico, es defendido por la psicóloga Valadez

¿Qué persona se podría relacionar con alguien que la quiere matar, o se podría vivir con alguien que va agarrar un cuchillo y es su arma de protección contra la familia?

El programa sirve porque se pone en riesgo a la familia y a la sociedad, en el Asilar si los recluimos, se oye muy feo, pero en ese tiempo que tú lo recluyes, le quieres hacer ver que es una enfermedad, les enseñas a los familiares, porque aquí cada que viene el familiar tú les tienes que dar informes, los miércoles hay un grupo familiar que cada médico da una plática cada semana, para que la conozcan.

El asilamiento del enfermo mental es acompañado por una disciplina rígida, en donde los contactos físicos con el personal médico y de seguridad, están a la orden del día, por ello la psicóloga Valadez deja en claro el rubro de los derechos humanos de sus pacientes.

Cuando van a la Comisión Nacional de Derechos Humanos, los pacientes levantan demandas contra la familia y contra todo mundo, porque muchas veces suspende el tratamiento y su realidad se altera, los derechos humanos del paciente son los más respetados y más en un paciente psiquiátrico.

La entrevista para *la otra cara de la esquizofrenia* dentro del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, fue con demasiada precaución y especulación entorno a su contenido y entrevistador. Elementos de seguridad realizaron inspecciones *rutinarias* en torno a los artículos que se portaban, personal administrativo verificaba el contenido de la entrevista, al tiempo que servían como “guías” dentro de los pasillos del nosocomio.

Al cubículo del tercer piso donde se llevó acabo la conversación, sólo se ingresó con grabadora y cuestionario en mano. Las demás pertenencias fueron custodiadas por el “guía” del otro lado de la puerta.

La doctora González arribó minutos después, la presentación breve y cortes dio pie al trámite solicitado dos meses atrás.

Las respuestas recibidas eran rígidas, técnicas y con todo el contenido que un manual institucional aborda. La conversación de la psicóloga transmitía ideas trabajadas, para que no quedara registrado ningún compromiso en la grabadora.

Al solicitar juicios de valor sobre políticas públicas, finanzas y administración del hospital, las evasivas siempre respondieron ejemplificando diversos casos de los hombres y mujeres internados.

Cuando se nombró Virginia González Torres, los ¡no sé! eran tajantes. Sólo se captaron ciertas frases acerca del Modelo Miguel Hidalgo.

La otra cara de la esquizofrenia obtuvo información del funcionamiento hospitalario como lo más rescatable; sin saber que lo más importante de la entrevista se dio al término de ella.

Socorro González amablemente decidió dirigir al entrevistador a la salida del hospital, por lo que *el guía* entregó las pertenencias custodiadas y se retiró.

Caminando por los pasillos del tercer piso del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, la psicóloga fue interceptada por varios familiares de pacientes, pidiendo el diagnóstico cotidiano, lo que originó que el entrevistador esperara en el área de escaleras. En segundos se convirtió en espectador al ver desfilar una fila mayor a 30 internos vestidos con ropa deportiva color azul, que descendió del cuarto piso en dirección al jardín de la planta baja para cumplir con la hora del esparcimiento.

Escalones abajo, un paciente que se rezago en la formación fue pateado e insultado por el custodio que vigilaba la fila. De inmediato *el visitante* desvió la atención para pasar desapercibido y recordó como una vez más, el discurso por más que quiera, no puede ocultar la realidad de los enfermos mentales, esto en alusión a la última pregunta de la entrevista acerca de las garantías individuales en el nosocomio.

Minutos después la psicóloga González Valadez llegó para continuar hacia la salida del hospital. Metros antes de la recepción y al percatarse que la grabadora estaba guardada, se disculpó con *el visitante* por el nivel de la entrevista, argumentando que no pudo expresar su opinión por la censura que hay en el área clínica del hospital.

De Virginia González advirtió que es una mujer peligrosa, pues se dice en los pasillos del Fray Bernardino Álvarez, que desapareció a tres funcionarios que se opusieron a su método de trabajo. Nadie puede hablar mal de ella porque se corre el riesgo de ser despedido.

El Modelo Hidalgo es interesante como proyecto, sin embargo González Torres lo hace excluyente e idealista, sentenció Socorro Valadez.

El paciente psiquiátrico que podría vivir en una villa, es aquel que no estuviese deteriorado cognitivamente, que pudiese ser responsable de sus acciones, que no registrase tantas recaídas y que tuviese conciencia de la enfermedad. Entonces sería un tipo de esquizofrénico con determinados criterios que en todo el psiquiátrico no existe.

El Modelo Hidalgo puede funcionar para algunos pacientes, pero no todos, el proyecto es buena idea como para un país de primer mundo, no en México.

Socorro González profundizó el comentario con el aspecto económico, advirtiendo que dentro del hospital se piensa que el modelo Hidalgo es una *tomada de pelo*, ya que sí no hay dinero para medicamentos básicos y se tiene que regalar las muestras de los laboratorios, mucho menos lo hay para villas y casas de medio camino donde no se cobre nada a la gente.

Acercas del modelo Asilar que se implementa en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, el psicólogo Víctor Pérez de la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos comentó:

Es una manera de opacar la enfermedad, de ocultarla, de negarla y de controlarla, pero sobre todo no exponerla socialmente. Incluso muchas familias lo hacen, aquí hemos tenido familiares que han tenido al paciente recluido en una habitación, incluso tuvimos recientemente el caso de

una familia que lo tuvo encadenado, y es una familia que tiene un desarrollo social, económico bien, pero fue la solución.

Hay otro lugar en Acapulco donde van y los votan, es un centro casi cárcel, los tienen dopados la mayoría del tiempo, muy medicados, el paciente vive muy apaciblemente casi como vegetal en ese tipo de centros.

En las instituciones se les médica mucho y muy fuertemente, básicamente para apagar la crisis en pacientes violentos, y muchos de estos pacientes van a dar a los centros de reclusión formales y penitenciarios.

Con estos antecedentes y opiniones, el Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental de la señora González Torres, se describe dentro del Programa de Acción en la materia, marcando sus objetivos de arranque en el 2000:

- ✿ Atender a las personas con enfermedad mental, apoyándolas para desarrollar sus recursos personales y facilitándoles la provisión de soportes sociales básicos.
- ✿ Sensibilizar a la comunidad sobre la enfermedad mental a través de promoción de la salud mental.
- ✿ Prevenir el desarrollo de la enfermedad mental, mediante una atención oportuna y un tratamiento adecuado, cuando se presentan los primeros síntomas del padecimiento.
- ✿ Hacer que todas las estructuras que conforman la red de servicios del Modelo Hidalgo, funcionen con excelencia, calidad y calidez y sean gratuitas para los usuarios.
- ✿ Lograr que paulatina y definitivamente se cierren los hospitales psiquiátricos asilares.
- ✿ Alcanzar en la presente administración 2001-2006, se logre implementar el Modelo Hidalgo en cada uno de los estados de la República.⁷⁹

⁷⁹ Programa de Acción en Salud Mental *op cit*, p.71-72

2.4.2 Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental

El programa de Acción en Salud Mental describe el proyecto de Virginia González.

“Centros de Salud

Los centros de salud deben contar con médicos generales capacitados en materia de salud mental y en los trastornos psicopatológicos más frecuentes. En caso de detectar la necesidad de una atención especializada, el médico debe referir al usuario al centro de salud que cuente con un Módulo de Salud Mental.

Centros de Salud con Módulo de Salud Mental

Deben contar con los elementos y equipo necesarios para la detección oportuna y la atención inmediata de cualquier enfermedad mental o en su caso para la referencia de usuarios, así como para realizar actividades de fomento y promoción de la salud mental. El equipo de profesionales que lo atienden incluye un médico psiquiatra, un psicólogo, un trabajador social y una enfermera.

Centros Comunitarios de Salud Mental

Deben contar con equipos interdisciplinarios integrados por psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería, terapeutas, entre otros y con la infraestructura necesaria para dar el servicio.

Centros Integrales de Salud Mental

A demás de funcionar con la misma estructura interdisciplinaria que los anteriores, cuentan con el personal y equipo especializados para diagnóstico, como laboratorio de análisis clínico, electroencefalografía, laboratorio del sueño, mapeo cerebral, etc. Asimismo, se promoverán actividades culturales y socio-recreativas para los usuarios, que de preferencia sean coordinadas por el comité ciudadano.

Hospitalización

Unidad de Psiquiatría en el Hospital General

Esta estructura forma parte de este modelo de atención; su objetivo es dar el tratamiento especializado en el hospital general, el cual debe contar con el servicio de hospitalización breve, que tendrá un porcentaje de camas de acuerdo a la necesidad de la población en donde se encuentre y un período promedio de estancia de 15 a 30 días, durante el cual se debe proporcionar atención integral médico-psiquiátrica.

Por otra parte, esta unidad debe contemplar también el servicio de consulta externa y urgencias psiquiátricas con área de observación para estancias comprendidas de 12 a 48 horas.

La Unidad de Psiquiatría debe contar con un comedor, sala de descanso y un espacio lo suficientemente amplio para que los usuarios puedan caminar durante su internamiento, ya que por la naturaleza de su padecimiento o por los efectos colaterales de algunos medicamentos, así lo requieren.

Hospital Psiquiátrico para Usuarios con Padecimientos Agudos

Es una unidad hospitalaria especializada de estancia breve para usuarios que están en la fase aguda de su enfermedad, brinda una atención integral médico psiquiátrica. Cuenta con un área de rehabilitación psicosocial, con el servicio de consulta externa, servicios auxiliares de diagnóstico y servicio de urgencias psiquiátricas con área de observación para estancias comprendidas de 12 a 48 horas.

Villa

La villa es un área de estancia hospitalaria con la estructura de una casa común, en donde los usuarios tendrán una estancia máxima de 3 a 6 meses. Dentro de las villas los usuarios recibirán atención integral médico psiquiátrica las 24 horas del día.

Las villas están construidas con un máximo de cuatro recámaras independientes por villa, las cuales contarán con un baño cada una y serán para tres personas, sala de descanso, comedor, cocineta, módulo de enfermería, un consultorio médico, un baño para el personal y un área exterior de lavaderos y tendederos para la ropa.

Estas villas son de puertas abiertas hacia las áreas comunes. Para su operación es necesario contar con un área de talleres de rehabilitación, tienda, cafetería, salón de usos múltiples para usuarios, una unidad de atención médica en cuidados especiales, oficinas administrativas, etc. Todo esto rodeado de áreas verdes.

En las villas se intensifican las acciones de rehabilitación con constantes salidas voluntarias de los usuarios a la comunidad, que podrán ser coordinadas tanto por el comité ciudadano como por el personal.

Otra actividad que promueve la rehabilitación, es la asistencia a los talleres que estarán dentro de las mismas instalaciones, en las que los usuarios acudirán voluntariamente y en los que recibirán un apoyo económico por su participación; de preferencia estos talleres serán coordinados por miembros del comité ciudadano.

Reintegración Social

Programas Comunitarios

La mayoría de los programas comunitarios que se han implementado a nivel mundial son organizados y administrados por organizaciones no gubernamentales, subsidiados por los gobiernos correspondientes. Los servicios que se brindan deben ser gratuitos y la asistencia de los usuarios debe ser voluntaria, con la característica fundamental que son programas de puertas abiertas. El personal no debe ser médico ni paramédico.

Casas de Medio Camino

Son casas que se ubican dentro de la comunidad, en las que viven usuarios que están dados de alta de cualquiera de las estructuras de hospitalización o aquellos usuarios que viven en la comunidad y que así lo requieran.

En estas casas sólo pueden vivir usuarios que lo soliciten voluntariamente y el tiempo de permanencia de los mismos será de acuerdo a su proceso de evolución.

En estas estructuras se apoya al usuario en su proceso de reintegración social y el servicio es gratuito. Las casas cuentan con un acompañante terapéutico. Son casas habitación con todos los servicios que requiere una casa común. Como no son parte del

modelo médico, no existen consultorios dentro de las mismas. Es el espacio físico de alojamiento para los usuarios como parte de su entrenamiento a la vida independiente.

Residencias Comunitarias

Es un espacio que tiene las mismas características físicas de las Casas de Medio Camino. Son casas dentro de la comunidad en las que los usuarios viven independientes, de manera voluntaria y sin aportar ninguna cuota económica para el funcionamiento de las mismas. El tiempo de estancia es de acuerdo a la decisión del usuario, en las residencias el acompañamiento es eventual y en algunos casos a solicitud de los usuarios.

Departamentos Independientes

Estos espacios están dentro de la comunidad y el único apoyo que se les brinda a los usuarios es económico para el pago de sus rentas, mediante convenios donde se especifica el tiempo de duración de este apoyo y bajo qué condiciones opera; aquí residen de manera totalmente independiente. Estos departamentos o cuartos serán rentados dentro de la comunidad.

Residencias para Adultos Mayores

Esta estructura es el único programa comunitario que dadas las características de edad de los residentes, contará con personal médico especializado en psicogeriatría y las instalaciones estarán adecuadas a las necesidades propias de esta población y no pagarán ninguna cuota de recuperación.

Talleres Protegidos

En estos talleres los usuarios aprenden un oficio y reciben apoyo económico por su participación, con el fin de que en un futuro puedan lograr su autonomía económica, a través de un trabajo formal remunerado. En estos talleres no se cobran cuotas de recuperación.

Cooperativas Mixtas

Deben estar constituidas por usuarios y miembros de la comunidad, con el objetivo de lograr la autosuficiencia económica de los usuarios, creando su propia fuente de ingresos.

Clubes Sociales

Estos son centros de reunión dentro de la comunidad, para que los usuarios puedan participar en actividades culturales, deportivas y recreativas. Estos clubes reciben apoyo económico de parte del Estado, para su funcionamiento.⁸⁰

ESQUEMA DEL MODELO MIGUEL HIDALGO



Las buenas intenciones y los planes del gobierno quedaron plasmados, las personas inmersas en las enfermedades mentales tienen un punto de vista muy distinto de lo que ha sido el llamado Modelo Miguel Hidalgo. La sociedad civil se organizó para atender la esquizofrenia, ante las deficiencias, rezagos y administración gubernamental.

⁸⁰ Ibidem p. 73-77

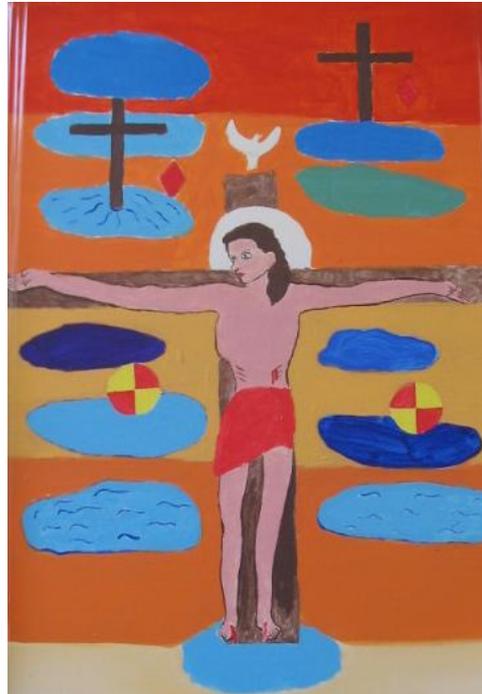


Obras realizadas por los enfermos mentales de la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos (AFAPE).



AFAPE

Obra pictórica realizada por un esquizofrénico de AFAPE. Anónimo 2000-2004



AFAPE

Obra pictórica realizada por un esquizofrénico de AFAPE. Anónimo. 2000-2004



AFAPE

Obra pictórica realizada por un esquizofrénico de AFAPE. Anónimo. 2000-2004

Capítulo 3



Un Camino a la Esperanza: Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos

Las modificaciones infinitas del mundo, no son más que el propio juego de la mente, nos proponemos crear un espacio para disfrutar la integración de la vida, mediante sueños, miedos y realidades enigmáticas que confluyen y se fusionan en la efímera existencia.

Una casa situada en el Distrito Federal, es el espacio asignado para las alteraciones de la realidad, pensamientos y sentimientos, para el estigma y el anhelo, así como para la supervivencia y la recaída en la esquizofrenia.

Una pequeño patio, un jardín acondicionado, dos baños, una cocina, tres habitaciones adaptadas como salón de usos múltiples y cuatro oficinas, son parte del inventario que marca los límites del espacio físico, más no de la labor titánica que se desarrolla en la casa de la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos (AFAPE).

El exterior no indica nada, una fachada común y corriente con huellas de deterioro y poco mantenimiento, que hace conjunto con el alumbrado público, asfalto y acera, son testigos del altruismo y de los trabajos psicológicos que enmarcan la rutina en el interior de la casa.

La persona que por primera vez visita el inmueble, en segundos se lleva la impresión de estar en un Centro Cultural; las estancias llenas de obras pictóricas firmadas por los pacientes, esculturas de plastilina, cerámica y diversos materiales colocadas por todos lados, objetos hechos de residuos reciclados, más de 15 guitarras, un futbolito y un club de cine, son el recibimiento más cercano a un museo que a una organización no gubernamental para enfermos mentales.

3.1 El Nacimiento

En el año de 1987 Margarita Saucedo Ortiz, después de mucho tiempo y de un peregrinar en instituciones de salud, recibió el diagnóstico de su hijo: esquizofrenia.

Lo mandamos por recomendación de una psicóloga con un médico de Monterrey a una clínica, donde él iba a empezar a tratar a mí hijo para saber que era lo que tenía, estuvo un mes en esa clínica que no se le hizo nada, no se le trató nada y es una cosa muy reprobable de esta clínica y estos médicos que no tuvieron consideración alguna y sin ponerse realmente la mano en el corazón y ya no digas la mano en el corazón, sino una ética profesional, sacan el dinero a la familia para dar dizque un tratamiento.

Al iniciar la búsqueda de atención médica para su hijo, la señora Margarita se topó con una realidad; la enfermedad mental era desconocida, nunca había escuchado hablar de ella en su familia, en la televisión, en la radio, en revistas, entre sus amistades. No sabía si la esquizofrenia se comía, se veía, se contagiaba o se atendía con aparatos y jarabes. Los médicos consultados sabían poco, las instituciones psiquiátricas visitadas tenían mal prestigio al ser conocidas como “granjas” donde los internos eran tratados peor que animales.

Fue gracias a un conocido, cuando la señora Saucedo establece contacto en 1987 con el Instituto Nacional de Psiquiatría, en donde después de meses, su familia e hijo, fueron valorados y sujetos a infinidad de estudios y actividades psicológicas.

Las experiencias vividas de impotencia, crisis familiares, abusos médicos y de tener a un hijo con esquizofrenia, fueron el parte aguas para que dejara Margarita Saucedo de ser maestra en el Colegio Americano y pensara en grande, implementando y presidiendo un concepto de atención en salud mental nuevo en México.

En 1987 cuando ya en el mismo Instituto se empieza a abrir un programa de pacientes y familiares para empezar a ver lo que es esquizofrenia y ante la necesidad de que no había nada en aquel entonces, que hubiera una institución particular o Asociación, surgió en mí la idea de formar un grupo de gente

donde pudiéramos empezar a hablar el mismo idioma, con los mismos problemas y encaminados a saber ¿Qué es lo que ellos habían hecho, o qué era lo que me esperaba a mí y a mí hijo en un futuro? Y de ahí surgió la idea cada vez más fuerte de empezar a hacer una asociación.

Lo importante era que yo no quería que lo que me había pasado, el sufrimiento que yo había tenido con mi familia, que no tuvieran otras familias, que tuvieran el conocimiento que yo no tuve para empezar a dar a tiempo un tratamiento adecuado para nuestros hijos.

En abril de 1995 y ante las instancias correspondientes, nace la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos (AFAPE) única en su tipo en México, con la idea de buscar atención integral y mejor calidad de vida en los enfermos. En 1998 se implementan cinco talleres de rehabilitación.

Filosofía

Lucha por devolver al ser humano que padece esquizofrenia los valores que todo individuo debe tener y que ha perdido por la incomprensión de su enfermedad.

Misión

Procurar el bienestar de los integrantes a través de una atención personalizada, armónica y estructural. Facilitar el conocimiento y tratamiento de la enfermedad para el paciente y familiares.



Área de trabajo de las actividades ocupacionales en AFAPE. 2006.

3.2 Funciones y Servicios

AFAPE no es un hospital psiquiátrico, pues no cuenta con el personal y la infraestructura para atender los cuadros meramente clínicos de la enfermedad.

La atención que se brinda es psico-social al esquizofrénico y sus familias a través de talleres y terapias, donde cada quien asiste cuando quiere y puede, en un horario de nueve de la mañana a tres de la tarde de lunes a sábado.

Para ingresar a la Asociación el paciente debe cumplir requisitos:

- ◆ Diagnóstico pleno de esquizofrenia no mayor a un mes de prescripción.
- ◆ Tratamiento y atención psiquiátrica ya implementados por alguna instancia externa.

El siguiente requisito lo detalla la psicóloga Carolina Cabo integrante de AFAPE:

Aquí no tenemos pacientes en crisis, sólo son pacientes estabilizados y en tratamiento psiquiátrico-fármaco-lógico ¿Por qué? Por que es la única manera que nosotros podemos trabajar con ellos, si tiene la fase aguda de los delirios, de las alucinaciones, no hay posible trabajo, no se puede trabajar, están completamente desconectados, entonces aquí tienen que estar controlados los síntomas aunque estén, pero que no estén en la fase crítica, aquí no hay psiquiatras, no hay enfermeras, tampoco tenemos la infraestructura para atender un caso así y aquí el tratamiento es de día, vienen, hacen sus terapias y se vuelven a ir a su casa.

Cuando algún enfermo va por primera vez y no cumple los lineamientos anteriores, se canaliza con algún psicólogo que lo valora por determinado tiempo y hace un primer diagnóstico del padecimiento mental.

Trabajo Social y el área de psicología, orientan a la familia sobre lo detectado y de las instancias psiquiátricas a donde debe acudir para un estudio psiquiátrico y farmacológico más detallado. Con ello se forma un primer vínculo de comunicación y contacto entre paciente-familia-y Asociación.

AFAPE tiene entre sus filas a 120 esquizofrénicos con familias, los cuales deben pagar la cuota establecida de mil pesos mensuales. Hay pacientes de extractos sociales distintos, destacando más de posición económica y educativa baja.

Por ello Trabajo Social al afiliar al paciente, realiza un estudio socio económico para determinar el monto a cobrar por los servicios que presta en cada caso. En muchas ocasiones es tanta la marginación, que el paciente y su familia no pagan nada.

AFAPE por su razón social deduce impuestos a las personas físicas o morales que llegan a donar cualquier cantidad de dinero, siendo los donativos, la columna vertebral en su sustento y existencia, pues las cuotas de los pacientes no alcanzarían ni para mantener por un mes los gastos básicos del inmueble y los servicios administrativos.



Personal Administrativo de la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos. 2005

3.2.1 Área Psicológica

Es la parte central de la organización no gubernamental, se conforma de cuatro licenciados en psicológica, los cuales tienen un sueldo menor a cuatro mil pesos mensuales.

Cada uno lleva el caso de cierto número de pacientes y la obligación de informar a sus familias sobre el diagnóstico de la enfermedad.

Objetivos Centrales

- ◆ Estabilizar el cuadro clínico.
- ◆ Evitar Recaídas.
- ◆ Mejorar el funcionamiento psicosocial.

El tratamiento otorgado en AFAPE por los psicólogos se divide en varias ramas:

Atención Psicológica:

- ✿ Brinda confianza al paciente.
- ✿ Busca disminución de síntomas.
- ✿ Vínculo directo paciente-familia-psiquiatra.

Atención farmacológica

- ✿ Se encarga de controlar el cuadro clínico del paciente.
- ✿ Maneja los efectos limitados por los síntomas negativos en el esquizofrénico.
- ✿ Maneja el deterioro social.
- ✿ Controla los efectos limitados en deterioro cognitivo.

Psicoterapia individual

- ✿ Conocimiento de medicación.
- ✿ Acatamiento de tratamiento.
- ✿ Disminución de culpas y ansiedades.
- ✿ Atención en conflictos de la vida diaria.
- ✿ Detección de probables crisis.

Psicoterapia de grupo entre esquizofrénicos

- ✿ Interacción emocional para mejoría en disfunciones de la personalidad.
- ✿ Sistema de estudio de relaciones e interacciones.
- ✿ Disminución de culpas y ansiedades.
- ✿ Entre los pacientes se constituye un ambiente de apoyo.

Psicoterapia para Familia

- ✿ Modificación de actitudes y emociones expresadas.
- ✿ Alternativas para el manejo del paciente.
- ✿ Opciones para el manejo de la sintomatología.
- ✿ Variantes para el manejo del tratamiento.
- ✿ Creación de expectativas reales para el paciente.
- ✿ Reducción del costo o carga en el familiar.
- ✿ Identificación de problemas y búsqueda de soluciones.

- ✿ Refuerzo de vínculos familiares.

Intervención Psicosocial a los pacientes

- ✿ Entrenamiento de habilidades sociales.
- ✿ Funcionamiento cognitivo, vocacional, social y acatamiento de medicamentos.
- ✿ Manejo de síntomas y medicamento.
- ✿ Observación de recaídas clínicas.
- ✿ Habilidades de conversación, de vida social personal e independiente.

Psico-educativo a paciente y familia

- ✿ Información de la enfermedad.
- ✿ Causalidad.
- ✿ Manejo del medicamento y síntomas.
- ✿ Efectos secundarios de medicamentos.

Los psicólogos al conocer el cuadro clínico de su paciente, en diversas ocasiones piden a la dirección de AFAPE el apoyo para regalar el medicamento, pues se tienen convenios con laboratorios.



Pacientes de la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos. En curso de orientación sobre derechos humanos. 2005.

3.2.2 Talleres ocupacionales y artísticos

- ✿ Pintura.
- ✿ Artesanías y manualidades. (unicel, cerámica, papel mache, fomi, joyería y plastilina)
- ✿ Guitarra.

La idea de los talleres es fortalecer las funciones físicas, emocionales y sociales del paciente, pues sus movimientos están afectados, siendo necesario mejorar la psico-motricidad. Con las actividades artísticas el esquizofrénico desarrolla su creatividad y funcionalidad, inyectando así motivación, voluntad e interés.



AFAPE

Botellas decoradas a través de plastilina en clase de manualidades. 2005. Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos

Los talleres son supervisados por los psicólogos e implementados por cuatro maestros, de éstos últimos uno de ellos cobra menos de dos mil pesos y las de más son voluntarias.

Tres maestras de preescolar trabajan con material comprado, donado o en ocasiones traído de sus centros laborales para que los esquizofrénicos realicen las manualidades.

Artesanías y Manualidades

Los talleres y las diversas actividades planeadas, no son asimiladas de la misma forma por los pacientes, en base a su estado emocional y físico al instante, participan o no.

La maestra Teresa González, encargada del área de Manualidades en AFAPE, detalla un día de trabajo.

Me siento como en el kinder con mis niños, aquí es lo mismo, parecen pequeños de tres o cuatro años donde los tienes que apapachar por que sino a veces lloran, enseñarles de la mano las cosas, como agarrar unas tijeras por ejemplo, cuidar que no se ensucien mucho, echarles porras para que no se desesperen y voten el trabajo a los cinco minutos o cuando se topen con algo de esfuerzo, verificar su trabajo siempre con paciencia pues su enfermedad los hace muy cambiables en su estado de ánimo.



Accesorios con los logotipos de AFAPE maquilados por los pacientes. 2005

Durante tres días a la semana por espacio de dos horas por jornada, el patio principal y un salón de usos múltiples se adapta. Hilos, accesorios de plástico, alambre, cartulina, papel de material diverso, tijeras, pegamento, cartulinas, estambre y mil accesorios, comienzan a salir.

Los pacientes empiezan a formar una pulsera, una piñata, porta vasos, collares, botes de galletas, muñecos de trapo, anillos, porta retratos etc.

Una mesa larga llena de accesorios didácticos, hace que enfermos mentales compartan un espacio, para muchos de creatividad, pérdida de tiempo o indiferencia, según el caso y la perspectiva.

Sentados conviviendo y siempre preguntando a su maestra los mínimos avances en la obra artesanal, ahí están.

La agilidad mental y la destreza manual son un reto, agarrar unas tijeras, diferenciar entre colores y matices de materiales, incrustar alambre en aros de plástico, delinear pegamento entre papel, pegar algún accesorio, hacer un nudo, utilizar pinzas, moldear tela, papel y alambre, además de no terminar con las manos, ropa, y espacio sucios, son parte de las acciones a vencer.

Las secuelas de la enfermedad y los daños colaterales del tratamiento se reflejan en la articulación de las manos, en la velocidad, en la mirada para desarrollar y en la mente para orientar los sentidos con el medio ambiente y la realidad.

Al final, muñecos, accesorios, artículos de joyería, unicel, cerámica, papel mache, plastilina, adornos navideños y regalos, se dejan ver por toda la casa.

La psicóloga Carolina Cabo explica el sentido de las manualidades de los pacientes esquizofrénicos.

Una de las cosas que suceden cuando un paciente tiene una crisis, es que se aísla, se queda encerrado en su casa, deja todas sus actividades, se cortan, sea trabajo, estudio, escuela, lo que fuera, dejan de socializar porque viven todos lo exterior, todos los estímulos como muy agresivos, entonces tienen la necesidad de defenderse, de asilarse y una forma es quedarse en su casa. El venir a un lugar como estos implica sociabilizar, los talleres ocupacionales lo que hacen es desarrollar los aspectos cognitivos que también se pudieron haber visto deteriorados por la enfermedad y por la medicina, como lo son la atención, la concentración, el juicio y otros.

Con esta realidad, la calidad de la obra pictórica y demás manualidades no están en tela de juicio, son verdaderas obras de arte, al ser inspiradas, al tener sentimientos, anhelos y frustraciones plasmadas. Esto dignifica al paciente, se demuestran a ellos mismo y enseñan al medio que los rodea, que son capaces de crear, de ser productivos y útiles.



Obra pictórica realizada por un esquizofrénico de AFAPE. Anónimo. 2000-2004



Obra pictórica realizada por un esquizofrénico de AFAPE. Anónimo 2000-2004

Taller de Pintura

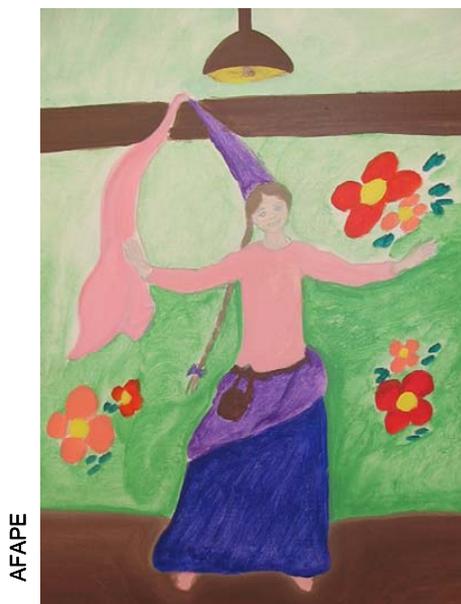
Dos horas por semana, cada 2 días, se imparte la clase de pintura dirigida por un maestro en la materia, el cual cobra menos de dos mil pesos mensuales.

Entrar a la casa de AFAPE es estar en una galería, nadie piensa que sea un Centro de Atención para enfermos mentales.

Pasillos, cocina, baños, oficinas, salones de usos múltiples y patio, están llenos de cuadros al óleo, dibujos en cartulina y papel, firmados por los esquizofrénicos.

Obras de 30 centímetros y hasta de metro y medio por metro y medio de largo y ancho, nos presentan un frutero, una sirena, un Cristo, una mujer maya viendo el ocaso, un titán resguardando el mar, una bella flor, así como un corazón sangrando de tristeza y soledad.

La zarza ardiente donde según la religión, el Dios de los hebreos se presentó ante Moisés, también está escenificada al óleo junto a la oficina principal.



Obra pictórica realizada por un esquizofrénico de AFAPE. Anónimo. 2000-2004

Al admirar en los muros y en los rincones de la Asociación, cuadros con dragones y personajes enigmáticos, laberintos de colores, hombres y mujeres desnudos con estética variada, paisajes perfectos de lluvia, así como atardeceres y mañanas tristes; la imaginación no detecta que los trazos son de un artista que tiene una enfermedad con trastornos del pensamiento y de la realidad, pues el acto de la creación artística es parcialmente transfiguración de la vida. En el arte los esquizofrénicos y cualquier ser humano con o sin alguna enfermedad, sale de sí mismo, evade su existencia, su relación con el mundo supone ya la presencia de uno nuevo.

Los esquizofrénicos han entendido que en todo acto creador hay una liberación, por ello pintan manos gigantes que atacan el mundo, sangre que asfixia animales y personas, pinceladas toscas, salvajes y furiosas de colores que detallan líneas en zig-zag, en contra de símbolos religiosos, de médicos y de cualquier miedo escondido.

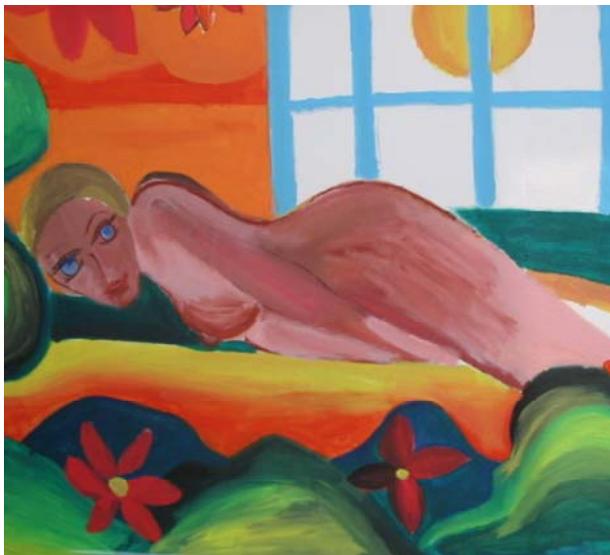
La obra artística es una terapia de gran ayuda en AFAPE, prueba de ello la comenta el psicólogo Ariel Monroy con una paciente que tomó la clase de pintura.

La actividad llama la atención, por todas las obras que han creado que son bastantes e interesantes, bueno en el caso de la pintura ellos van a sublimar sus conflictos psíquicos, todos sus conflictos no los hablan y ahí están, internalizados y un manera de sacarlos es en la pintura.

Te comenté el caso de una paciente, ella tenía problemas con la sexualidad, ella cuando está en crisis sale desnuda a la calle, sus familiares la ven y la internan.

Ella ha venido aquí y mediante la pintura, dibuja muchos desnudos, de hecho es lo único que dibuja, y algo curioso fue cómo poco a poco en la pintura le ha ido poniendo ropa a las personas que ella dibuja, poco a poco ha ido vistiéndolo a sus personajes, hasta llegar más adelante a dibujar gente completamente vestida. Y es curioso que ya cuando tiene sus crisis ya no sale por la calle desnuda.

El taller es una manera de sublimarse en ese conflicto y plasmarlo en el arte.



Obra pictórica realizada por un esquizofrénico de AFAPE. Anónimo. 2000-2004



Obra pictórica realizada por un esquizofrénico de AFAPE. Anónimo. 2000-2004

El anterior ejemplo queda plasmado en el libro *El juego Cósmico* del psicólogo ruso Stanislav Grof, de su contraportada el psicólogo Víctor Manuel Pérez citó lo siguiente para *la otra cara de la esquizofrenia*

“En los estados no ordinarios de consciencia, se describe la realidad como un juego asombroso del principio cósmico creador que trasciende el tiempo, el espacio, la causalidad lineal y todo tipo de polaridades, un juego que sugiere que la psique individual, cuando alcanza su máxima potencial, posee la misma identidad que el principio creador universal y la totalidad de la existencia. Esta identidad transpersonal es el secreto y el núcleo de ricas tradiciones espirituales.”

Por ello en la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos, enmarcados y trabajados al óleo, se encuentran espacios de colores que asemejan un mundo paralelo a todo.

El taller de pintura es donde más pacientes participan, los salones de usos múltiples, el jardín y la mesa principal de la cocina se transforman.



Esquina del patio principal de la casa de AFAPE. 2004.

Mesas, colores, pinceles, crayolas, lápices, saca puntas y gomas, son lo más parecido a un estudio en la especialidad.



Obra pictórica realizada por un esquizofrénico de AFAPE. Anónimo. 2000-2004

El maestro en base a las cualidades de cada paciente, decide quien trabaja al óleo, toda vez que el material es escaso.

Por ello casi siempre cartulinas y hojas de cuaderno normal, son utilizadas por los dos lados como lienzos, donde en ocasiones se dibuja y se pinta con lo que haya y hasta donde alcance. Sin embargo, eso importa poco en los pacientes, sus manos se pierde en el material proporcionado para crear, su mira indica que están más lejos de la realidad, de la razón y del pensamiento, sólo que esta vez justificado en una de las bellas artes. **(Ver parte de la galería del taller de AFAPE al final del capítulo)**

Actividades de Esparcimiento

Los talleres de pintura y de manualidades son los oficiales y los que se imparten siempre a lo largo de la semana, lo de más es esporádico.

25 guitarras colgadas en uno de los salones, rara vez son utilizadas entre los pacientes, pues uno de ellos sabe tocar el instrumento y enseña a los otros.

Una televisión, un reproductor de películas y un karaoke, en ocasiones son el arma perfecta contra el ocio.

Durante un mes los pacientes ensayaron y presentaron una pequeña obra de teatro, sin embargo la actividad nunca siguió.

La falta de recursos económicos hace que más de 10 computadoras antiguas sólo acumulen polvo, pues están en espera de alguien que imparta alguna actividad con ellas.

Cualquier otra rutina como ejercicios físicos, bailables, juegos recreativos y de mesa, por citar algunos, son implementados de forma espontánea y sin continuidad.



AFAPE

Enfermos mentales de AFAPE tras un día de campo. 2004

3.3 Números Negros.....y realidades

La Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos subsiste de donativos, pues cuando no son gratis, las cuotas que pagan sus socios son mínimas en comparación con todos los servicios que se brindan. Los esquizofrénicos difícilmente podrían cubrir los costos reales de la atención integral que reciben de la A.C, toda vez que la mayoría son de escasos recursos económicos.

La falta de dinero se ve reflejada en el capital humano y en la infraestructura. Cuatro licenciados en psicología ganan menos de cuatro mil pesos mensuales, el demás personal recibe ganancias inferiores.

La presidenta y su asistente personal, una secretaria, una trabajadora social, cuatro psicólogos, cuatro maestros y un conserje, son el personal base para atender a más de 120 pacientes con esquizofrenia y a sus familias. Existen colaboradores en AFAPE que participan como un apoyo sin ser algo formal en responsabilidades y retribuciones económicas.

Patrimonio de la Beneficencia Pública, es la principal y casi la única donadora que desde hace tiempo no deja de apoyar. Sin sus atribuciones económicas AFAPE ya hubiese dejado de funcionar.

Muchas empresas, familiares y organizaciones no gubernamentales han donado en especie, desde ropa, alimentos, materiales de pintura, computadoras y artículos de aseo personal, hasta mano de obra y material de construcción para el servicio de energía eléctrica y colocación de pisos.

El común denominador casi en la mayoría de las donaciones se da con productos usados, viejos, descompuestos, mal hechos y con poca vida de uso. Prueba de ello es que la marca de ropa española *Zara* regaló 25 pares de zapatos para caballero del mismo pie izquierdo y de medida extra grande para el mexicano común. Se tuvieron que tirar.

Un sujeto obsequió un futbolito de mesa ya con la madera podrida y daños considerables que lo hacían más un estorbo, que un centro de diversión.

Las marcas de dulces *Kinder* y *Ferrero* donaron chocolates a días de caducar, con empaques de presentación maltratados y sucios.

Por ello los mismos enfermos mentales y sus familias llevan a la casa despensas, artículos de limpieza general, entre otras cosas; además los allegados al paciente se turnan para ayudar en el aseo de la casa de AFAPE y en otras actividades que se organizan.

En el área de psicología también se reflejan los rezagos económicos. Los expertos en la materia no se dan abasto y el tiempo de atención a cada paciente ha disminuido por la demanda.

Es el psicólogo Ariel Monroy coordinador general del área psicológica.

Los recursos no llegan, eso nos desgasta mucho, estamos con recursos que nos apoyan la gente de Patrimonio, gente a veces particular, pero volvemos a lo mismo, la gente no ve la salud mental como un problema.

Entonces, muchas veces nosotros como psicólogos descuidamos el área terapéutica, para estar haciendo programas a nivel de gobierno para que nos den dinero, incluso ayudamos en todo, desde pintar la casa, cambiar un mueble, un fusible etc, no es que esté mal, ni me molesta hacerlo, el problema es que descuido mi área porque no hay más personal que se encargue de las funciones de la casa.

Aquí ya la demanda nos sobrepasa, de repente anteriormente se les daba terapia individual a todos, la demanda ya nos pasó y ahora no se hace, se les da mediante terapia de grupo, la individual, sí, pero para quienes pueden pagar una cuota de 50 pesos, y a veces llega a ser muy caro para muchos por que son de bajos recursos.

Ante la realidad económica, AFAPE ha realizado acciones para obtener recursos de otras partes.

Bazares, verbenas populares, exposiciones de las obras y artículos hechos por los pacientes, han sido organizadas con la idea de vender y recabar fondos. El resultado: ningún cuadro vendido, sólo algunas pulseras y collares.

El psicólogo Víctor Pérez habla para *la otra cara de la esquizofrenia* sobre los problemas de AFAPE:

Deficiencias pues muchas, en especial de carácter económico, es caro tener un lugar como estos, simplemente porque no existe una relación de los productos, la venta se da entre los mismos familiares, muchos de lo que se produce aquí, por la torpeza misma de los pacientes, son objetos muy burdos que no son atractivos para la gente tenerlos en sus casas, regalarlos, entonces se va saturando el mismo mercado, que es el interno, nosotros nos vemos comprando y los vamos acumulando.

Las obras pictóricas de los pacientes han sido plasmadas en agendas con diseños llamativos que realmente provocan la atención de propios y extraños, camisetas, gorras y mochilas también guardan el estampado de las pinturas.

Un laboratorio regaló la impresión de miles de folletos, trípticos y cuadernillos con todo lo relacionado a la Asociación y a la enfermedad.



Agendas de obras pictóricas realizadas por un esquizofrénico de AFAPE. 2003



Playeras maquiladas por los pacientes, con sus propias obras pictóricas en AFAPE 2003



Cangureras, mochilas y folletos maquilados por los pacientes, con sus propias obras pictóricas en AFAPE. 2003

Sin plan de difusión y comercialización, el resultado de los productos de identificación institucional ha sido escalofriante. Cientos de agendas del 2005 y miles de unidades de información, han sido arrumbados en una bodega, convirtiéndose en estorbo. La ropa se ha vendido poco entre los pacientes y sus familias, detalla el psicólogo Ariel Monroy.

Siento que a lo mejor un poco es parte de nuestra culpa porque nos ha faltado también darnos a conocer, ir a las instituciones, dar pláticas, y presentarnos en miles de lugares, pero de nuevo siento que falta mucho personal que haga esto, porque nosotros como psicólogos ¿o hacemos nuestro trabajo con los pacientes, o hacemos labores administrativas o de difusión? Pero nos sobrepasa la demanda, el desgaste no es fácil, pero nos falta mucha difusión por falta de recursos humanos, obviamente por falta de dinero.

Las crisis financieras han sido fuertes, cuando éstas suceden se realiza una junta con carácter de urgencia con todos los familiares.

Ambiente difícil, las caras de los presentes contrastan; indiferencia, apatía, preocupación y prepotencia son el ejemplo.

La señora Margarita junto con sus cuatro psicólogos exponen con lágrimas y angustia la realidad de la A.C, dando como solución subir las cuotas de mil pesos mensuales que cada paciente debería cubrir, y cobrar por separado los talleres y las terapias. (En otros lugares de internamiento se llega a cobrar entre 20 y 30 mil pesos por la atención)

Los citados se miran unos a otros después de minutos de silencio, cada quien realiza cálculos de su economía y pone en signos de pesos el desgaste, las consecuencias de la enfermedad y si uno de los suyos merece la inversión por el simple hecho de tener esquizofrenia.

Es el psicólogo Ariel Monroy:

Pocas son las familias que de verdad se comprometen, que de verdad quieren hacer algo por su familiar. Me topo mucho con familias que vienen aquí a AFAPE creyendo que la Asociación es para dejar a los pacientes, para depositarlos. Mucha gente directamente pide los canalicemos a una institución que se haga cargo de ellos.

Es difícil que la familia entienda a los pacientes y por eso nos piden un internado o un lugar donde sólo paguen y ya, entonces llegan a AFAPE pidiendo eso.

El resultado de estas reuniones siempre es el mismo, todos proponen, se comprometen a dar más dinero y atención. Al paso de los días y meses esto se olvida en muchos socios.

De la junta sale como acción inmediata una quermés donde cada familia lleva a AFAPE algún platillo, artículos para ofrecer y a más personas para que consuman. Comida de todo tipo, música, risas, juegos y convivencia fluyen al momento, lo recavado se queda en la organización para dar oxígeno a su existencia.

Por un tiempo las cosas se calman, sabiendo todos que en un futuro no muy lejano se volverán a reunir por las limitantes económicas de siempre.

AFAPE surgió por necesidades que el gobierno no ha cubierto de manera integral, la función pública nunca ha participado con ella, dejando todo a la iniciativa privada.

La psicóloga Socorro González Valadez del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, detalló que no existe una relación institucional con la Asociación, el único vínculo se da entre los esquizofrénicos que han ingresado al nosocomio y que conocen AFAPE, sólo así se corre la voz de que hay un lugar para su atención.

El organismo no gubernamental confirma la relación con el gobierno en voz del psicólogo Ariel Monroy

Creo que es una desventaja también, porque no se tiene esa liga con los psiquiátricos, se supone que se tiene el acuerdo con el Fray Bernardino en caso de que uno de los muchachos se ponga en crisis, poderlo llevar e internarlo. Sin embargo no es cierto, han estado los muchachos en crisis, yo he tenido que ir al Fray Bernardino a acompañarlos y pues no es cierto, los psiquiatras, ahí me dicen ¿tú de donde eres? Y hay que estarles explicando, y pasamos todo el proceso que vive una persona externa, siendo o no de AFAPE, es decir yendo a urgencias, estar ahí a lo mejor en más de una hora de espera, esperando que nos atiendan, nos cobran lo mismo que a cualquier persona, entonces no es cierto que exista una liga con los hospitales.

La psicóloga Carolina Cabo justifica la inoperancia del gobierno en la esquizofrenia y en las demás enfermedades mentales:

Las políticas gubernamentales no sólo no existen en México, sino en todos los países en vías de desarrollo, donde no tiene un lugar preferencial la salud mental, porque la persona con problemas de salud mental deja de ser productivo, genera un costo al Estado, un gasto que no es retribuido por la persona.

En base a los años de trabajo para sacar a flote la Asociación, su presidenta Margarita Saucedo ha conocido gente. Ha ella llegó Canal Once en tres ocasiones con su programa *Diálogos en Confianza*.

En los años 2000, 2003 y 2005 la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos tuvo emisiones completas, dando a conocer la enfermedad, los estigmas y el tipo de labor que realizaba.

En el 2003 Grupo Reforma⁸¹ publicó una nota sobre el taller de pintura y de algunas obras de un paciente de AFAPE, lo demás pasó desapercibido.

En 1999 Tv Azteca con *A quien Corresponda* se presentó a la puerta de AFAPE para realizar un reportaje: éste no duró más de tres minutos y nunca tocó el tema de la esquizofrenia ni de la salud mental, sólo se limitó a difundir una exposición de pintura de los pacientes, sin destacar su limitante como expresión artística.

El beneficio de estos acercamientos con los medios, sólo fue el dar a conocer la enfermedad y que existe un lugar para atenderla. Nadie llegó a la A.C después de ver o leer algo de lo publicado y transmitido. Mucho menos llegaron gratificaciones económicas.

⁸¹ Julieta, Riveroll *Exhiben arte sin estigmas*, *Reforma*, 12 enero 2005 sección Cultura Disponible: mayo 2005-septiembre 2006 www.reforma.com

La señora Margarita Saucedo ha tratado de buscar apoyo económico de Fundación Azteca, Fundación Televisa y el Teletón. En varias ocasiones ha sido rechazada con pretextos y evasivas, acumulando una negativa económica más.

En México existe el estigma de la enfermedad mental, simplemente en empresas donde vas a pedir dinero y a la hora en que hablas de esquizofrenia, simple y sencillamente no te ayudan, te ponen evasivas, trabas, otras causas más pagables para prestigio para ellos, no es lo mismo decir, estoy ayudando a los niños con sida o de la calle, que ayudar a una persona con enfermedad mental.

Los laboratorios *Janssen-Cilag* han apoyado con el tiraje de agendas y trípticos, un sábado de cada mes en sus instalaciones al sur de la ciudad de México, ofrecen psicoeducativos, en donde familiares y pacientes por separado toman una conferencia acerca de la esquizofrenia. AFAPE debe llevar al ponente, la empresa sólo ofrece el espacio, material de apoyo visual y refrigerios. Donativos económicos no existen.

Los psico-educativos también se imparten los sábados dentro de AFAPE sólo para familiares, siendo un espacio de reflexión y desahogo entorno a la enfermedad.

A pesar de la realidad antes desglosada, la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos ahí está, existe y tiene sus puertas abiertas, siendo una opción lejana a un hospital, a un internado o a una granja, concluye para *la otra cara de la esquizofrenia* el psicólogo Víctor Pérez.

Es un espacio de ellos, es un espacio en el que vienen, son aceptados, fundamentalmente son aceptados, son reconocidos, se reconocen entre ellos, se apoyan, se sienten bien el estar aquí, se sienten comprendidos, se sienten aceptados, sienten que hasta las pequeñas cosas que hacen aquí son reconocidas y eso los hace sentir personas. Se les brinda un lugar emocional y afectivo.

3.3.1 Accesorios y Galería de Arte

Parte de los accesorios maquilados por los pacientes sobre sus obras artísticas en AFAPE.



AFAPE

Gorras bordadas por esquizofrénicos. AFAPE.



AFAPE

Playeras bordadas por esquizofrénicos con sus obras pictóricas. AFAPE.



AFAPE

Mochilas estampadas por esquizofrénicos. AFAPE.



AFAPE

Porta vasos estampados por esquizofrénicos. AFAPE.



AFAPE

Mochilas estampadas por esquizofrénicos. AFAPE.

Parte de la galería del taller de pintura de los enfermos mentales de Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos.



AFAPE

Obra pictórica realizada por un esquizofrénico de AFAPE. Anónimo. 2000-2004



AFAPE

Obra pictórica realizada por un esquizofrénico de AFAPE. Anónimo. 2000-2004



AFAPE

Obra pictórica realizada por un esquizofrénico de AFAPE. Anónimo. 2000-2004



AFAPE

Obra pictórica realizada por un esquizofrénico de AFAPE. Anónimo. 2000-2004



AFAPE

Obra pictórica realizada por un esquizofrénico de AFAPE. Anónimo. 2000-2004



AFAPE

Obra pictórica realizada por un esquizofrénico de AFAPE. Anónimo. 2000-2004

AFAPE



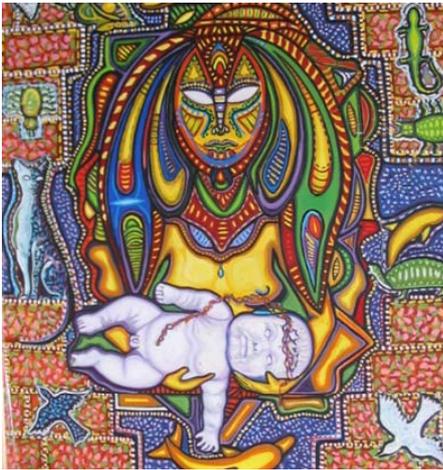
Obra pictórica realizada por un esquizofrénico de AFAPE. Anónimo. 2000-2004

AFAPE



Obra pictórica realizada por un esquizofrénico de AFAPE. Anónimo. 2000-2004

AFAPE



Obra pictórica realizada por un esquizofrénico de AFAPE. Anónimo 2000-2004

AFAPE



Obra pictórica realizada por un esquizofrénico de AFAPE. Anónimo 2000-2004

AFAPE



Obra pictórica realizada por un esquizofrénico de AFAPE. Anónimo. 2000-2004

Capítulo 4 Entre ratings y Enfermos Mentales

4.1 El papel de los medios de comunicación en el siglo XXI y su rol en la esquizofrenia

Javier Esteinou Madrid integrante del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación de las Ciencias de la Comunicación, detalla que a raíz de las nuevas tecnologías que durante el siglo XX y principios del XXI conquistaron los medios de información colectivos, especialmente los electrónicos; éstos se convirtieron en el centro del poder ideológico y político contemporáneo de México.

De haber sido instrumentos de difusión relevantes en 1960, de transformarse en instituciones importantes de socialización en 1970 y de convertirse en el cuarto poder político a partir de 1980, a principio del 2000 se transformaron en el vértice del poder actual, ahora se han convertido en el primer poder ideológico que existe en nuestra sociedad.⁸²

Los medios de comunicación son los instrumentos más relevantes en la conformación de la opinión pública, advirtió la Secretaría de Gobernación por medio de la Segunda Encuesta Nacional Sobre Cultura Política y Prácticas Ciudadanas en 2003.⁸³ El método arrojó como resultado que los medios de comunicación electrónica, eran la principal fuente de información para los mexicanos en el 2003.



Cámara de Diputados-Televisa.

⁸² Javier Esteinou Madrid, *Hacia un nuevo modelo de comunicación social: La Radio Ciudadana*, en *La Radio de los Ciudadanos a un año de su creación XEQK 1350 am.*, Secretaría de Gobernación México 2004. p.16

⁸³ José Paoli Bolio Francisco, sub Secretario de Desarrollo Político de la Secretaría de Gobernación, *La Radio como Espacio Público Ciudadano*, en *La Radio de los Ciudadanos a un año de su creación XEQK 1350 am*, Secretaría de Gobernación. México 2004. p.10

Por ello Héctor García gerente de la estación, *La Radio de los Ciudadanos* (frecuencia 1350 am) del Instituto Mexicano de la Radio, para *la otra cara de la esquizofrenia* sentenció:

Todos estamos influidos en los medios de comunicación y dependiendo de los medios de comunicación que consumas, dime qué medio escuchas y te diré como piensas, en fin ciertas tendencias de comportamiento.

De esta forma la esencia social de los medios de información desde sus inicios, ha sido delineada por la presencia de un fuerte poder económico y político, que ha condicionado el uso social de los mismos, por otros sectores más amplios que no sean los propietarios o representantes del gran capital local y transnacional en México, sentenció el Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación de las Ciencias de la Comunicación.⁸⁴

Los periodistas y gente que trabaja en los medios, tanto públicos como privados, coincidieron en la definición de los mass media para *la otra cara de la esquizofrenia*.

Es Jesús Martín Mendoza conductor del noticiario vespertino de *La Red de Radio Red*(frecuencias 1110 am y 88.1 fm) en Grupo Radio Centro:

Lo que pasa es que los medios de comunicación insisto, son un negocio, los empresarios, los que tienen las concesiones, pues van a ofrecer contenidos que les sean redituables en lo económico, esa es la verdad.

Un medio público como lo es el Instituto Mexicano de la Radio, en Héctor García responsable de *La Radio de los Ciudadanos* opinó:

El interés de los medios es comercial, viven de eso, agregan a su agenda temática pocos elementos, no hay un compromiso social, aunque aborden temas sociales, la relación con la gente nada más se da con llamadas telefónicas y como complemento de esta escasez, tienen una línea editorial muy marcada, definida, y vertical. Está Gutiérrez Vivo, quien es el que determina el tono editorial de su estación en sus programas, Ciro Gómez Leiva, Joaquín López, en fin, algunos comunicadores que son los de siempre, quienes responden a los compromisos de sus empresas y a una formación muy personal.

⁸⁴ Esteinou Madrid *op. cit* p. 16

Con este contexto mediático se topa la esquizofrenia, una enfermedad mental compleja, poco conocida y con un material existente de poca difusión.

Prueba de ello fue la investigación sobre material hemerográfico en los tres periódicos con mayor circulación en el país *EL UNIVERSAL, LA JORNADA Y REFORMA*.

La información recabada sobre la enfermedad mental fue de mayo del año 2003 a mayo del 2005. Las tres principales cadenas de televisión abierta también fueron analizadas.

LA JORNADA

En este diario la información que se buscaba se cataloga en la sección de *Sociedad y Justicia*. En un periodo de dos años se encontraron sólo nueve notas informativas enfocadas a la esquizofrenia.

- ✿ ***En México, deficiente atención para personas con males mentales: OPS.*** Miércoles 13 de abril del 2005
- ✿ ***Las afecciones mentales, soslayadas en los hechos en los planes oficiales.*** 3 de diciembre de 2004
- ✿ ***Avanza la reforma siquiátrica basada en el Modelo Hidalgo.*** 2 de julio de 2004
- ✿ ***Podrían duplicarse casos de esquizofrenia.*** 23 de abril de 2004
- ✿ ***Depresión, principal trastorno mental entre los mexicanos.*** 26 de diciembre de 2003
- ✿ ***Crea Ssa el Centro Nacional de Salud Mental; aún no tiene presupuesto.*** 18 de diciembre de 2003
- ✿ ***Más de 3 millones de mexicanos padecen algún trastorno mental.*** 19 de noviembre de 2003
- ✿ ***Piden a Frenk mostrar datos de OPS sobre hospitales siquiátricos.*** 25 de junio 2003
- ✿ ***Exigen acabar con la cadena perpetua que purgan enfermos siquiátricos.*** 2 de julio de 2003

La Jornada cuenta con un suplemento mensual de periodismo en salud ciencia y tecnología, llamado *Investigación Y Desarrollo*. Entre sus objetivos destaca divulgar los avances científicos y tecnológicos que suceden en México.

En el mismo periodo de tiempo antes mencionado, no se encontró nada que hablara de esquizofrenia.

EL UNIVERSAL

Cuenta con las siguientes notas informativas de mayo del 2003 a mayo 2005:

- ✿ *Vinculan desajuste de gen con esquizofrenia.* 22 de febrero de 2005
- ✿ *Crean arte por salud mental.* 13 de enero de 2005
- ✿ *Esquizofrenia: genes alterados.* 18 de octubre de 2004
- ✿ *El arte: fuga ante la esquizofrenia.* 03 de abril de 2004

REFORMA

- ✿ *Exhiben arte sin estigmas.* 12 de enero del 2005
- ✿ *Suman esfuerzos en pro de salud mental.* 3 de diciembre del 2004
- ✿ *Relacionan gripe con esquizofrenia.* 2 de agosto 2004
- ✿ *Faltan psiquiatras para mexicanos.* 25 de Abril del 2004
- ✿ *Padecen esquizofrenia 500 mil mexicanos.* 22-Abril del 2004
- ✿ *Exhiben arte de esquizofrénicos* 31 marzo 2004
- ✿ *Aumenta ansiedad y depresión en México.* 9 de febrero 2004
- ✿ *Encuentran enfermos vocación de pintores.* 11 Julio 2003
- ✿ *Perciben mayor depresión y ansiedad en mexicanos.* 11 septiembre 2003

TELEVISA

En *Canal 4* sólo existe un programa relacionado con la salud conducido por la Dra. Diane Pérez y producido por la periodista Lolita Ayala, con emisiones sabatinas a las diez de la mañana.

De mayo del 2003 a mayo 2005 nunca tocaron algo relacionado con enfermedades mentales.

Tanto la doctora como la periodista se negaron desde 2004 a dar una entrevista a *la otra cara de la esquizofrenia*.

La justificación fue dada por la secretaria particular de Diane Pérez, Patricia Vázquez, argumentando que la producción del programa no maneja la salud mental.

TV AZTECA

No cuenta con un programa relacionado a la Salud.

En *A quién Corresponda* en Canal 7, Jorge Garralda transmitió un reportaje difundiendo una exposición de pintura. Nunca informó al auditorio que los participantes eran esquizofrénicos y mucho menos se abordó la enfermedad.

CANAL ONCE

Diálogos en Confianza fue el medio que más tocó el tema de las enfermedades mentales, precisamente por medio de la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos.

En tres ocasiones la señora Margarita Saucedo, su equipo de trabajo y los mismos pacientes, estuvieron presentes con el siguiente contenido en las instalaciones del Instituto Politécnico Nacional.

SINOPSIS DEL PROGRAMA 22 de agosto del 2000

Tema : Adolescencia y esquizofrenia



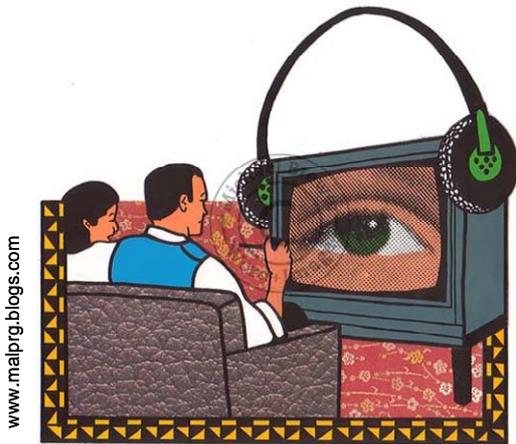
Conductoras

- ✿ Bloque I: ¿Qué es la esquizofrenia?
- ✿ Bloque II: ¿Cómo se comporta un esquizofrénico o una esquizofrénica?
- ✿ Bloque III: Familia
- ✿ Bloque IV y V: Tratamiento y costo familiar
- ✿ Bloque VI y VII: ¿Qué es AFAPE?

Los programas del 13 de Febrero del 2003 y del 09 de Febrero del 2005, difundieron de nueva cuenta el tema de la esquizofrenia, con el objetivo de conocer la sintomatología, señalando la importancia de la detección temprana, así como enfatizar que sí bien no es curable, si es tratable.

Además de *Diálogos en Confianza*, AFAPE ha tenido otras experiencias directas con los mass-media, como en el periódico *Reforma* el 12 de enero del 2005 con el encabezado *Exhiben arte sin estigmas*. La nota informativa se especificó en el taller de pintura y en las obras de un paciente.

Quienes conforman la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos, en los contactos con la televisión y la prensa, creían que sus problemas se iban a terminar. El dar a conocer a AFAPE en Canal Once del IPN, en Canal 7 de Tv Azteca y en Reforma, iba a ser sinónimo de donaciones y todo tipo de apoyos, que más gente iba a tocar a sus puertas y que la enfermedad sería vista de otra forma.



Eye_on_television.

La televisión deslumbra y emociona, comentó la señora Margarita Saucedo presidenta de AFAPE.

La realidad fue otra, los recursos económicos nunca llegaron de posibles patrocinadores, las familias con sus pacientes tampoco se incrementaron después de la transmisión de los programas y de la nota informativa. La idea de que difusión es igual a mejoras en AFAPE, se derrumbó al pasar de los meses.

¿Por qué sucede este fenómeno? La respuesta para *la otra cara de la esquizofrenia* la tiene Javier Esteinou Madrid representante del Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación de las Ciencias de la Comunicación.

“La sociedad mexicana de principios del nuevo milenio continúa siendo una sociedad receptora y no emisora de mensajes. Las únicas excepciones de participación ciudadana se dan, cuando algunos de estos sectores, por alguna circunstancia excepcional, se convierten en noticia y entonces son difundidos por los medios, como las mercancías informativas del momento y desaparecen de las pantallas cuando dejan de ser novedosos, sin contar con ningún derecho civil para participar permanentemente en éstos, cuando ellos lo requieran.

En otras palabras, la sociedad civil o los grupos emergentes, sólo pueden participar en la programación, de los medios, cuando sirven como apoyo para elevar el raiting de las empresas, pero no son considerados permanentemente como sujetos o entidades generadores de opinión pública, que tengan derecho a un espacio colectivo, permanentemente de participación informativa.”⁸⁵

⁸⁵ Ibidem p.16.

La relación de Televisión Azteca con la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos, es ejemplo de lo antes citado. Esteban Moctezuma Barragán actual presidente de Fundación Azteca, estableció una relación con la líder de AFAPE Margarita Saucedo, comprometiéndose de palabra a incorporar al organismo a la fundación de *Grupo Salinas*.

Ante ello se organizó en el primer semestre del 2005, la inauguración oficial de la casa de la Asociación, ubicada en las calles de la colonia Roma en el Distrito Federal; pues la televisora del Ajusco llegaría con cámaras y reporteros para después difundir el evento.

La reunión estuvo apegada a la agenda de Barragán, y sí, efectivamente, tres cámaras y un reportero capturaron todos los movimientos del presidente de *Fundación Azteca*. Los esquizofrénicos en su Asociación pasaron desapercibidos.



El proyecto de apoyo a organizaciones sociales a través de Fundación Azteca ha sido un éxito, informó el presidente del organismo, Esteban Moctezuma al noticiero Hechos en Tv Azteca. Mayo 2002.

La ilusión de salir de nuevo en televisión y de recibir los beneficios al ser parte del organismo de Ricardo Salinas Pliego, se vinieron abajo. Después del evento, el contacto Tv Azteca-AFAPE se rompió y a Esteban Moctezuma junto con los apoyos y la difusión, se los tragó la tierra.

En enero del 2006 Fundación Azteca transmitió todos sus apoyos y trabajos con la sociedad civil, así, quienes sintonizaron esa mañana Canal 7 en *A quién Corresponda*, veían a Esteban Moctezuma Barragán en una lluvia de imágenes realizando acciones altruistas, manifestando el compromiso de Ricardo Salinas Pliego con los más necesitados en México.

Entre esas imágenes apareció el evento de la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos sin una leyenda de identificación, relató para *la otra cara de la esquizofrenia*, el psicólogo Ariel Monroy.

Algo similar sucedió con Televisa, el evento mediático, político y económico desplegado para los primeros días de diciembre con el TELETÓN, en donde se llama a los mexicanos a donar en mejora de las personas con capacidades físicas diferentes, negó participación a AFAPE.



Vicente Fox y su esposa Marta Sahagún inauguraron en Irapuato el centro Teletón.

La justificación fue que las enfermedades mentales y las discapacidades que generan, no son apoyadas por cuestiones de “agenda”.

Las experiencias y la concepción de lo que son las discapacidades por los dueños del espectro radioeléctrico en México, ya son asimiladas y justificadas en AFAPE después de tantas desilusiones o realidades vividas.

Es la psicóloga Carolina Cabo quien explica por qué motivo Tv Azteca y Televisa, le han cerrado las puertas a la esquizofrenia.

Porque no vende, a mí me ha pasado esto de ir a buscar a empresas privadas que te pueden donar, si les dijeras niños huérfanos de Oaxaca, por que les conviene, por que es deducible de impuestos, por que es publicidad para ellos, Ahora, no sería publicidad para ellos decir que apoyan a los enfermos mentales con esquizofrenia, al contrario alejan, da miedo, lo podrían asociar con la locura que no es un negocio.

A pesar de tantas experiencias malas, la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos, exige a los medios de comunicación espacios que por derecho les corresponden, pues se dan cuenta del poder que hay en Televisión y Radio. Así lo ejemplifica el psicólogo Ariel Monroy, al ser cuestionado sobre ¿Sí tuviese la Asociación otro tipo de contactos y relaciones con los medios de comunicación, habría otras condiciones?

Claro, directo o indirecto, como el Teletón, ahí se ve como a la gente la mueve la publicidad, porque todos tenemos un poquito de eso, del poder dar, mucho de lo que existe cómo presupuesto nacional se va hacia las instituciones más oficializadas como la de Martha Sahagún.

El contexto del raiting es difícil de entender entre los pacientes con esquizofrenia y sus familias, pues la enfermedad ha causado muchos daños con sentimientos de culpa y responsabilidades poco compartidas.

El sector de la sociedad inmiscuido en AFAPE, culpa a los medios de su realidad, de no tener dinero y de ser discriminados.

Sin embargo, el organismo no tiene un plan de difusión interno ni externo con objetivos, desde conocer la enfermedad hasta pedir donativos.

Carlos González director de noticias del Canal *Televisión Mexiquense* y conductor de noticiarios en Grupo Radio Centro, critica el papel de asociaciones como AFAPE:

Las organizaciones ¿qué tanto se acercan a los medios o qué tantos foros provocan para que los medios en algún momento dado, pudiéramos estar interesados en acercarnos a ellos y publicitarlos? Aquí es cuestión compartida.

La postura es clara, el entretenimiento fácil que genere publicidad y ganancia, es lo que va a prevalecer en la televisión y la radio.

Entonces existe corresponsabilidad negativa, entre los que conviven con la esquizofrenia y no hacen nada por difundirla y los mass-media.

En general, muchos sectores de la población allegados a la esquizofrenia y ajenos a la salud mental, se quejan de los programas que se transmiten en radio y televisión, sin saber que también son parte de esa calidad mediática.

El periodista Carlos González aborda el tema y reafirma las responsabilidades:

La sociedad, el televidente, el radioescucha, es poco exigente, porque la gente se queja mucho de que no hay programas de calidad, de que no hay programas de contenido, pero sin embargo ellos mismos sintonizan los programas que poco ofrecen, los programas de poco contenido, entonces ellos favorecen en ese sentido a que sigan existiendo. En la medida en que el radioescucha o el televidente fueran más exigentes como sociedad y no sintonicen, no le den raiting a los programas que no tienen ninguna valía, en esa medida harían que las televisoras y las estaciones de radio, se preocuparan por hacer programas de mayor contenido, entonces ahí vuelvo a lo mismo, hay una corresponsabilidad.

Los medios externalizan su postura, *al pueblo pan y circo*, programas de bajo nivel educativo, porque a la sociedad es lo que le gusta, cuando cambie, los medios actuarán.

Lo peculiar en la postura de los medios de comunicación es ¿Cómo pedirle a la sociedad que sea crítica, cuando su población nace, crece, se desarrolla y muere, con bajo nivel de razonamiento y mínimo desenvolvimiento educativo; ocasionado por los rezagos y políticas de Estado limitadas y cortas, como las que se llevan a cabo en un país sub-desarrollado como el nuestro?

El tema es un círculo, difícil de encontrar un punto de inicio.

4.2 Enfermedades Mentales en la pantalla chica y en el cuadrante: Difusión del padecimiento

Socorro Valadez psicóloga del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y los integrantes de la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos, coincidieron en que el gobierno no difunde la enfermedad mental, por lo que se tiene que buscar espacios con la iniciativa privada.

Al tocar las puertas de los concesionarios de los medios masivos, la realidad es muy parecida a la del gobierno. Ni en televisión ni en radio existe un programa especial para la salud y enfermedad mental. ¿Por qué?

Es Héctor García gerente de la radiodifusora *La Radio de los Ciudadanos* de IMER

Porque no hay políticas, sino hay una política de comunicación de Estado algo que guíe, que les haga entender que los medios son propiedad de la nación, y que tiene una responsabilidad el Estado de comunicar, de relacionar, no hay una campaña del gobierno con interés social, que sea creativa, que investigue, que desarrolle procesos creativos.

El propio entrevistado se contradice y del discurso crítico a la realidad hay mucha brecha.

El Instituto Mexicano de la Radio en su emisora *La Radio de los Ciudadanos* (frecuencia 1350 am) con un perfil basado en las necesidades sociales, no tiene ningún programa relacionado con las enfermedades mentales.

Al ser cuestionado al respecto, Héctor García sólo dejó en promesas la difusión de la esquizofrenia:

Me echas el trompo a la uña, porque nosotros tenemos que hacer algo, yo había pensado y hemos tratado de incluir, es un tema que tenemos presente pero no lo he desarrollado, tenemos que hacer algo.

Jesús Martín Mendoza conductor del noticiario de *La Red de Radio Red* (frecuencias 1110 am y 88.1 fm) de Grupo Radio Centro, también destacó la justificación de por que no hay programas para enfermos mentales:

Porque no es redituable, el problema de los programas de salud, es que no los ven, si alguien tiene que escoger entre un programa de entretenimiento, y de salud, van a escoger el de entretenimiento..... ahora el tema muy específico de la salud, tiene dos vertientes, la gente le llega a interesar un programa cuando se siente enferma y quiere encontrar solución a lo que tiene, pero al mismo tiempo a la gente no le gusta porque no entiende que los programas de salud, utilizan muchos tecnicismos.... un programa de salud es muy difícil de llevar a los medios de comunicación, porque el médico especialista tiene que manejar un dominio de comunicación total para poder traducir un tecnicismo médico a términos más sencillos de entender y además tener una forma de explicar las cosas de manera que atrape al público, entonces es muy difícil.

Para conocer más la realidad de los programas de salud, *La otra cara de la esquizofrenia* conversó con el doctor Jorge Barrera, titular de la Barra Médica desde hace 20 años de *La Red de Radio Red* en Grupo Radio Centro(88.1 fm y 1110 am) y conductor del programa *Por su Salud* que se transmite los domingos de 6 a 8 de la mañana.

El doctor Barrera comentó que en sí no existe una cultura de prevención y cuidado de la salud en el mexicano. Hasta que la enfermedad llega a una persona es cuando se preocupa por curarla. El ciudadano se informa rápido como aliviar su mal, no le importa documentarse o tener información que vaya más allá del cuidado inmediato para recuperar la salud.

Por Su Salud toca la materia en general y nunca ha abordado la información sobre las enfermedades mentales, sin embargo la intimidad del proyecto y la actitud del mexicano, es fundamental para entender a la salud en los medios de comunicación.

Dentro de su programa, ¿Cuáles son los temas en torno a la salud que más se manejan?

Pues son diversos porque abarcamos todos los temas; neurológico, endocrinológico, músculo esquelético, traumatología, gastroenterología, pediatría, senectud, es medicina general propiamente y en cada programa manejamos un tema. No se trata de dar temas como conferencia porque la audiencia no está acostumbrada a escucha en la radio eso, sino que presentamos motivaciones y después vamos incluyendo las llamadas y las dudas de la gente, damos lo principal del tema.

¿Cómo considera que la sociedad en general se comporta en torno a la salud y la medicina?

Lamentablemente existe poca educación para la salud en la población...no se tiene el tiempo suficiente en los medios de comunicación para difundir la salud y la sociedad misma tampoco tienen la afinidad

Periodistas de Grupo Radio Centro consideran que el entretenimiento fácil y sin contenido educativo es lo que vende, de ahí que la estación de radio *La Z*, sea la que más ganancias deja a la empresa, ¿en torno a la salud, qué sucede?

Lamentablemente no es lucrativo, por lo tanto es una labor social la que se da en este caso con Grupo Radio Centro y Radio Red en especial, para sacar el programa *Por su Salud*. Se van por los aspectos frívolos, musicales, que tienen audiencia rápida, los temas de tipo sexual y demás, se explotan así, por el morbo para vender cualquier cosa, no se ha enfocado adecuadamente esta forma de educar, sabiendo que la educación es quizá el punto más importante en nuestro país.

La periodista Blanca Lolbee, conductora de varios espacios en Grupo Radio Centro, deja en claro la labor del doctor Barrera con su barra médica en la empresa, al destacar por qué no hay un programa exclusivo para las enfermedades mentales:

Hay algunos programas, pero son esfuerzos aislados como el de la Barra Médica de Radio Centro, y también de poco valor, no porque los médicos no valgan, sino porque no tienen la proyección, el apoyo necesario, ese programa sino está en un horario estelar.... porque los vendedores se les hace más fácil vender una estación musical que comprometerse a vender este otro tipo de espacios, es un círculo vicioso espantoso.

En Televisa la doctora Diane Pérez y la conductora Lolita Ayala se negaron a participar en *la otra cara de la esquizofrenia* dado que en sus espacios informativos y de salud, no les interesa las enfermedades mentales.

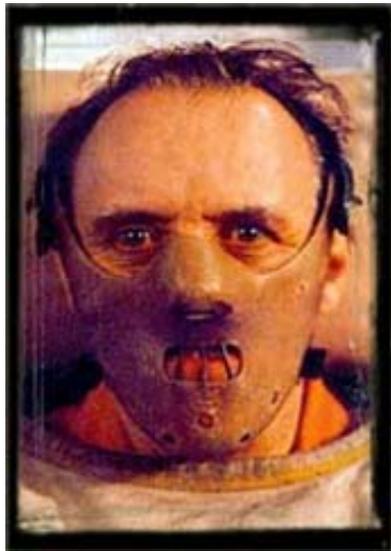
El aspecto clínico de éstas es ignorado dentro de los programas noticiosos, no así en los de entretenimiento.



La caja que idiotiza

El estudio de la mente y sus comportamientos, son en gran medida un misterio para la ciencia. Las preguntas sin resolver, los temas confusos y los roles de los enfermos mentales poco entendibles a la sociedad común, son explotados por la publicidad y los concesionarios de los medios de comunicación masiva.

El negocio del entretenimiento ha sabido conducir con grandes frutos el mundo de la psiquiatría y la psicología.



www.tumbaabiarta.com

El actor Anthony Hopkins da vida al Dr. Hannibal Lecter en el film *El silencio de los Inocentes*. 1992.

Los trastornos mentales rompen con el orden tradicional de las conductas sociales. La locura desequilibra a la lógica y a la razón, con sentimientos encontrados difíciles de explicar.

Todo ello genera miedo y morbo entorno a las enfermedades mentales.

Por ello vemos siempre en películas en su mayoría estadounidenses y en programas de entretenimiento, al enfermo mental ya sea con camisa de fuerza apunto de estallar o agresivo atacando a todo el mundo.



The infamous shower scene

La actriz Janet Leigh da vida a Marion Crane en el film *Psycho*. 1960

Observamos el hospital psiquiátrico tenebroso con personajes que se interrelacionan en aspectos sobrenaturales y metafísicos, que siempre mantienen al espectador entretenido, moldeando estereotipos y perjuicios.

La capitalización de una parte de los aspectos psicológicos y psiquiátricos de las enfermedades mentales en morbo y miedo, ha fomentado el estancamiento de la información en la materia, dando entrada al estigma y la discriminación; detalló la psicóloga Carolina Cabo:

En las películas que muestran la esquizofrenia en relación a un manicomio, una institucionalización, eso es mentira, no está todo el tiempo en ello, eso es mentira, intentan llevar una vida(los esquizofrénicos) como la de cualquier otro.

De hecho mis conocidos me preguntan de la esquizofrenia, les da miedo el volverse loco, porque de alguna manera muestra también cosas que no son tan comprensibles para nosotros, el hecho de que escuchen voces o vean cosas, generan cosas, sobre todo porque todavía no hay una explicación del porque causa eso. Entonces genera miedo.

La otra cara de la esquizofrenia conoció la percepción que tienen las personas acerca de las enfermedades mentales y de quienes las padecen, así como la base de su conceptualización, a través de las experiencias contadas por la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes con Esquizofrenia.

A la sociedad lo primero que se le viene a la mente al escuchar enfermedad mental, es a un loco peligroso, una persona que no entiende nada.

El común denominador maneja en la descripción de una escena con enfermos mentales: camisas de fuerza, persecuciones para hacer daño, armas punzo cortantes, hospitales psiquiátricos macabros y sangre como elementos indispensables. La fuente de esa idea fueron las películas, programas de entretenimiento y diverso material audiovisual.

En AFAPE se advirtió que la gente ajena a la salud mental, confesó haber experimentado temor y suspenso después de conocer los filmes y los programas de televisión.

La difusión masiva del contenido de la salud mental en el séptimo arte y en la pantalla chica, son la columna vertebral del estigma y la discriminación en el mundo de la esquizofrenia.

Este aspecto se detallará en el siguiente capítulo dentro del reportaje propiamente dicho, pero es necesario tener el parámetro delineado de los medios masivos de comunicación.

Al igual que los géneros literarios, el séptimo arte crea espacios, personajes, historias, enfermedades y acontecimientos, de acuerdo a la idea y a los fines de cada equipo cinematográfico. Los acontecimientos históricos, científicos, psiquiátricos y psicológicos, son abordados de manera muy alejada a la realidad, no podemos decir con claridad si las películas son correctas o incorrectas a la hora de tratar la locura, la esquizofrenia y otras enfermedades mentales, debido a que ello depende de la interpretación de imágenes y sonidos.

La otra cara de la esquizofrenia presenta cinco películas que de acuerdo a sus propios creadores, a críticos, a especialistas médicos y al público en general, abordan vagamente y con errores psiquiátricos, en sus personajes así como en la trama, las enfermedades mentales.

La idea es mostrar como esas cintas, en su mayoría estadounidenses, han servido para que la ciudadanía conceptualice una enfermedad mental y a quien la padece. Después del estereotipo infundado, el miedo y los actos discriminativos llegan por sí solos a las personas que en verdad viven la esquizofrenia y otros padecimientos.

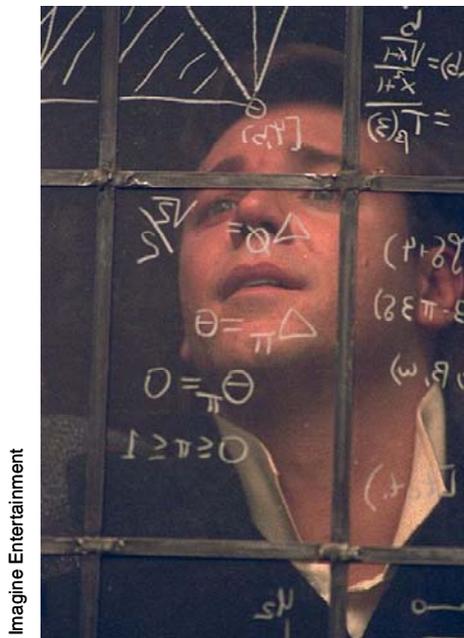
A Beautiful Mind. Una mente maravillosa

Estados Unidos 2001.

Actor protagonista. Russell Crowe

Sinopsis:

Una mente maravillosa es un drama intensamente humano sobre un auténtico genio, está inspirado en la vida del matemático John Forbes Nash Jr. El atractivo y altamente excéntrico Nash hizo un descubrimiento asombroso al comienzo de su carrera y se hizo famoso en todo el mundo. Pero su fulgurante ascenso a la estratosfera intelectual sufrió un drástico cambio de curso cuando la brillante mente de Nash se vio atacada por la esquizofrenia. Enfrentándose a un reto que hubiera destruido a cualquier otro, Nash luchó por recuperarse con la ayuda de su devota esposa Alicia. Tras varias décadas de penalidades logró superar su tragedia y recibió el premio Nobel en el año 1994.



Imagine Entertainment

A Beautiful Mind. Russell Crowe



Imagine Entertainment

A Beautiful Mind. Russell Crowe



Imagine Entertainment

A Beautiful Mind. Russell Crowe

The Silence of the lambs. *El silencio de los Inocentes*

Estados Unidos 1991

Actor protagonista. Anthony Hopkins

Sinopsis:

El FBI busca a un asesino en serie, apodado Buffalo Bill, que mata a sus víctimas, todas ellas adolescentes, después de prepararlas minuciosamente y arrancarles la piel. Para poder atraparlo contactan con Clarice Starling, una brillante licenciada universitaria, experta en conductas psicópatas, que aspira a formar parte del FBI. Siguiendo las instrucciones de su jefe, Jack Crawford, Clarice visita la cárcel de alta seguridad donde el gobierno mantiene encerrado a Hanibal Lecter, antiguo psicoanalista y asesino, dotado de una inteligencia superior a la normal. Su misión será intentar sacarle información sobre los patrones de conducta de "Buffalo Bill".



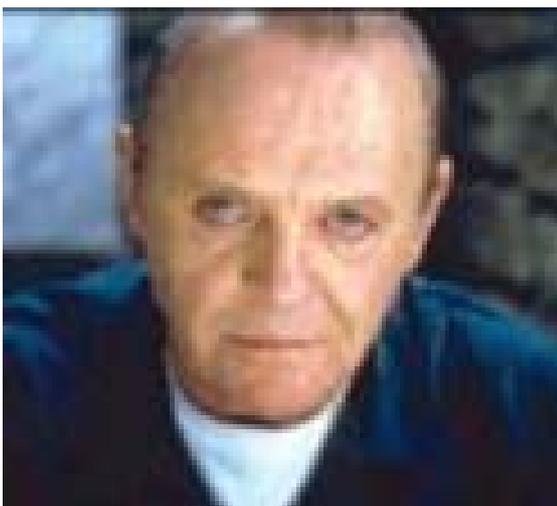
Imagine Entertainment

Dr Hannibal Lecter



Imagine Entertainment

Dr Hannibal Lecter



Imagine Entertainment

Dr Hannibal Lecter

Psycho. *Psicosis*

Estados Unidos 1960

Actor protagonista. Anthony Perkins y Janet Leigh,

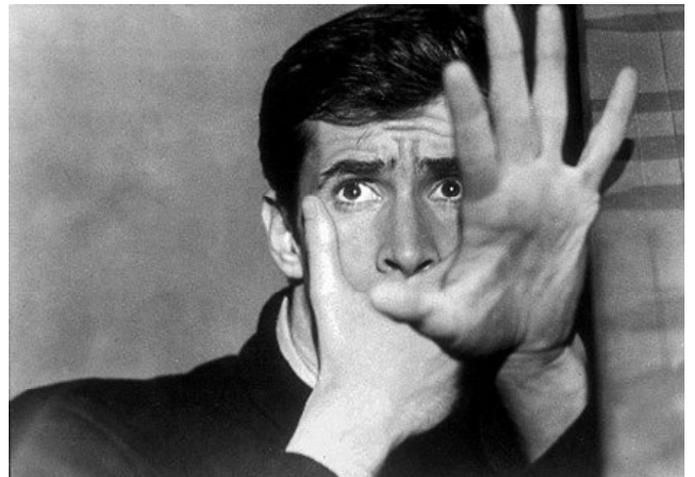
Sinopsis:

Una joven secretaria, tras cometer un robo, se marcha de la ciudad y conduce durante horas, parando para descansar en un pequeño motel de carretera regentado por un joven llamado Norman. Todo parece normal y tranquilo en el apartado motel y en la casa de al lado en la que viven Norman y su madre pero, mientras está en la ducha, la joven es asesinada salvajemente a cuchilladas



Imagine Entertainment

Psycho



Imagine Entertainment

Psicosis. Anthony Perkins.



Imagine Entertainment

Psicosis. Janet Leigh.

The Shining. *El resplandor*

Estados Unidos 1980

Actor protagonista. Jack Nicholson

Sinopsis:

Jack Torrance se trasladado junto a su mujer y a su hijo, al impresionante hotel Overlook, en Colorado, para encargarse del mantenimiento del mismo durante la temporada invernal, en la que permanece cerrado y aislado por la nieve. Su idea es escribir su novela al tiempo que cuida de las instalaciones durante esos largos y solitarios meses de invierno, pero desde su llegada al hotel, Jack comienza a padecer inquietantes trastornos de personalidad, al mismo tiempo que en el lugar comienzan a suceder diversos fenómenos paranormales.



Imagine Entertainment

El actor Jack Nicholson da vida al esquizofrénico Jack Torrance en *El resplandor*.



Imagine Entertainment

El resplandor



Imagine Entertainment

El actor Jack Nicholson en *El resplandor*.

El búfalo de la noche

México 2007

Actor protagonista. Diego Luna

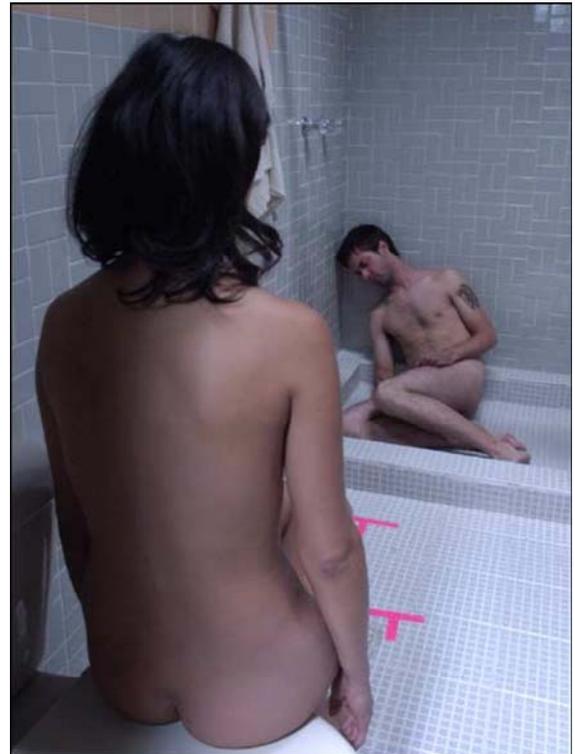
Sinopsis

Adaptación de la novela homónima de Guillermo Arriaga, Narra la historia de Manuel, un joven que sufre de una gran lujuria por las mujeres, aspecto que lo llevará a traicionar a su esquizofrénico mejor amigo con su novia, lo que cambiará su vida para siempre.



Twentieth Century Fox

El búfalo de la noche



Twentieth Century Fox

El búfalo de la noche



Twentieth Century Fox

El búfalo de la noche

4.3 La Esquizofrenia...fuente del saber bibliográfico de unos cuantos: investigación del acceso y demanda por información relacionada a la enfermedad

Una persona ajena a una especialidad médica, se topa con un muro de información excluyente, además de la distorsión que fomenta la televisión y la radio entorno a la salud mental.

El material existente de enfermedades mentales está a la mano en librerías y bibliotecas con una estructura y formato especializado para psicólogos y psiquiatras, lo que lo hace inservible para el resto de la población interesada en el tema.

Es el psicólogo Ariel Monroy :

Los libros son específicos para psiquiatras, donde se mencionan conceptos que a veces yo como psicólogo y que los sé, me cuesta trabajo retomarlos o explicarlos ampliamente. Hay muy pocos libros.

El manejo de la información especializada debe aterrizar al contexto común y práctico, pues su elite no beneficia a un sector de la sociedad que busca respuestas fáciles y rápidas de lo que son las enfermedades mentales.

La otra cara de la esquizofrenia tocó a través de un reportaje lo complejo de la enfermedad, pues era necesario internarse en temas que afectan a más de 15 millones de mexicanos con el padecimiento mental y hacerlos comprensibles para los demás.

El papel de los medios masivos de comunicación al no difundir la esquizofrenia, se junta con la poca información que hay en librerías y bibliotecas, consolidando la ignorancia, el estigma y la discriminación.

Las bibliotecas y librerías (quitando Internet) son el primer filtro de consulta general, donde acude la sociedad en busca de información sobre determinado tema, de ahí la importancia de conocer qué tan demandado es el material bibliográfico referente a esquizofrenia, no sólo en su consulta, sino también en su compra.

La investigación se realizó en las tres librerías más conocidas de la ciudad. *Gandhi*, *Porrúa* y *El Sótano*, así como en las dos bibliotecas más concurridas por la sociedad mexicana, Biblioteca de México y Central de Ciudad Universitaria.

En primera instancia no se puede obtener a ciencia cierta qué tan detallada es la demanda en compra y consulta de libros sobre esquizofrenia, porque ninguna de las librerías y bibliotecas visitadas, cuentan con un sistema de cómputo avanzado que controle las estadísticas en la materia. Sólo existe una recopilación de manera general por área temática; que en este caso fue ciencias Médicas, Psicología y Psiquiatría.

Para *la otra cara de la esquizofrenia* el personal de las tres librerías y dos bibliotecas, comentó lo mismo respecto a los índices sobre la información más demandada para su compra o consulta; argumentando que en librerías y bibliotecas ésta se da por moda y temporada.

La sociedad es muy irregular en cuanto a la selección de información dependiendo la temporada del año, el evento o fenómeno social del momento o simplemente lo que está de moda entre la gente por su publicidad.

La mayoría de personas que visitan las bibliotecas o librerías no lo hacen por criterio propio, sino más bien por tarea encomendada por profesores y maestros de una comunidad estudiantil de primaria a preparatoria.

En librerías la gente busca material de entretenimiento y fácil comprensión, siendo la literatura el área más concurrida por las recomendaciones con las que llega el consumidor.

Esta información es sólo del público en general, pero también existe el sector estudiantil, el especializado que también cuenta con preferencias y gustos en el área de la psicología y psiquiatría, así que en base a ello se realizó de igual forma una investigación en la biblioteca de la Facultad de Psicología de la UNAM en Ciudad Universitaria, para conocer los libros más consultados por los estudiantes, quienes serán los futuros conductores del problema de las enfermedades mentales en el país e indudablemente de la esquizofrenia.

De forma completa se presentan los resultados sobre la investigación y a continuación se desglosa cada uno de los lugares visitados, para tener la información de manera más detallada sobre la demanda y oferta bibliográfica.

- ✿ Los libros que existen sobre la esquizofrenia en bibliotecas públicas y librerías de la ciudad de México, son poco consultados, siendo mínima su demanda en comparación con otros temas.
- ✿ El material de esquizofrenia que existen para su consulta y venta en librerías y bibliotecas, es mínimo y no actualizado, teniendo la bibliografía entre 1950-1990.
- ✿ La bibliografía de las bibliotecas y librerías es casi la misma.
- ✿ No existe un libro publicado sobre esquizofrenia por algún investigador, psicólogo o psiquiatra mexicano.
- ✿ Los precios de los libros oscilan entre los 80 y 600 pesos habiendo para todos los bolsillos, pero aún así, el precio no es el factor principal de la poca compra y consulta.
- ✿ Los profesores y maestros de los niveles básicos y medio superior del sistema educativo mexicano, no difunden, ni enseñan a los estudiantes temas relacionados con salud mental, lo que arrastra un desinterés y desconocimiento hasta la vida profesional por parte de psicólogos y psiquiatras.
- ✿ Dentro del área de psicología y psiquiatría, la esquizofrenia es de las más rezagadas, siendo el psicoanálisis y la psicología infantil las más solicitadas.
- ✿ No existen videos (documentales) o discos compactos con información a la venta sobre esquizofrenia.

BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA UNAM

Entrevista e información proporcionada por Fermín López coordinador de la biblioteca.

El inmueble de la Facultad de Psicología no cuenta con un sistema de cómputo avanzado que registre la demanda de libros consultados y de los que hay en préstamo, sólo se obtuvo información a través de la clasificación general.

Lo que consultan los estudiantes varía mucho, dependiendo si los semestres son pares o impares, ya que determina cuales son las materias y por ende los aspectos que tendrán mayor demanda en la biblioteca, de ahí que es muy irregular conocer que temas dentro de la psicología son los más rezagados o viceversa.

87 libros de Esquizofrenia
39 de ellos nunca han salido a préstamo
57 ocasiones son en las que ha salido el libro más demandado del año

En la biblioteca de Psicología los libros de esquizofrenia se encuentran bajo la clasificación RC514, no siendo tan demandada, ya que de la clasificación RC los libros más solicitados son de psicología clínica (historia, tratamientos, pruebas psicológicas, consultas etc).

La clasificación RC ocupa el tercer lugar de demanda, sólo superada en primer término por BF(Psicología General y Motivacional, la cual cuenta con 234 libros) seguida de QP (libros de Psico-fisiología).

Los libros sobre esquizofrenia, según el coordinador de la biblioteca de Psicología, tienen una demanda mínima que se califica como aceptable, tomando en cuenta que son pocos ejemplares y no actualizados.

En el área de tesis existen 40 trabajos de titulación sobre esquizofrenia, a los cuales no se pudo tener acceso, ya que estaba en remodelación esa área.

En comparación con tesis de psicoanálisis que son 58 o psicología infantil o laboral que cada una cuenta con más de 150 trabajos, la esquizofrenia es mínima; incluso superada por 80 trabajos cuya temática es el autoestima.

En el área de video existen cinco trabajos sobre esquizofrenia, por desgracia tampoco se cuenta con un sistema de cómputo que registre los más solicitados, pero en opinión del coordinador de la biblioteca, es mínima la demanda de ellos, siendo superada por el material en psicología general.

La información obtenida a través del sistema de recopilación de libros consultados en la facultad, es muy inestable e irregular, siendo muy riesgoso determinar que la esquizofrenia no tiene mucha demanda por los estudiantes en psicología, sin embargo, podemos añadir que no es el área más solicitada, debido a que los profesores no mandan a los estudiantes a buscar este tipo de información.

Los libros sobre esquizofrenia en esta facultad, no cuentan con información actualizada, ni con un formato práctico y accesible para su consulta, debido al mismo rezago que tienen.

BIBLIOTECA DE MÉXICO

Horario de 8:30 a.m a 7:30 pm y fines de semana están por cambiar los tiempos de atención.

Entrevista con Lic. Juan Andrés González Sánchez. Director del Departamento de Servicios al Público.

En esta biblioteca no hay libros tan especializados sobre las distintas disciplinas, el público que más la visita son estudiantes de preparatoria, y la demanda sobre algún tema o libro, es dependiendo la temporada del año o acontecimiento actual, (lo que este de moda) haciendo muy irregular establecer una demanda sobre algún tema o material en específico.

No existe un sistema de cómputo que registre la consulta de los libros, sólo se lleva un parámetro por sección y por sala de consulta de forma general. En esta biblioteca no hay préstamos a domicilio, sólo es consulta.

Existen nueve libros de esquizofrenia que se encuentran ubicados en la Sala 2, en el área de Ciencias Médicas, con la clasificación 616.89.

La biblioteca lleva un registro de forma general para conocer cuáles son los más demandados por clasificación, siendo en este caso la 600 (Tecnología y Ciencias Aplicadas) donde intervienen libros de Ingeniería, Agricultura, Contabilidad, Tecnología Química, Empresas, Sistemas Comerciales y Patentes o inventos.

De acuerdo con las estadísticas de obras consultadas dentro de la primera semana de Abril, como lo demuestra la siguiente tabla, la clasificación 600 fue la más solicitada de la Sala Dos.

SECCIONES CONSULTADAS

PRIMERA SEMANA ABRIL	SALA GENERAL 2
CLASIFICACIÓN	TOTAL
000	253
500	794
600	1426
TOTAL	2473 LIBROS CONSULTADOS

*000 Obras Generales

*500 Ciencias Puras (Física, Química, Paleontología, Antropología, Zoología y Astronomía)

Sin embargo dentro de la clasificación 600, los libros más demandados son siempre los de Administración Pública y Cardiología, dejando de lado la Psicología y Psiquiatría, que rara vez son solicitados. Esto en base a que son los libros que casi nunca se acomodan por el personal administrativo, ni se fotocopian y no están deteriorados.

En esta biblioteca los libros más solicitados son los del área de Ciencias Sociales de la Sala Uno, como lo demuestra la siguiente tabla.

**SECCIONES CONSULTADAS POR SALA
PRIMERA SEMANA DE ABRIL 2005**

SALA GENERAL DE CONSULTA	CLASIFICACIÓN	TOTAL DE LIBROS
1. CIENCIAS SOCIALES	300	1545
2. TECNOLOGÍA Y CIENCIAS APLICADAS	600	1426
2. TECNOLOGÍA Y CIENCIAS APLICADAS	500	794

Con estas estadísticas y lo dicho en la entrevista por el director del departamento de servicios al público, se demuestra que los libros de esquizofrenia son mínimos y raramente son consultados dentro de los libros de psicología del área de Ciencias Médicas de esta biblioteca, demostrando así, el poco interés de la sociedad y la nula investigación que hay en consulta general.

BIBLIOTECA CENTRAL UNAM

Información proporcionada por Armando Pavón Plata jefe de departamento de circulación bibliográfica de la Biblioteca.

La Biblioteca Central de ciudad Universitaria es una de las más importantes de México, en ella sólo existen 106 libros de Esquizofrenia y sí hay préstamo a domicilio.

Los 106 libros de esquizofrenia están con la clasificación RC514. Al igual que en la otra biblioteca, no existe un sistema de computo avanzado que lleve el registro sobre la demanda y oferta de material.

El único parámetro a seguir es la clasificación de forma general. RC está bajo el título de ENFERMEDADES TRANSMISIBLES y toda la serie es de 42,256 libros, dentro de ella está esquizofrenia con 106 nada más.

Dentro de las 270 áreas de clasificación existentes, RC ocupa el octavo lugar, lo que demuestra una demanda aceptable.

A continuación se muestra la tabla de las ocho zonas más solicitadas en esta Biblioteca.

1. Literatura
2. Matemáticas
3. Historia
4. Educación
5. Arte
6. Psicología
7. Literatura de Terror
8. Enfermedades Transmisibles Clasificación RC

Los 106 libros de esquizofrenia representan el 1.37% del total de RC. En lo que va de cinco años de acuerdo al registro de clasificación, los libros de esquizofrenia han salido a préstamo 580 veces.

De acuerdo a lo anterior, se demuestra una vez más que los libros existentes de esquizofrenia son mínimos, y poco demandados.

La cantidad de bibliografía más los préstamos a domicilio comparados con Neurosis lo demuestran. Hay más de 800 y se han prestado más 4 200 ocasiones en el mismo periodo antes señalado.

La información especializada de cualquier tema, se consulta más en las bibliotecas de las diversas facultades, siendo en la Central, una consulta de temas generales y con fines culturales, de ahí que literatura es el área más demandada.

LIBRERÍA PORRÚA

Entrevista con Miguel Raygoza jefe de circulación editorial.

Sólo existen seis libros a la venta de esquizofrenia, los cuales no han sido comprados desde 2004. El último registro de ejemplares pedidos por *Porrúa* a una de las editoriales que maneja el tema, fue el 20 de febrero del 2004.

Porrúa lo que más vende son libros de texto para niveles básico y medio superior de educación. El material más solicitado del área de psicología, es de autoestima y superación personal. El libro más caro sobre esquizofrenia cuesta 513 pesos y el más barato 45 pesos, pero el costo no es el impedimento, ya que se venden más libros de colección sobre perros con valor de 550 pesos, que uno sólo de esquizofrenia.

LIBRERÍA EL SOTANO

Entrevista con Alejandro Ulibarri, jefe en turno de la librería.

La situación de *El Sótano* es similar a la de *Porrua*, aquí sólo hay 18 libros sobre esquizofrenia, los cuales tienen un valor de 78 a 530 pesos y no tienen una gran demanda, pues no se ha pedido un nuevo tiraje desde hace año y medio, de acuerdo con el último inventario del área de Ciencias.

LIBRERÍA GANDHI

Entrevista con Enrique Padilla jefe en turno.

En el comercio sólo existen 20 libros de esquizofrenia con un valor de entre 84 a 557 pesos.

En los últimos cuatro meses (fecha de inicio del sistema de ventas) sólo se han vendido cinco veces dos libros, de ahí que sólo hay dos ejemplares de los 20 títulos en oferta.

Estos libros se encuentran en el área de psicología, y psiquiatría de la tienda, siendo ésta la que registra un 10 por ciento de ventas de forma anual, y los libros de esquizofrenia no representan ni el uno por ciento. El material que más se vende en esta área es de autoestima y algo de psicología infantil.

Comparado con “El Código Da Vinci”, uno de los libros más solicitados en la tienda con alrededor de 200 ejemplares vendidos por semana, la compra sobre la esquizofrenia es prácticamente inexistente.

La otra cara de la esquizofrenia demuestra con ello que en librerías y bibliotecas la gente no se interesa por comprar o consultar libros especializados en psicología y psiquiatría, prefiere información cultural y de entretenimiento, dejando de lado la investigación y el análisis sobre enfermedades o asuntos sociales. La esquizofrenia desglosada en información, no es demandada por la sociedad, aumentando así el desconocimiento y la discriminación.



Obras realizadas por los enfermos mentales de la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos (AFAPE).



AFAPE

Obra pictórica realizada por un esquizofrénico de AFAPE. Anónimo. 2000-2004



AFAPE

Obra pictórica realizada por un esquizofrénico de AFAPE. Anónimo 2000-2004



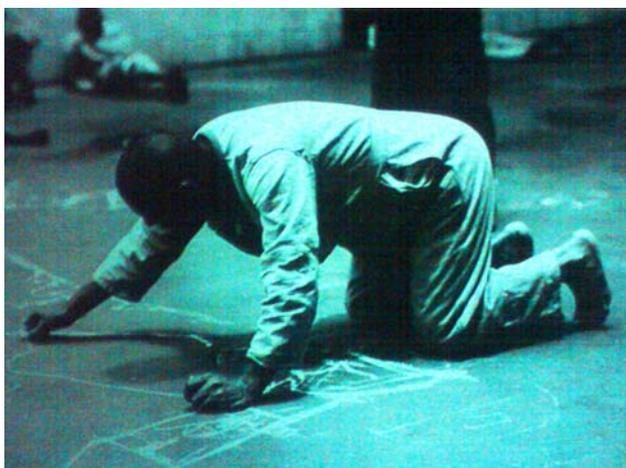
AFAPE

Obra pictórica realizada por un esquizofrénico de AFAPE. Anónimo 2000-2004

Capítulo 5 *La psique*

5.1 *Una mirada al laberinto de la incertidumbre, anhelo y supervivencia*

Fototeca Nacional del INAH. Fondo CASASOLA



Enfermo mental pintando en el suelo del manicomio de La Castañeda 1945-1950

“La mente, un profundo misterio. Un laberinto donde confluye lo que percibimos, lo que sentimos, lo que nos hace ser quienes somos. Presos de nuestras ideas creamos mundos, conquistamos civilizaciones y planetas. Sin embargo, podemos vivir en un mundo ficticio, falso; producto de alteraciones en la química de nuestro cerebro, pero tan real y consistente como si realmente existiera.”⁸⁶

John Forbes Nash
Esquizofrénico y Premio Nóbel de Economía en 1994

Un cuerpo lento y delgado cubierto por una playera de los Pumas, contrasta con el carisma y la alegría de un rostro que se conecta a otro tiempo.

El cuarto semestre de la licenciatura en Contaduría fue el inicio de la debacle.

Falta de concentración, pérdida de memoria, cambio de carácter y desconfianza, evolucionaron por dos años más, hasta colapsar en un trastorno.

Yo sentí que mi esposa me estaba engañando, además de que veía una nube que me envolvía todo y que me hablaba con números gigantes que me querían hacer daño.

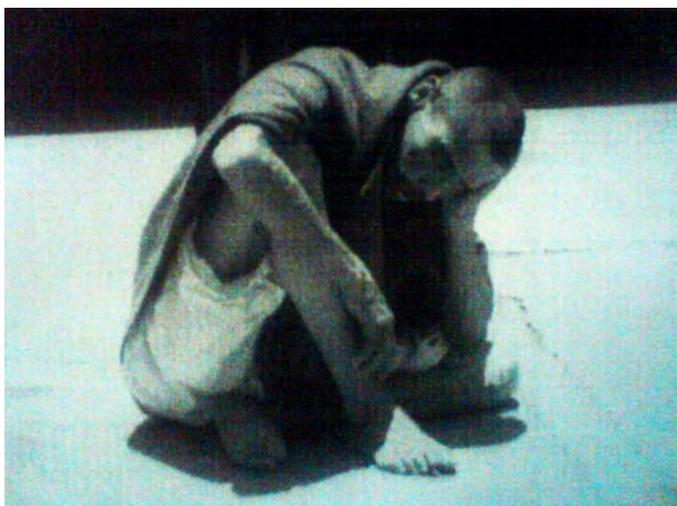
Así recuerda Mario parte de sus primeras crisis por las que fue internado y sometido a una serie de medicamentos y tratamientos, que al día de hoy, ya son de por vida.

⁸⁶ Psynema, Una Mente Brillante, Disponible: mayo 2005-septiembre 2006
www.rpinternet.com.ar/2003/06/nota03_fr.htm

Esposa e hijo tampoco se libraron de las alucinaciones de este hombre de 44 años que dejó la carrera en la UNAM en octavo semestre, para dedicarse al matrimonio y los trabajos de contaduría independientes.

Ya iba a nacer mí hijo, me internaron y yo oía llorar a mi hijo pero con voz de mujer, no con voz de hombre, yo escuchaba para todo a mi hijo que me decía que mi mujer me engañaba y que no me quería

Hace once años el Instituto Nacional de Psiquiatría diagnosticó a Mario con esquizofrenia, después de crisis en el seno matrimonial y familiar, en donde aislamiento, celotipia, alucinaciones visuales y auditivas, despidos laborales máximo a los dos meses y agresiones físicas con desconocidos, eran el pan de cada día.



Fototeca Nacional del INAH. Fondo CASASOLA

Enfermo mental en el suelo del manicomio La Castañeda.1945-1950

Mario a todo eso se enfrentó y gracias a un cliente que tuvo, fue como dio con la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos, siendo uno de los socios más sobresalientes, al grado de ser maestro de guitarra y de canto de los demás enfermos mentales, en una de las clases de actividades sociales.

El que cuente con una madre esquizofrénica y el que su padre y hermano mayor tengan una parálisis a consecuencia de una embolia, no ha sido obstáculo de superación para Mario, que tiene como pasión la música y que gracias a su talento ha compuesto cinco canciones, sin contar el himno de AFAPE.

Once años de tener a la esquizofrenia como sombra, ha tenido sus ventajas. En el año 2002 con seis años de enfermedad, Mario tuvo un problema legal con un vecino que lo llevó a estar una semana en el reclusorio Norte.

Con sus garantías individuales y legales pisoteadas, Mario no quiso decir su condición y como cualquier interno nuevo, fue recibido por sus compañeros

con una golpiza, pero cuando trataron de abusar de él sexualmente durante su primera noche, Mario se defendió con una excelente arma:

Al estar en la cárcel me golpearon, pero cuando en la cárcel les dije que tenía esquizofrenia, a todo mundo le dio miedo, yo vi sus caras y escuchaba lo que decían, “no, ese nos va a matar cuando estemos dormidos, está loco, en cualquier momento nos mata.

¿A qué grado llega la percepción de la sociedad en torno a la esquizofrenia, para que los internos con todos sus antecedentes y tipo de vida en una cárcel, hayan tenido miedo?

En una celda de cuatro por cuatro metros, Mario fue temido por los reos, que de inmediato le regresaron sus pertenencias:

Éramos seis u ocho presos en un cuartito chiquito, por la comida tenías que ir por ella, tú debías barrer, limpiar y dejar ordenada la celda, nadie me dijo nada, a todos les entró pánico pero como era un pinche loco, me iban a dar chance y le hablaron a un custodio, todos empezaron a gritar porque yo era un loco y después me cambiaron de ahí.

El temor siguió más allá del reclusorio, después que su familia con ayuda legal y psiquiátrica lo liberaron.

Una separación más con su esposa, un internamiento en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y un desempleo mayor a dos años, lo esperaban del 2002 en adelante.

Mario lucha contra la enfermedad crónica y los efectos secundarios del medicamento que la controlan, tratando de ser el mejor con su familia, sin embargo, el espectro social lo está venciendo, al no entender que puede ser productivo y normal como cualquier otra persona.

Cuando saben que eres esquizofrénico te tratan mal ¿Sabes quién es nuestro mayor agresor por parte de la sociedad? La familia, porque la sociedad “que valga sombrilla” mientras no te digan nada, pues que digan misa, pero en tu familia sí te duele y es donde más se da la agresión, la discriminación.

Al igual que ésta, existen dos millones de historias de pacientes esquizofrénicos y sus familias en México.

Crónicas de vidas y relaciones intrafamiliares desquebrajadas, anhelos efímeros con desgastes físicos y mentales, que van más allá de cualquier esperanza o desilusión, son las catarsis de quienes están en la enfermedad.

Así es la esquizofrenia, un padecimiento crónico para quienes la padecen, un enigma para la psiquiatría y un fenómeno social en millones de mexicanos.

Existe discriminación social en los familiares de un esquizofrénico por el miedo y el desconocimiento que se tiene acerca de la enfermedad, originado por la desinformación y poca difusión por parte de las instituciones de salud y los medios de comunicación.

Por ello el reportaje se desarrolló bajo ciertas características y convenios con la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos.

La estructura de este último capítulo se intercaló con la opinión de los expertos en la materia, para así entender un poco el porque de cada acción.

Por las características de la enfermedad y su impacto social, los familiares entrevistados dejaron entre ver parte de sus conflictos existenciales y problemas, con una opinión *maquillada* de su actuar, de los errores y de las verdaderas intimidades que los marcaron. De ahí que *la otra cara de la esquizofrenia* tuvo acceso a los expedientes de cada paciente y familia, formados por las observaciones del psicólogo Napoleón Ramírez. *

Con lo anterior se logró un testimonio más objetivo y acorde con la realidad, que los propios entrevistados trataron de dejar en el anonimato. Dicha actitud de indiferencia y cierto temor a exponer la enfermedad abiertamente para un proyecto académico, dejan entrever los tabú y el anonimato que marcan a los familiares.

*Licenciado en Psicología por la UNAM e integrante de la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos.

5.2...El enemigo está en casa: Expedientes de familiares discriminados

- ✿ Desconocimiento y temor.
- ✿ Problemas por el deficiente sistema de salud.
- ✿ Crisis económicas.
- ✿ Ruptura familiar.
- ✿ Discriminación.

Son los ejes rectores que sufren los familiares cuando se enteran que uno de los suyos tiene esquizofrenia.

En este caso cinco familias mostrarán parte de la realidad que viven dos millones de mexicanos inmiscuidos en el padecimiento.

Cuando la esquizofrenia llega, provoca un impacto social en todos los miembros de la familia, al ver como un ser querido desarrolla ideas y conductas irrazonables, extrañas e insólitas.

El común denominador en los padres de familia que se enteran del diagnóstico en uno de los suyos, llega con preguntas lanzadas a una tercera persona, a alguien ajeno a los seres humanos, tal vez a un Dios, a la conciencia o la vida misma.

La falta de conocimiento acerca de las posibles causas de esta enfermedad, se inclina a temer que los problemas del paciente hayan sido causados por algo que hicieron o se abstuvieron de hacer los cabezas de casa.

Expediente 1.

Paciente sexo masculino de 30 años de edad. Soltero.

Escolaridad: Carrera trunca en primer semestre de Ingeniería Industrial.

Diagnóstico: Esquizofrenia simple desde hace 11 años.

Manifiesta poca actividad social, con lenguaje poco coherente, tiene hábitos de chupar los dedos de las manos constantemente.

Su pensamiento y memoria se encuentran ligeramente disminuidos.

Ingresó a AFAPE y manifestó motivación por participar y cooperar en las actividades de los talleres ocupacionales.

Testimonio de la madre del paciente

Fue un golpe muy duro, porque en aquel entonces yo no sabía que era la esquizofrenia, nunca había oído de ella y fue un golpe bastante conflictivo para nosotros porque la primera reacción que tú tienes es el ¿Por qué a mí? ¿Qué culpabilidad tengo? El remordimiento de ¿Qué no hice yo o que hice para que mi hijo tuviera esquizofrenia? realmente viene un caos en la familia porque nadie está preparado para recibir una noticia de éstas, entonces sí es un cambio radical en todas tus costumbres, hábitos, en toda tu relación con tu misma familia y los externos.

Después del diagnóstico, el hijo mayor de la señora y hermano del paciente, se alejó de la familia y sólo mantiene contacto telefónico.

En dos ocasiones dos Centros Culturales negaron la inscripción a talleres de manualidades al enfermo mental.

El aspecto físico del esquizofrénico ha complicado las cosas para que él y su madre puedan rentar una casa. La imagen espanta a los caseros, por ello la mujer tuvo que inventar que su hijo tiene epilepsia, para que la renta de un departamento fuera más fácil. La señora subsiste vendiendo productos de belleza por catálogo.

Es la psicóloga Carolina Cabo quien explica la actitud de la madre entrevistada.

Es muy difícil que el familiar, sobre todo al principio, se involucre, acepte la enfermedad, porque el paciente esquizofrénico empieza a tener síntomas..... lo último que van a pensar es de que tiene esquizofrenia sus familiares, porque aparte no están enterados ni siquiera de lo que es la esquizofrenia, sino están dentro de lo que es el ámbito de la salud mental, no lo saben y no tienen porque saberlo, una vez que se diagnóstica es muy difícil la aceptación, muchos por el estigma, no es lo mismo que te digan que tiene diabetes, que también es una enfermedad, que también necesita un tratamiento, a que te digan que tienes esquizofrenia, porque la diabetes socialmente está ubicada en un lugar que no tiene que ver con rechazo, no da miedo, no es contagioso si bien la esquizofrenia tampoco lo es, mucha gente piensa que sí.

Expediente 2

A medida que el enfermo mental se convierte cada vez más en el centro de atención de la familia y reclama todas sus energías, las necesidades emocionales y físicas de los demás miembros del seno, pasan automáticamente a segundo término, lo que trae con el tiempo el deterioro de otras relaciones.

Paciente masculino de 41 años de edad. Casado.

Diagnóstico: Esquizofrenia Paranoide.

Escolaridad: Licenciado en Derecho.

Incoherente en tiempo y espacio, estricto en las relaciones con su familia y demás compañeros esquizofrénicos.

Se muestra poco abordable y cooperador, su atención es ligeramente aceptable. Es solitario y con impulsos paranoide-compulsivos.

Al ser miembro de AFAPE comenzó su interés por la lectura y por el conocimiento del arte visual. Escribir sus crisis, comunicarse por medio de la poesía y los cuentos, ha sido un control para sus síntomas.

Su rutina en la organización no gubernamental es pasar horas en una computadora, creando formas y mezclas de colores a través de un programa.

Testimonio de la esposa del paciente:

Una vez las cosas se pusieron tan mal, que tuvimos que llamar a la policía, ni siquiera sé si puedo contárselo, todo fue tan desconcertante, él ya venía actuando varias semanas muy raro, pasaba las noches levantado, riéndose y hablando solo con la pared. Primero dijo que Dios le hablaba, después que unas personas lo buscaban para llevárselo a la cárcel, él nos culpa de todo. Desde que él está enfermo tengo que hacer todo, trabajo, cuidado a los niños, la verdad ha sido pesado y frustrante, mis hijos no traen a ningún amiguito a la casa, a uno de ellos al más chico, no le va bien en la escuela, se distrae mucho. Mi esposo es hijo único, que ese es otro cantar también, mi suegra es un martirio, la señora no entiende nada, no me apoya, me echa la culpa, todos pagamos un precio, él no deja que nadie lo ayude y eso la verdad me destroza el corazón, cuando él sufre nosotros sufrimos, ya no salimos, no podemos divertirnos porque él está enfermo.

Yo no puedo pensar en mí, ni en mis hijos, ya no les pongo atención y eso no es justo porque ellos necesitan tiempo y dedicación, todo ha sido una pesadilla.

La esposa de este paciente esquizofrénico tiene trastornos alimenticios y de sueño. El cigarro con refresco se ha convertido en su adicción. Su familia la rechazó, no así a los hijos.

Al tiempo en que acude a AFAPE, es asesorada por un abogado para tramitar su divorcio, ya que la condición de apoyo familiar es que deje a su esposo.

La mujer aceptó tener una relación fuera del matrimonio con un compañero de trabajo.

Expediente 3

El desconocimiento por falta de información, aunado al deficiente sistema de salud en México para las enfermedades mentales, han generado que la esquizofrenia no sea atendida de manera oportuna y eficaz.

El familiar pensará en todos los males y tipos de padecimientos clínicos, menos en la esquizofrenia. Porque no la conoce, nunca ha oído hablar de ella en su vida común.

El dinero es sinónimo de estabilidad y control de cualquier situación, cuando éste falta en una enfermedad tan compleja y prolongada en su atención y control, la familia lo reciente.

Paciente masculino 34 años. Soltero.

Escolaridad: Secundaria.

Diagnóstico: Esquizofrenia Paranoide.

Condiciones de higiene y aseo personal deficiente. Desorientado en tiempo y espacio. Se muestra renuente a cooperar con el tratamiento. Su pensamiento y memoria se encuentran ligeramente disminuidos.

Manifiesta sentimientos desalentadores y paranoicos con delirios de grandeza, lo cual fractura contacto social alguno.

Al ingresar a AFAPÉ se adaptó fácilmente a las rutinas, es poco sociable con los pacientes, pero con los psicólogos ha ido evolucionando. Su única rutina es fumar y dormir por alguno de los pasillos de la A.C

Testimonio de la madre del esquizofrénico.

Mi hijo empezó desde pequeño, yo lo veía que hacía cosas para mí fuera de lo normal, ponía los juguetes en la estufa y los prendía y le daba gusto a él como se retorcían, se empezaba a reír, yo lo regañaba.

Yo me iba a trabajar todo el día para que a él no le faltara nada, él todavía no tenía hermanos, entonces yo pensé que él a lo mejor hacía eso porque estaba sólo.

Después entró a la primaria, iba muy mal en varias materias, entonces me decían los maestros que mi hijo estaba mal, pero no me decían ¿cómo? o ¿a dónde ir? Entonces yo después dejé de trabajar para dedicarle más tiempo a mi hijo, pero seguía igual. Yo me enfocaba mucho porque nació con una pierna mal, yo iba más con el ortopedista pues tiene acortamiento de cadera, pero nunca ningún maestro me dijo que lo llevara a un psicólogo u hospital.

Cuando pasa a tercero de secundaria, le da una crisis, para esto una semana antes yo había notado que cuando le daba de comer se le caía la comida, se sentaba y no me hablaba, yo lo llevé con un doctor particular y me dijo que mi hijo estaba drogado, yo la verdad me moleste, porque no le hizo una química sanguínea.

Él nos empezó a golpear a mí, a mi esposo, a sus primas y a los vecinos. Agarraba la cama y decía “mamá me estoy quemando por dentro, me quemo” pero era otro mí hijo, no lo reconocía, lo único que se me ocurrió fue hablarle a la ambulancia.

Uno de los camilleros lo insultó y golpeó y lo llevamos al hospital General, amarrado de sus manos y sus pies, iba mal.... Pasaron ocho años para saber que mi hijo tenía esquizofrenia.

La madre de este paciente fue despojada de su casa por parte de su cuñada a raíz de las crisis de su hijo.

Ella vende comida por las noches y cuando su hijo la ayuda en el puesto ambulante, la clientela se asusta y las ventas son malas porque nadie se acerca.

La señora es conocida en la zona con un descalificativo relacionado a la locura. El apodo obligó a que se golpeará con una vecina que molestaba.

El padre de familia es alcohólico y vive con un hermano por negligencia a aceptar la enfermedad. Desde que el joven tuvo su primera crisis, el padre no lo ha vuelto a ver.

El aspecto somnoliento del enfermo y su higiene personal, fueron razón para que lo rechazaran en un modulo del Instituto Federal Electoral en el tramite de la credencial de elector.

Ocho años de visitas médicas, de tratamientos y de internamientos causaron un gasto familiar mayor a los 50 mil pesos.

De acuerdo con la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos, el 85% de los enfermos mentales en promedio, han visto a tres psicólogos y un psiquiatra en un periodo de dos años con diversos tratamientos y diagnósticos, antes de llegar a la esquizofrenia. El costo de ese periodo oscila entre los 10 y 70 mil pesos, dependiendo el nivel económico de los implicados.

A lo anterior agregamos que un paciente necesita por lo menos dos tipos de medicamentos en dosis de una pastilla por día. Cada producto tiene un valor comercial de mil 350 pesos con 15 tabletas.

Expediente 4

El comienzo de la esquizofrenia arrastra cambios emocionales y de conducta. Los miembros de la familia se vuelven temerosos y angustiados.

Si no existe una orientación basada en el conocimiento de la enfermedad, el manejo y cualquier imprevisto en el paciente, no será abordado de la mejor manera y complicará cualquier tratamiento.

Paciente Femenino 42 años de edad. Soltera.

Escolaridad: Secundaria.

Diagnóstico: Esquizofrenia Simple.

Su pensamiento es incoherente por lapsos, tiene conductas impulsivas y de ansiedad.

En AFAPE ha mostrado ilusión por aprender actividades caseras. Psicólogos y maestras opinan que más allá de trabajar con un esquizofrénico, parece que forman a una futura ama de casa.

Testimonio de la hermana de la enferma mental

Mi hermana empezó a los 23 o 24 años, ella empezó a sentirse triste, a no salir de su cuarto, y nosotros pensábamos que era por alguno noviecito o algo así, pues estaba chamaca. Luego fue peor, porque dejaba de comer por días, hasta que un día se encerró en el baño todo un día, toda la noche. Fue muy difícil porque no sabíamos que hacer, entramos a su cuarto y tenía muchos dibujos. A ella le gustaba coser, estaba estudiando para ser costurera, su cama estaba toda mal, las sabanas, las almohadas, la colcha estaban cortadas, ella las destrozó.

Nos dio miedo y mi mamá en ese tiempo se llevaba bien con un sacerdote de donde antes vivíamos, le habló porque pensaba que le estaban haciendo algo. El padrecito nos dijo que estaba drogada o algo así y que lo más seguro es que le habían hecho brujería, por lo que nos dijo que la lleváramos con un médico y que le hiciéramos una misa.

Fue muy difícil, muy caro, de hecho tuve que tener dos trabajos para pagar sus medicinas, los pasajes al médico, el doctor, cuando la internaban, había que gastar. Yo en lo personal me descuide, de hecho nos cambiamos de ahí, porque la gente de la cuadra, los vecinos decían que mi hermana se le había metido el diablo, que estaba loca por eso y que el padre trató de curarla. Yo perdí muchos amigos y novios, como casi somos de la edad, teníamos a los mismos conocidos y sí me afectó, es mí

hermana y la quiero mucho, pero el ir con doctores, el buscar, todo eso nos desgastó, hoy me arrepiento porque hace dos años la internamos en una casa, de esas granjas allá rumbo a Michoacán, ahí estuvo con unas madrecitas, la trataron mal, bueno no mal, sino que en ocasiones, cuando fuimos por ella vimos que estaba golpeada, pero bueno también a veces sólo por la fuerza se hacen las cosas.

La hermana manifiesta celos y coraje hacia la situación que le tocó vivir. Su mayor complejo es la frustración de ser soltera y sin hijos a la edad de 45 años.

En una entrevista psicológica informó de una relación sentimental con una persona de su mismo sexo y problemas con sus vecinos al ser conocida por un apodo, culpa de la enferma mental.

El estigma de la enfermedad lo ha aceptado, a tal grado que el adjetivo con el que es catalogada en su departamento, es el mismo en su dirección de correo electrónico.

Gracias a una visita domiciliaria de AFAPE, se descubrió que el enfermo mental ya no vive con su familiar, el paradero lo argumenta la hermana en Acapulco con una prima.

La esquizofrenia es una enfermedad crónica para quien la padece, y una responsabilidad para toda la vida, que muy pocos asumen.

Es el psicólogo Ariel Monroy:

Pocas son las familias que de verdad se comprometen, que de verdad quieren hacer algo por su familiar. Me topo mucho con familias que vienen aquí a AFAPE creyendo que en la Asociación es para dejar a los pacientes, para depositarlos. Mucha gente directamente pide los canalicemos a una institución que se haga cargo de ellos. Es difícil que la familia entienda a los pacientes.

Aunque son pocos los que se comprometen por la experiencia perturbadora y desgastante, el seno familiar es el hilo conductor de la enfermedad.

Es la psicóloga Carolina Cabo

La familia son las personas significativas para el paciente, porque son los que más tiempo pasan con ellos y porque el paciente solo no puede. Entonces, al principio es muy difícil hacer que el paciente acepte la enfermedad, los medicamentos muchas veces te producen otros síntomas no esperados, como sueño, temblor en alguna extremidad, que también se puede controlar, pero lleva un tiempo esa adaptación.

Ahí ¿Quién puede ayudar a que el paciente esté tomando la medicina, a qué lo ayude a tomar conciencia de esto? No es lo mismo que se lo diga un médico psiquiatra, a que se lo diga un familiar que lo quiere, que quiere lo mejor para él.

Expediente 5

La reacción en cadena de sentimientos que genera el comportamiento ilógico de un enfermo mental, llegan al colapso en el seno familiar. En casa tratan de tirar la toalla, pues la carga los está consumiendo. Sólo con información y ayuda profesional, las cosas se pueden revertir. De lo contrario la discriminación se hace presente.

Paciente sexo femenino 29 años de edad. Soltera.

Diagnóstico: Esquizofrenia Simple.

Presenta aislamiento total, sin comunicación por periodos largos con quienes la rodean. Sus sentimientos de soledad le propiciaron obesidad ante la falta de actividad física.

En la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos, su participación es discreta y poco participativa, teniendo como antecedente que su ingreso fue con mentiras y tardó medio año en aceptar al grupo.

En un inicio a la enferma mental se le dijo que ingresaba a un club de fanáticas del cantante Luís Miguel. Después de mucha paciencia y con métodos persuasivos, por fin se entretiene moldeando con plastilina lo que la imaginación le dicta. En lo demás, la A.C no le interesa.

Es el testimonio de la madre

Mí hija ya lleva 10 años con la enfermedad, los primeros síntomas fueron cuando tomó mucho medicamento para suicidarse, se subió a la azotea porque quería suicidarse, entonces yo la salvé y empezó a decirme ella que se estaba acabando el mundo, que ella veía un arco iris, que ya no existía, decía cosas raras, el sol lo veía de otro color.....

Con mi hija hay temor, pues es la única que está enferma en todo el edificio, y este pues, mis hijos también tienen miedo, tienen vergüenza porque a veces ya saben que su hermana está enferma, le dan las crisis, se oyen en todo el edificio donde vivimos, donde nosotros estamos, entonces ha llegado el momento en que pido auxilio, llamo por teléfono y quiero que llegue una ambulancia, alguien, porque luego hasta las piernas, todo se me dobla y ya no puedo más con las crisis de mi hija..... Yo siento angustia, temor de que se quiera suicidar, hasta la fecha siento un pavor, me da miedo, a veces quisiera no saber nada de ella ni del problema, pero aún así sigo apoyándola.

Aún con el tratamiento y medicación controlada, dos ginecólogos privados se negaron a un chequeo de rutina al verificar el expediente y al conocer al enfermo mental.

Los hermanos de la paciente han rechazado la enfermedad y se han rehusado a participar en el tratamiento. En AFAPE la única que se involucra es la madre.

Los vecinos mantienen aislada a la familia, las actividades compartidas en unidades habitacionales se delegan a otras personas. En la zona la familia es conocida por un calificativo peyorativo.

El miedo y el estigma han sido tal, que los tres hermanos adolescentes están buscando un departamento alejado de la madre y de la hermana. A esto se agrega que la cabeza de casa tuvo diabetes medio año después de las crisis de su hija.

Cuando el paciente es internada, la madre participa en retiros cristianos de aislamiento total por tres semanas en Morelos.

Para *la otra cara de la esquizofrenia* la mujer entrevistada nombró a otro actor importante en el rechazo a su hija. La sociedad.

Yo deseo hacer un llamado a la sociedad en general, no siempre el esquizofrénico está en constante paranoia pensando que todo mundo lo ataca, sino que es real la agresividad de la sociedad, yo por ejemplo, en el fraccionamiento he ido a visitar a padres de adolescentes y se valen de que “no, es parte de la paranoia” para molestarla, para agredirla en diferentes formas, con golpes, miradas, aislándola, con palabras; yo lo he comprobado, he ido con padres y me salen con eso “no, es que el esquizofrénico siempre está imaginando” y el esquizofrénico que está controlado no imagina nada, dice la verdad.

Cada entrevistado tiene un enfermo mental con una historia, un diagnóstico y una evolución distinta, sin embargo todos han mejorado de alguna forma su calidad de vida, después de enrolarse en la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos.

Es el psicólogo Ariel Monroy:

AFAPE para los muchachos es como un segunda casa.....
Se necesita sacar a los muchachos de la institución, de la familia, ya que sus familias están mal, de verdad.
Sería sacarlas y crearlas en otra familia más sana, que sería como AFAPE, y ya de ahí ir trabajando con ellos, para poder reinsertarlos a la sociedad.
Los esquizofrénicos ven AFAPE como una segunda casa, un lugar donde nos pasamos de buena onda, donde no se les regaña, donde no se les exige. Entonces muchos pacientes vienen aquí y no hacen nada, no trabajan, sólo platican, echan relajo, que es parte de la rehabilitación el que socialicen, porque ellos se aíslan mucho, entonces a la mejor, porque muchas personas lo ven cómo si no hicieran nada en la casa, pero en realidad los pacientes hacen mucho con sólo venir, el socializar, el que convivan, etc.

De los más de dos millones de mexicanos con esquizofrenia que se pronostica que existen, se ha presentado un breve fragmento de cinco vidas apegadas al padecimiento mental.

Sexo, edad, condición económica, nivel educativo y características esquizofrénicas distintas, se han enmarcado a un sólo sentimiento de frustración. Historias de familias que dejan entrever en escasos comentarios, un mundo de impotencia y soledad por culpa de una enfermedad, en donde todos son víctimas y victimarios.

La Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos detalla que sin excepción alguna, todos sus enfermos han sido discriminados y excluidos por lo menos alguna vez, en los siguientes casos.

- ✿ Agresiones físicas y verbales.
- ✿ Aislamiento de familiares, así como de relaciones amistosas y de pareja.
- ✿ Rechazo en atención médica básica, servicios gubernamentales y medios de transporte públicos y privados.
- ✿ Negativa a disfrutar de espacios de entretenimiento y educación, tanto públicos como privados.
- ✿ Nula aceptación como figura jurídica para trámites civiles, hipotecarios y testamentarios.

Parte de esta realidad, radica en el aspecto físico del enfermo mental a consecuencia de los efectos secundarios del tratamiento

Al respecto habla el psicólogo Víctor Pérez

Otra de las características que tienen los esquizofrénicos, es el abandono personal, tú te vas a encontrar con una persona desorganizada que te va a voltear todo, desaseada y desalineada., Entonces vaya, en principio es una persona poco grata para tener un trato social y de ahí en adelante se dedica toda una serie de expresiones y manifestaciones de la misma enfermedad.

No son aceptables socialmente y entorpecen cualquier tipo de desarrollo, eso en principio señala un rechazo social, por lo tanto la discriminación.

El familiar también juega un papel importante en el trato con su ser querido.

Es el psicólogo Ariel Monroy:

Es bien conflictiva la familia, aunque ellos digan que no, claro que los discriminan, desde que a veces me he topado con familias que me dicen que les da pena salir con el paciente a la calle, y ponen como pretexto que les vaya a dar una crisis. Pero la misma familia lo ve como el patito feo. Hay una teoría por ahí del doble vínculo, en donde dice que la familia por ahí es la que va a esquizofrenizar a un debate a la familia, y aún paciente identificado ya con la esquizofrenia.

Te das cuenta que muchas veces las familias son las que están locas, más allá que el mismo paciente.

En el caso de los familiares, la esquizofrenia los marca con los siguientes actos de exclusión y discriminación

- ✿ Crisis hogareñas que derivan en peleas, divorcios y separación de hijos.
- ✿ Alejamiento y conductas ofensivas de otros familiares, amigos, parejas sentimentales y vecinos.
- ✿ Cambio total en los proyectos de vida personal y laboral.
- ✿ Deterioro en el estado de salud y abandono personal.
- ✿ Problemas económicos.

No se pueden conocer, ni juzgar, los actos y la vida de los familiares entrevistados. Están inmiscuidos en un mundo de justificaciones y roles asumidos de manera inesperada, en donde es difícil distinguir desde afuera y a distancia ¿Cuál fue un acto discriminatorio? ¿Quién es el enfermo mental? ¿Qué acción o reacción fue justa e injusta? ¿Quién actuó correctamente bajo la enfermedad mental?

Lo que queda claro es que el acceso a la información por medio de AFAPE, ha cambiado la vida de los entrevistados.

El psicólogo Víctor Pérez explica parte de lo anterior

Yo les he llegado a preguntar a los familiares que si ¿Preferían tener a su paciente muerto?, dependiendo el caso en que se encuentre la enfermedad, algunos sí están muy al principio con la enfermedad, preferirían tenerlo muerto y otros que ya avanzaron en la enfermedad, en la aceptación, en el proceso, pues ven todavía esperanzas en sus hijos o ven otras capacidades en sus hijos y pretenden ya no verlos muertos. Es un desgaste emocional muy fuerte, hay muchas rupturas familiares.... Una vez que se dan cuenta que se encuentran ante una enfermedad muy severa, que empiezan a conocer el tratamiento, empiezan a conocer espacios, las cosas cambian también dentro de la familia.

En *la otra cara de la esquizofrenia* quedaron tipificados cinco casos de vida. Toca analizar desde a fuera, las formas y no los fondos de las acciones discriminatorias, emprendidas por la sociedad, medios de comunicación y gobierno.

5.3 El estigma en la piel: La Discriminación en México y el porque en la esquizofrenia

“La discriminación consiste en actitudes y prácticas de desprecio hacia alguien por su pertenencia a un grupo que le ha sido asignado un estigma social, un fenómeno de relaciones intergrupales. Por lo general la mente humana prefiere pensar por medio de estereotipos, categorías y prejuicios, conducentes a hechos discriminatorios”.⁸⁷

“Ciertamente la historia de México no ha logrado socializar de manera suficiente las percepciones y los valores político- culturales necesarios para generar actitudes y prácticas ajenas al prejuicio, la intolerancia y la exclusión. El país se ha ido construyendo progresivamente al amparo de tradiciones asociadas a la violencia, la polarización social, el rezago educativo, la estratificación cultural, el racismo, la intolerancia religiosa, el machismo y en general el abuso y el desprecio por la legalidad.

Todo ello ha propiciado la conformación de un ambiente social en el que la pluralidad ha sido asimilada más que como la coexistencia armónica de la diversidad, como intolerancia, recelo, tensión y desconfianza”.⁸⁸

Los familiares de pacientes con esquizofrenia sufren de esa exclusión a raíz de la percepción errónea que tiene la sociedad de la enfermedad mental. Las familias entrevistadas ejemplificaron dicho trato en su andar cotidiano, dentro y fuera de la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos.

Es la presidenta de AFAPE, Margarita Saucedo:

Tenemos varias anécdotas de varias familias y pacientes que los mismos vecinos sin haber ellos hecho nada, por el sólo hecho de padecer esquizofrenia los insultan y los han llegado a golpear, y la reacción de una persona normal de que te están agrediendo es responder, una persona con una enfermedad mental reacciona igual que una normal, pero se acentúa la agresión sí se sabe que es enfermo mental, además que las familias también son rechazadas.

⁸⁷ Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, *¿Qué es la discriminación?*, en *Carpeta Informativa*, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. México 2004 p. 6.

⁸⁸ Roberto Gutiérrez L. *Discriminación y Democracia*, Cultura Política y Discriminación Cuadernos de la Igualdad 3, Consejo Nacional Para Prevenir la Discriminación. México 2005 p. 36.

“En la estructura familiar, espacio primario de socialización, es donde se instauran las primeras percepciones del sujeto acerca de la organización de la que forma parte, de sus derechos, sus obligaciones y sus expectativas. Como organización en la que se cruzan distintas relaciones de poder, la familia enseña cuáles son las jerarquías, las formas de convivencia, los grados de permisividad y los tipos de sanción que se asocian a determinadas prácticas”.⁸⁹

Lo anterior es sustentado por el psicólogo Ariel Monyor, destacando que el estigma social de la enfermedad mental, es nutrido desde casa y no siempre desde el exterior como se queja la familia:

Las familias son disfuncionales, está en lo genético, pero está lo social que va a ser que la esquizofrenia se llegue a dar, entonces en el paciente está identificada la enfermedad, pero si te das cuenta, toda la familia es disfuncional, es una familia de locos, como se dice vulgarmente, y es una familia de locos, por las actitudes que toman. Muchas veces tú dices ¿Quiénes el que debería estar internado, si la mamá o el papá, o de verdad el propio paciente? Yo creo que las familias enferman más al paciente.

La escuela es uno de los instrumentos más poderosos en la formación de las identidades político-culturales, pues en ella se produce una gran parte de la socialización básica, con respecto al significado de la convivencia con el otro, la participación, la solidaridad, la competencia y el uso del juicio razonado.⁹⁰

En el mundo del estigma social, todos los personajes pasan a cada instante, de discriminadores a discriminados o viceversa.

Un licenciado en psicología con más de tres años trabajando con pacientes esquizofrénicos y responsable de los talleres educativos en los familiares, aceptó que descalifica a los enfermos mentales:

He aprendido mucho de los pacientes, creo que también aunque yo trato de no discriminar, también discrimino y mucho, a lo mejor muy inconsciente pero si lo hago, me cuesta trabajo decirlo pero ha veces si los veo como personas muy fregadas que me dan asco.

⁸⁹ Ibidem. p. 17

⁹⁰ Ibidem. p. 17

El testimonio del psicólogo Ariel Monroy, coordinador del área psicológica de AFAPE, es difícil de entender,

¿Cómo es posible que un experto en enfermedades mentales discrimine a un esquizofrénico? La respuesta radica más allá del aspecto educativo.

“Las prácticas discriminatorias encuentran su origen estructural, en la asimilación de tradiciones, prejuicios, miedos, manipulaciones ideológicas y esquemas de organización de la vida social, que son hegemónicos, en el entorno formativo de grupos e individuos”.⁹¹

¿Un esquizofrénico por qué es discriminado?

Por el estigma que es la enfermedad, porque se piensa que va a matar o que va a ser daño, lo cierto es que se puede dar la agresividad pero sólo en el momento de la crisis y en general no es una agresividad a los demás, el paciente lo que tiene es paranoia, que lo quieren atacar a él, entonces es más bien que se defiende no que vaya atacar, se defiende cuando se siente acorralado, y ese es el momento de la crisis, cuando el paciente ya tiene que ser tratado con cuidados especiales.

La respuesta de la psicóloga Carolina Cabo, radica en que “con frecuencia, la discriminación del otro (desde o para / la familia o la sociedad) pasa por la explotación irracional de miedo, por otro lado perfectamente explicable de manera racional, a partir de la asociación de una persona o grupo determinado (esquizofrénico y familia), con un rasgo de identidad que se considere altamente amenazante.”⁹²

Un esquizofrénico más allá de las características de la enfermedad con periodos de lucidez o largas crisis psicóticas, no deja de ser una persona con un contexto cultural y social que lo lleve a pasar de discriminado por padecimiento mental a discriminador por posición económica u otro rubro.

Quien consta a la pregunta de ¿Entre los esquizofrénicos se estigmatizan?
Es el psicólogo Víctor Pérez

Sí, sí porque ellos no pierden la conciencia, nunca pierden la inteligencia, ellos antes de tener la enfermedad también tratan la locura como cualquier otra persona, discriminándola, hay reglas sociales entre los pacientes,

⁹¹ Ibidem. p. 23

⁹² Ibidem. p. 23

algunos se juzgan más unos a otros, uno se ven y se sienten superiores a los demás.

Eso es un fenómeno más o menos normal, por las expectativas de comportamiento, pero entre ellos se rechazan porque el otro está más grave.....alguno está más desalineado y sucio que el otro, hay valores entre ellos asimilados social y familiarmente y por ello son retransmitidos.

“La discriminación no genera sucesos aislados, sino formas de organización social y de jerarquización del poder de carácter integral. Por medio de ellos se asignan identidades, se distribuyen espacios, se restringen accesos, se localizan enemigos, se niegan empleos y remuneraciones, se educa moralmente, se legitima la incertidumbre, se niegan oportunidades, se confina y, eventualmente se elimina lo que se juzga indeseable”.⁹³

Para prueba varios botones:

- ❁ El Programa Nacional de Salud 2001-2006 y Televisa con su Teletón, no manejan a las enfermedades mentales como una discapacidad física.
- ❁ Las políticas públicas y la infraestructura sanitaria son casi nulas, subsistiendo en un rezago brutal.
- ❁ El Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, no enmarca a los enfermos mentales como grupos vulnerables al rechazo, en cambio a los discapacitados físicos y a otros sectores si.
- ❁ Los Programas de Salud en los medios de difusión masiva, no abordan la esquizofrenia por su bajo perfil lucrativo.

¿Qué pasa con Gobierno, Diputados, Ley General de Salud etc?

Margarita Saucedo presidenta de AFAPE y madre de un esquizofrénico contesta:

Se está trabajando mucho en las leyes, pero todavía nos falta mucho para poder meter a la enfermedad mental como una discapacidad, todavía los mismos diputados del sexenio pasado todavía no querían meter ellos completamente la enfermedad mental como una discapacidad, sí es cierto que han hecho muchas leyes de discapacidad, pero todavía tienen ese estigma de la enfermedad mental.

⁹³ Ibidem. p. 30-31

5.4.....¿Tienes el Valor o Te vale? Los Medios de Comunicación en el fenómeno de la discriminación

“En lo que toca a los medios de comunicación, su relevancia está fuera de toda duda. No hay cultura antidiscriminatoria, sino se produce el necesario reconocimiento de que las diferencias no implican necesariamente desigualdad”.⁹⁴

¿Los medios de Comunicación influyen en la discriminación de enfermos mentales?

Es la señora Margarita Saucedo presidenta de la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos.

Por su puesto, porque no hay una cosa que no pase de un evento, agresión o noticia, sin ponerte a pensar el daño que pueden hacer, los mismos reporteros te dicen, es un esquizofrénico, entonces, ¿en qué conocimiento se basan para decir que es un esquizofrénico? Entonces en vez de ayudar empeoran la situación, si los medios de comunicación realmente se enteraran de lo que es un esquizofrénico, si antes de dar un mensaje se informaran de lo que es y de cómo es un paciente con esquizofrenia y lo que sufre y lo que conlleva esa palabra, yo creo que cambiaría la forma del contenido.

“A través de los medios, las sociedades reciben mensajes informativos y juicios de valor que van moldeando concepciones y actitudes específicas hacia todos aquellos que en un mundo complejo y plural piensan, recíprocamente, de manera diferente.”⁹⁵

Este ejemplo es justificado por el psicólogo Ariel Monroy

La sociedad estigmatiza a la enfermedad mental desde que ve las películas y asocia a un enfermo mental, pero no es cierto, no es la realidad. O la prensa que no da la información real y a cualquier cosa le da el concepto de esquizofrenia o de loco. La gente se va cargando con esa información y va poniendo estigmas, la gente no quiere ver a un paciente cerca de su casa, como vecino.

⁹⁴ Ibidem. p. 19

⁹⁵ Ibidem. p. 19

Las críticas que ha recibido los medios, son aceptadas por los periodistas, es el conductor del noticiario *de La Red de Radio Red* en Grupo Radio Centro Jesús Martín Mendoza:

Necesitamos cambiar desde los medios de comunicación y dar el conocimiento de la enfermedad, todo, los miedos y, discriminaciones que puede tener una sociedad es por ignorancia, entonces necesitamos hacer una campaña de difusión para dar a conocer lo complejo de ella, para que se pueda entender que la esquizofrenia no representa ningún peligro, sólo con información especializada, tiempo y sensibilidad de los empresarios y los medios de comunicación de abrir los espacios.

“Debido a la gran cantidad de tiempo involucrada en la relación con los medios, resulta de capital importancia la calidad de sus mensajes. De algún modo, de su calidad e intencionalidad, del tipo de estereotipos que propagan y de las imágenes con las que lucran, dependerá si se refuerzan o se frenan los patrones discriminatorios”.⁹⁶

Existe discriminación en el mundo de la esquizofrenia, en gran parte porque los medios de comunicación no difunden la enfermedad; y no lo hacen porque no deja dinero. Esta es la parte medular del fenómeno social, en cuanto a los mass media corresponde.

Es de nuevo para *la otra cara de la esquizofrenia*, el periodista Jesús Martín Mendoza:

Estamos en un círculo vicioso, la gente reclama o el público en general, sobre todo el público de menor preparación, que es la mayoría en nuestro país, buscan contenidos de muy baja calidad, entonces las empresas televisoras y las empresas de radio al ver que lo de baja calidad le gusta a la gente, las empresas es lo que ofrece, al subir la audiencia, los anunciantes buscan ese espacio para sus anuncios, entonces es un círculo vicioso de romper, si tú de la noche a la mañana empiezas a ofrecer algo más constructivo, algo más interesante para la sociedad mexicana, pues le cambian, porque le suena aburrido, poco atractivo, y eso tiene que ver con la formación de cada uno de ellos.

⁹⁶ Ibidem. p. 19

“En nuestra historia reciente el problema se ha agravado, debido a que la acción mediática ha seguido contribuyendo al arraigo de estereotipos culturales inductores de discriminación, y que poco ayudan a la creación de esquemas de convivencia democrática y de cooperación social. Las actuales identidades político-culturales requieren ciertamente, de una reconfiguración que haga factible la convivencia mucho más igualitaria entre personas y grupos sociales, capaces de percibirse recíprocamente desde la óptica del trato democrático”.⁹⁷

El periodista Jacobo Zabłudovsky detalla soluciones en los mass media, para abatir el estigma en quienes están inmiscuidos en la enfermedad mental:

Hay que educar a los que producen los programas para que sepan lo que están hablando, para que no ofendan y hagan más grande la enfermedad mental...(los medios) deben ser usados como un elemento de información y cultura, porque gran parte de las razones de la discriminación es la ignorancia, tú discriminas al otro porque ignoras quien es, no sabes por que piensa así, no sabes porque tiene ese color de piel, no sabes por qué no puede caminar, hay que combatir la ignorancia y procurar que los hombres nos conozcamos más entre nosotros mismos, y eso va a ser fundamental en la lucha contra la discriminación, es un paso principal e indispensable.

Por ello, para combatir el estigma en la esquizofrenia, la psicóloga Carolina Cabo sentencia la fórmula a utilizar:

Información y que deje de ser un tema tabú, que se hable de eso, que se trate como un tema más que tiene ciertas características.

Escuchas hablar de los niños de la calle que se drogan y no te espantas, son cosas que escuchas a menudo, parálisis, síndrome de dawm. No te asustas porque sabes de lo que se trata, así debe ser con las enfermedades mentales.

⁹⁷ Ibidem. p. 37

El psicólogo Ariel Monroy habla del sistema educativo y de las responsabilidades de cada individuo, en la tolerancia y respeto a los enfermos mentales.

Muchísima difusión por parte del gobierno, de la sociedad, se necesita hacer un replanteamiento en las universidades a cerca de los programas, para ver a las enfermedades como son. Se necesita cambiar un poco la estructura de la sociedad, hacerla más conciente, en donde no se debe atacar a este tipo de pacientes ni a ningún otro, sino trabajar en nuestros propios procesos.

5.5....Entre leyes y estigmas: Marco jurídico en la Discriminación

En Agosto del año 2001 la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos tuvo una reforma a su primer artículo.

“Queda prohibida toda discriminación motivada por el origen étnico o nacional, el género, la edad, las capacidades diferentes, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.”⁹⁸

Para Miguel Carbonell integrante del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, el tercer párrafo agregado a la Carta Margna es muy vago, “la ley es poco precisa y demasiado amplia.

La arraigada persistencia de la desigualdad dentro del conjunto de la sociedad mexicana, solamente desde una visión estrechamente jurídica o políticamente cínica, se puede decir que en el pasado e incluso hoy en día, todos los habitantes de México somos iguales en nuestros derechos fundamentales. Basta con mirar la realidad para darnos cuenta de que esa realidad no pasa, en la práctica de las declaraciones retóricas que con tanta frecuencia se ha utilizado para explicar el funcionamiento distorsionado, injusto e inaceptable de nuestra sociedad y de nuestro precario desarrollo constitucional.”⁹⁹

En junio del 2003 se promulgó la Ley Federal para Prevenir la Discriminación, dando entrada a la creación del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. (CONAPRED)

Destacan los siguientes artículos:

1. Las disposiciones de esta ley son de orden público y de interés social. El objeto de la misma es prevenir y eliminar todas las formas de discriminación que se ejerzan contra cualquier persona en términos del Artículo 1 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como promover la igualdad de oportunidades y de trato.

⁹⁸ MigueCarbonell 1, *Una Ley para el México del Siglo XXI* en Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, Consejo Nacional Para Prevenir la Discriminación. México 2004 p.

12

⁹⁹ Ibidem, p.9

2. Corresponde al Estado promover las condiciones para que la libertad y la igualdad de las personas sean reales y efectivas. Los poderes públicos federales deberán eliminar aquellos obstáculos que limiten en los hechos, su ejercicio e impidan el pleno desarrollo de las personas, así como su efectiva participación en la vida política, económica, cultural y social del país y promoverán la participación de las autoridades de los demás órdenes de gobierno y de los particulares en la eliminación de dichos obstáculos.
3. Cada una de las autoridades y de los órganos públicos federales, adoptarán las medidas que estén a su alcance, tanto por separado como coordinadamente, de conformidad con la disponibilidad de recursos que se haya determinado para tal fin en el presupuesto de Egresos de la Federación del ejercicio correspondiente, para que toda persona goce, sin discriminación alguna, de todos los derechos consagrados en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en las leyes y en los tratados internacionales de los que México sea parte.
- 5 No se considerarán conductas discriminatorias las siguientes:
 - ✿ Las acciones legislativas, educativas o de políticas públicas positivas o compensatorias que sin afectar derechos de terceros, establezcan tratos diferenciados con el objeto de promover la igualdad real de oportunidades.
 - ✿ Las distinciones basadas en capacidades o conocimientos especializados para desempeñar una actividad determinada.
 - ✿ La distinción establecida por las instituciones públicas de seguridad social entre sus asegurados y la población en general.
 - ✿ En el ámbito educativo, los requisitos académicos, de evaluación y los límites por razón de edad.
 - ✿ Las que se establezcan como requisito de ingreso o permanencia para el desempeño del servicio público y cualquier otro señalado en los ordenamientos legales.
 - ✿ **El trato diferenciado que en su beneficio reciba una persona que padezca alguna enfermedad mental.**
 - ✿ Las distinciones, exclusiones, restricciones, o preferencias que se hagan entre ciudadanos y no ciudadanos.
 - ✿ Y en general, todas las que no tengan el propósito de anular o menoscabar los derechos y libertades o la igualdad de oportunidades de las personas, ni de atentar contra la dignidad humana.

Artículo 9. Queda prohibida toda práctica discriminatoria que tenga por objeto impedir o anular el reconocimiento o ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades. A efecto de lo anterior, se consideran como conductas discriminatorias.

Destacan los siguientes rubros:

IV. Establecer diferencias en la remuneración, las prestaciones y las condiciones laborales para trabajos iguales.

XIII Aplicar cualquier tipo de uso o costumbre que atente contra la dignidad e integridad humana.

XV Ofender, ridiculizar o promover la violencia en los supuestos a que se refiere el Artículo 4 de esta ley, a través de mensajes e imágenes en los medios de comunicación.

XXII Impedir el acceso a cualquier servicio público o institución privada que preste servicios al público, así como limitar el acceso y libre desplazamiento en los espacios públicos.

XXVII Incitar al odio, violencia, rechazo, burla, difamación, injuria, persecución o a la exclusión.¹⁰⁰

Del discurso a la realidad, y de justicia a impartición de legalidad hay mucho trecho, sentenció el periodista y conductor de noticias de Grupo Radio Centro, Carlos González:

Mi punto es que en México, sobre todo en el D.F., no hay ley, no se respeta casi nada, cada quien hace lo que le parece y no hay autoridad, y cuando la hay, no tienen la personalidad para ejercerla y por ello disimulan. hay que combatir, hay que cambiar conductas, quienes sí tenemos cultura, principios y valores, hagamos un serio esfuerzo por respetar la ley, aunque otros no lo hagan.

Al igual que millones de mexicanos en otros rubros, el esquizofrénico y su familia viven una realidad ajena a la legalidad y a cualquier norma, tocando extremos de lesa humanidad.

¹⁰⁰ Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, pp. 31-40

Es la presidenta de AFAPE, Margarita Saucedo, con un testimonio que demuestra lo anterior:

Nos contaba un familiar del trato que se le dio a su hijo cuando ella lo llevo a uno de los hospitales psiquiátricos en la ciudad de México, eran tratados inhumanamente, como animales, los dejaban en el jardín o en X lugar. Muchos de ellos eran golpeados por los mismos enfermeros, por los mismos cuidadores, los desnudaban, entonces esto en el siglo XXI es inhumano.

Testimonios como este, hacen que enfermos mentales alcen la mano exigiendo respeto, desde un trato clínico completo, hasta la no discriminación.

Deberían de existir en nuestras leyes artículos que definieran claramente castigos para personas que agraden a personas como nosotros los esquizofrénicos, ejemplo; cuando dicen que tenemos al diablo dentro.

La presión social cuando voy a hacer ejercicio, siento el ambiente pesado y la presión psicológica que ejercen sobre mí con actitudes y agresiones no verbales, la gran solución para nuestros compañeros esquizofrénicos, es que la sociedad nos acepte.

La otra cara de la esquizofrenia buscó contextualizar la realidad social de una enfermedad que rebasa el aspecto psiquiátrico, donde gobierno, sociedad y medios de comunicación, expresaron su postura y criticaron a los demás personajes.

El estigma abordado es lo que se debe erradicar y que mejor comienzo que aterrizar la realidad de la enfermedad mental en México.

Así como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, son la prioridad en políticas públicas de salud, por su grado de mortalidad, de acuerdo a estadísticas y la enfermedad mental es casi inexistente, en lo que se refiere al fenómeno social de la discriminación, pasa algo similar.

Por sentido común y por rezagos históricos, el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, creó rubros especiales para mujeres, grupos étnicos, infantes, personas de la tercera edad, gente con preferencia sexual y creencia religiosa distinta, así como discapacidad física en alguna extremidad y en personas infectadas con VIH SIDA.

La esquizofrenia y cualquier enfermedad mental, son inexistentes para el CONAPRED desde su papelería en difusión de medios impresos, hasta en servicios de denuncia.

Para ello *la otra cara de la esquizofrenia* platicó con el Lic Alejandro Becerra, Director de Vinculación y Asuntos Internacionales y Medidas Compensatorias del organismo que preside Gilberto Rincón Gallardo:

Porque si bien la constitución establece que se prohíbe la discriminación, obviamente el artículo y la ley no es totalizadora, de acuerdo a los diagnósticos se habla de los grupos mayoritarios que necesitan atención, pero eso no implica que excluya a los que no se han nombrado, por que simplemente el artículo dice que es territorio nacional, pero obviamente los que mayor atención llaman, es la gente con discapacidad física.

La Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos desconoce que hay un organismo responsable de atender el fenómeno de la discriminación, el problema es por falta de difusión y vinculación, pues en el CONAPRED como en cualquier dependencia del gobierno, la enfermedad mental se conoce de habladas y la idea de discapacidad física es el concepto vendido por Televisa con Teletón.

Es de nueva cuenta el funcionario del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación:

El problema en estas enfermedades es que no son visibles, por que todos sabemos que existen, que son discriminadas las personas que las padecen, pero ¿cómo lo haces visible? Entonces nosotros atendemos a quienes se acercan, no podemos atender a todos porque ni tenemos el personal, ni la infraestructura para hacerlo.

Pese a que el fenómeno de la discriminación ha estado implícito desde siempre en la historia de México, nadie lo abordaba de forma gubernamental, jurídica y social. Fue hasta el año 2000 durante el proceso electoral rumbo a la presidencia de la república, cuando el candidato Gilberto Rincón Gallardo tomó el tema como estandarte del partido Democracia Social.

Rincón Gallardo comandaba un proyecto de cultura anti-discriminativa y respeto a las personas con capacidades diferentes, el cual con la llegada de Vicente Fox a Los Pinos, tomó forma institucional al haberse modificado el artículo uno, párrafo tercero de la Constitución, donde quedó tipificado el fenómeno de la discriminación social.

En el año 2001 nace la Ley Federal para Prevenir y Evitar la Discriminación y se funda el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.

Al respecto Alejandro Becerra detalla:

Entonces desde esta perspectiva el CONAPRED se vuelve la agencia del gobierno que se encarga de varias actividades, entre ellas crear políticas públicas antidiscriminatorias.... fomentar una cultura de la no discriminación, de la igualdad de derecho, establecer un programa de medidas compensatorias para corregir precisamente estas desigualdades.

El ciudadano que es víctima de la discriminación y que llega al CONAPRED, tiene dos armas de defensa. Una son las quejas y la otra las reclamaciones. La diferencia es que una tiene que ver con violaciones al derecho de la no discriminación por funcionarios gubernamentales y la otra con particulares, explica el director de Vinculación y Asuntos Internacionales del CONAPRED.

Si tú eres funcionario público, estás obligado a sentarte a conciliar y prácticamente estás obligado a corregir la discriminación que hiciste.

En el ámbito particular, ahorita la ley sólo nos permite llamar al particular para la conciliación, aunque debo decir que la ley también en determinado momento, si el particular no se quiere sentar a conciliar, no tenemos forma de poderlo obligar, aunque claro se puede canalizar la situación a otro tipo de autoridades.

La ley federal contra la discriminación y el CONAPRED, basan su trabajo en los actos de exclusión que afectan significativamente la vida de una persona, dejando de lado otras acciones de trato diferenciado, destacó para *la otra cara de la esquizofrenia*, Alejandro Becerra

Hay dos tipos de discriminación, la que te conduce a negarte un derecho, eres moreno y por eso no te doy servicios de salud o no te dejo entrar a un antro, eso es una preocupación del Estado, y es condenable, pero no es una discriminación que afecte el curso de tu vida.... la ley lo que ve, es que no te cancelen un derecho que te da la propia constitución.

El funcionario sentenció que el contenido de los programas transmitidos por los medios de información masiva, son un arma de dos filos para el CONAPRED

Nos deben de ayudar a reforzar la idea de una cultura de la igualdad, de la inclusión, de la tolerancia a la diversidad, discriminados porque buscamos siempre patrones iguales a los nuestros..... Lo que nosotros hacemos en CONAPRED, es que nos reunimos con medios de comunicación y hemos hecho el comentario de que ya el hecho de establecer cierto estereotipo puede ser discriminatorio y se alienta a presentar esquemas de contenido mucho más diversos.

La anterior entrevista demuestra otra vez un círculo vicioso de estancamiento y miopía social por falta de información, así como de difusión; en primer lugar de quienes están inmersos en AFAPE y en cualquier enfermedad mental por no hacerse presentes; y por el lado del gobierno, por su pragmatismo de función burocrática sin un plan de cobertura en todos los grupos minoritarios de exclusión.

Con esto se refleja el nivel de tolerancia, respeto y aceptación que se tiene en una sociedad mexicana a lo que es distinto, a lo que da miedo y a lo que poco se conoce: La esquizofrenia.

CONCLUSIONES

Al término de cinco capítulos, se pudo constatar que la esquizofrenia es un problema de salud pública, sustentado en un fenómeno social de miedo e ignorancia, porque la información que se tiene no es difundida, ni transmitida con sus diversas características a todos los sectores de la población.

Las barreras de comunicación parten de la incapacidad, corrupción e indiferencia gubernamental, para atender los padecimientos mentales de millones de mexicanos.

Proyectos de comunicación institucional, investigaciones, bibliografía, recursos humanos y técnicos, así como régimen legal en salubridad, son prioritarios en padecimientos cardiovasculares y oncológicos que atacan a más de la mitad de la población.

Las políticas públicas de salud están encaminadas a atender a la enfermedad mental desde una exclusión física que no altere el orden, no como un fenómeno de carácter psiquiátrico y psico-social de reinserción y aceptación.

Con esta realidad, la sociedad civil inmiscuida en la vida de más de dos millones de mexicanos con esquizofrenia, ha creado sus propios organismos, como la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos (AFAPE). La revolución en las políticas de atención psiquiátrica y psico-social del organismo no gubernamental, se ven opacadas con el cansancio emocional y las limitaciones económicas de sus integrantes, al luchar con el padecimiento a ciegas y por instinto. En AFAPE, al igual que en el gobierno, también se respira una actitud de recelo y precaución para manejar cualquier aspecto de la esquizofrenia y las demás enfermedades mentales.

La otra de la cara de la esquizofrenia manejó como eje rector del reportaje, la falta de comunicación y difusión de la enfermedad entre el gobierno, los medios de comunicación y la sociedad civil. Y sí, efectivamente, el origen de la discriminación social en los familiares del paciente, radica en el temor de la gente ignorante que no sabe que la esquizofrenia es una enfermedad como cualquier otra, que se origina en el cerebro por la irregularidad de una sustancia llamada dopamina.

Sin embargo, la construcción de los capítulos trajo consigo un sentimiento extraño, que podría justificar el por qué de ciertas actitudes, ya que a pesar de que existe información y conocimiento necesario entre algunos psicólogos, psiquiatras, funcionarios públicos y familiares de esquizofrénicos, todos ellos siguen actuando con cautela. El que hubiese difusión de la información clínica y psico-social de la enfermedad, no fue sinónimo propiamente de la eliminación del temor. ¿Por qué sucede esto? ¿Qué siente el mexicano al actuar en asuntos de la mente?

Después de dos años de convivir con los padecimientos mentales, consideró que el conflicto existencial, se basa en dos aspectos:

- ✿ Una cultura arraigada desde hace años en un país católico y con valores justificados en la fe y en el misticismo.
- ✿ Así como la concepción de entender y actuar con base en lo que la vista detecte.

Es algo paradójico, porque mientras que por un lado, la fe de una persona difícilmente se puede aterrizar en algo tangible, en otros aspectos se exige materializar y cuantificar todo. De ahí el sabio refrán popular *Ver, para creer*.

Aunque la psiquiatría ha evolucionado mucho, aun hay incógnitas, misterios por resolver y respuestas por descifrar. Por ello las enfermedades mentales causan miedo entre la población especializada y la que no lo es.

El olfato, el tacto, el gusto y el oído, son poco explotados para convivir con los padecimientos mentales. La vista actúa como segundo cerebro.

La mirada es la que siente al esquizofrénico, la que olfatea la frustración de no saber cómo actuar, la que toca las crisis psicóticas y la que prueba el rechazo. El ojo humano es la armadura que protege a los cuerpos de quienes están inmersos en una enfermedad, que obliga siempre a estar alerta ante la nada, a lo desconocido o tal vez a un todo que llega en un simple pestañeo.

El cuerpo se invade de escalofríos y la sangre parece congelarse cada que se convive con la enfermedad mental. No lo puedes evitar. Aunque después te familiarizas, siempre hay una impresión con sabor a pesadilla, a asombro y a reflexión, al convivir con los pacientes esquizofrénicos.

Si bien es cierto que hay un temor implícito, éste se contrapone a la información básica para entender y saber actuar con respeto hacia un enfermo mental, así como con sus familiares, dejando de lado la discriminación social. Por ello la parte fundamental en la esquizofrenia, es cambiar los mitos y los tabú que existen en la población, mediante la difusión de información clínica y psico-social en la materia.

Por desgracia la labor es titánica, ya que los medios masivos de comunicación lucran con los misterios de la psiquiatría y con el comportamiento de los enfermos mentales.

Dentro de los espacios de entretenimiento se desvirtúa el concepto de un padecimiento psicológico o psiquiátrico, por una idea peligrosa con el potencial de generar violencia y desorden a la tranquilidad social. Esta manipulación mediática es la que genera las actitudes de rechazo y exclusión sobre los pacientes.

En la otra cara de la esquizofrenia se conoció el poder ideológico de los *mass-media* en torno a las enfermedades mentales, con la idea de ser un parte aguas en la gente, para que cambie su consumo material e ideológico y obligue con ello a modificar el contenido informativo de los programas que forman a la sociedad mexicana.

Los concesionarios del espectro radioeléctrico deben regirse por políticas de calidad educativa, al transmitir lo relacionado a la esquizofrenia, las enfermedades mentales y en general de cualquier tema. De lo contrario la descomposición social continuará hundiendo más al país y la discriminación en el caso específico de la esquizofrenia, seguirá carcomiendo a millones de personas que tuvieron como culpa, un desorden cerebral con la sustancia dopamina.

Era necesario conceptualizar los alcances reales de los contenidos que se proyectan de forma masiva a través de la televisión, la radio y la prensa escrita. Pues los hechos asilados de difusión y relaciones públicas, para conocer la enfermedad, fracasaban porque sus ejecutores confundían los objetivos y la penetración de un mensaje de los medios, en *la psique colectiva*.

Cualquier información conocida a través de los mass-media, no es sinónimo de éxito para determinado fin. Sino se busca un canal de comunicación idóneo para transmitir un mensaje y si no hay un receptor adecuado, difícilmente se llega al público meta. Esa situación ocurrió en AFAPE, donde sus integrantes creían que difusión era lo mismo que comunicación y que las cosas serían excelentes con sólo salir en las pantallas de Tv Azteca.

Por desgracia la penetración de las campañas propagandísticas y publicitarias en la memoria corta de la gente, es manejada con fines ajenos al interés de la mayoría, siendo en muchos casos denigrante para las personas que no entran en los estándares de vida marcados.

Sustentado por el gobierno, los actos discriminativos forman una cultura popular y un estereotipo de vida en los medios masivos de comunicación. Evidenciar esto, era necesario para exponer la relación entre una enfermedad mental, los mass-media y la labor de un periodista con un reportaje.

La discriminación es un fenómeno de exclusión social e intolerancia hacia ciertas diferencias, donde todos jugamos a ser víctimas y victimarios al mismo tiempo. Difícilmente podrá erradicarse trabajando en un solo frente.

Se requieren acciones y medidas de diversa naturaleza, como:

- ✿ Reforma psiquiátrica con políticas sanitarias acordes a la realidad en presupuesto, infraestructura, investigación y recursos humanos.
- ✿ Promoción de los derechos fundamentales ante los tratos diferenciados por ser paciente con problemas mentales.
- ✿ Organización de campañas de difusión y sensibilización a la población en general sobre la tolerancia y el respeto a los discapacitados y enfermos mentales.
- ✿ Creación de espacios de discusión y reflexión sobre las distintas dimensiones del problema de la salud mental.
- ✿ Se necesita de los ciudadanos y de la participación de instituciones públicas, privadas y sociales, para aceptar, respetar y reingresar a la cotidianidad, la vida de un enfermo mental.
- ✿ Se requieren cambios en las normas y en las instituciones, la reforma cultural debe iniciar en los procesos de formación de prejuicios y actitudes de rechazo.

De llegar a esta reforma cultural, el tiempo haría lo demás, tendríamos que esperar a que se toque las conciencias de la población, con el ejemplo de vida que contagien las minorías.

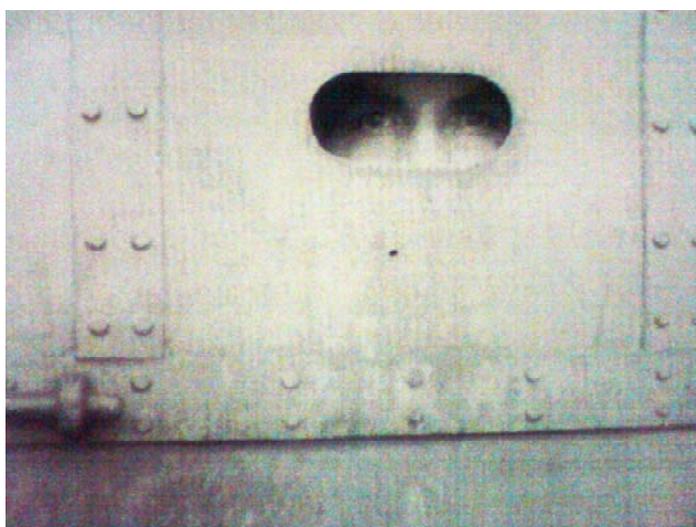
La labor periodística en el campo de la ciencia medica, rindió su principal objetivo de llevar a la sociedad común, un tema clínico-psico social con las voces de los inmiscuidos, para que la esquizofrenia se conociera.

Sin embargo de no encadenar a *la otra cara de la esquizofrenia* a un proceso de difusión y de expansión, que vaya más allá de un requisito de titulación o varios minutos en el espectro radioeléctrico de Televisa y sus similares, el trabajo se perdería en los anaqueles de una biblioteca. Porque en los medios masivos de comunicación la simple difusión no genera un cambio de carácter, el consumo ideológico con fines de lucro no da cabida a la investigación real. La política del *reating* es la que domina.

Los objetivos de una reforma cultural en la enfermedad mental se lograrán. *La otra cara de la esquizofrenia* concluye en sus fines de titulación, pero continúa fuera de la Universidad Nacional Autónoma de México, buscando que la esquizofrenia sea reconocida y aceptada como una enfermedad clínica con peculiaridades sociales, que necesita cambios de actitud por el bien de todos.

La otra cara de la esquizofrenia trajo como resultado la enseñanza y el valor de una percepción distinta de la vida, en donde los pacientes son más sensibles, inteligentes y calidos con su lucha por sobrevivir y entender el mundo, que quienes los rodean. Por momentos parecemos más enfermos mentales quienes estamos en el entorno de la supervivencia económica, social y política, que gente que tiene diagnosticado un desorden cerebral.

Fototeca Nacional del INAH. Fondo CASASOLA



Enfermo mental observando a través de una rendija de una puerta, en el manicomio La Castañeda 1945-1950

GLOSARIO

Actitud. Predisposición de la persona a responder de una manera determinada frente a un estímulo tras evaluarlo positiva o negativamente.¹

Acto. Serie de movimientos, a menudo complejos, coordinados y relacionados por el individuo.²

Afectado. Amanerado, artificioso, inauténtico desorbitado.³

Agresión. Formas de conducta que se adoptan con la intención de perjudicar directa o indirectamente a un individuo.⁴

Agresividad. Estado emocional que consiste en sentimientos de odio y deseos de dañar a otra persona, animal u objeto. La agresión es cualquier forma de conducta que pretende herir física y/o psicológicamente a alguien⁵.

Angustia. Un estado de gran activación emocional que contiene un sentimiento de miedo o aprehensión. Clínicamente se define como una reacción de miedo ante un peligro inconcreto y desconocido. Se emplea también como sinónimo de *ansiedad* para referirse a la expresión más extrema de ésta.⁶

Apatía. Impasibilidad del ánimo. Estado en el que el sujeto permanece indiferente, y presenta una incapacidad para reaccionar ante situaciones que deberían suscitar emociones o intereses.⁷

Carácter. Propiedades que constituyen la peculiaridad individual de una persona.⁸

¹ Bruno, Frank . J. *Diccionario de Términos Psicológicos Fundamentales*. Barcelona, Paidós . 1997. p.12

² H.Ries. *Diccionario de Psicología*. Madrid, Herder. 1994 p. 34

³ Ibidem, p.78

⁴ Ibidem p.80

⁵ Bruno F. *op cit J* p. 56

⁶ Ibidem, p.134

⁷ Ibidem, p.167

⁸ Antoine. Porot, *Diccionario Psiquiatría Clínica y Terapéutica*. Barcelona, Labor. 1962. p. 111

Clase Social. Término impreciso que se utiliza en sociología para designar grandes formaciones y que tienen relaciones psicológicas de poder y ordenación de rango social. La determinación de las pertenencias de una persona se sustituye en psicología social por los diversos métodos de caracterización de la posición socioeconómica.⁹

Comprensión. Recepción consciente de un contenido vivencial o perceptivo, ordenadora de la experiencia en un contexto de significación.¹⁰

Conciencia. En psicología, modo de existencia peculiar en el que existen vivencias, procesos psíquicos que son experimentados inmediatamente por el sujeto como recuerdos, pensamientos, sentimientos, deseos y procesos de voluntad.¹¹

Conciencia Social. Contenido de conciencia que corresponde al individuo como parte de un grupo humano, y que están más o menos determinados socialmente.¹²

Conducta. Reacción global del sujeto frente a las diferentes situaciones ambientales.¹³

Criterio. Característica esencial con la que se comparan otras características.¹⁴

Discriminación. Sentido peyorativo, segregación, racismo.¹⁵

Discriminación (en términos jurídicos) Artículo cuatro de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación. Se entenderá por discriminación toda distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad de oportunidades de las personas.¹⁶

⁹ Ibidem p 120

¹⁰ Ibidem, p 123

¹¹ Ibidem, p 139

¹² Ibidem, p 140

¹³ Bruno F. J *op cit* p. 245

¹⁴ Antoine Porot, *op cit* p 170

¹⁵ Ibidem, p 182

¹⁶ Consejo Nacional Para Prevenir la Discriminación. *Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación*. Conapred México 2004 p.32

Enfermedad. Perturbación del equilibrio físico o psíquico y transitorio del normal funcionamiento de los órganos y sistemas.¹⁷

Entrevista. Es una conversación que se realiza entre un periodista y un entrevistado; entre un periodista y varios entrevistados o entre varios periodistas y uno o más entrevistados. A través del diálogo se recogen noticias, opiniones, comentarios, interpretaciones, juicios. Como método indagatorio, la entrevista se emplea en la mayoría de los géneros periodísticos. La información periodística de la entrevista se produce en las respuestas del entrevistado.¹⁸

Esquizofrenia. Grave enfermedad mental, caracterizada por la escisión de la personalidad y por una ruptura de los mecanismos psíquicos normales, lo que provoca una conducta incomprensible y una pérdida del contacto con la realidad.¹⁹

Estado de ánimo. Emoción generalizada y persistente que influye en la percepción del mundo. Son ejemplos frecuentes de estado de ánimo la depresión, alegría, cólera y ansiedad.²⁰

Familia. Organismo social y organización social. Un hecho de naturaleza, una construcción de la mente humana y una creación de la voluntad (Helpach).

Biología. Vida común de dos individuos de sexo distinto para la reproducción y conservación de la especie.

Psicología. Como institución social constituye un área de desenvolvimiento social en la que intervienen la patria, el suelo natal, las condiciones de desarrollo y la determinación de la dirección de despegue.

Sociología. La familia es una comunidad interhumana constituida al menos por tres miembros que se han unido por motivos psicológicamente determinados.²¹

¹⁷ Antoine Porot, *op cit* p 254

¹⁸ L.: Núñez Ladevèze, *Manual para periodismo*. Barcelona, ARIEL, 1991. p 54

¹⁹ English, Horace Bidwell. *Diccionario, Manual de Psicología*. Buenos Aires, El Ateneo.. 1952. p. 34

²⁰ J Bruno F. *op cit* p. 401

²¹ Horace English *op cit*, p. 374

Idea. En filosofía, las ideas según Platón, son los modelos de las cosas manifiestas, son las verdaderas realidades. Las cosas son copias de las ideas. Regla según la cual determinados estímulos se vinculan a una determinada reacción.²²

Integración Social. Proceso mediante el cual el individuo se adapta a las normas del grupo y se inserta armónicamente en él.²³

Interacción Social. Influencia recíproca entre individuos o grupos sociales. Variaciones resultantes en la conducta, la actitud y el modo de ver las cosas.²⁴

Locura. Trastorno de los procesos psíquicos, en los que aparecen en primer plano representaciones delirantes e ilusiones sensoriales.²⁵

Medios de Comunicación mass media. Son los instrumentos mediante los cuales se informa y se comunica de forma masiva; son la manera como las personas, los miembros de una sociedad, o de una comunidad se enteran de lo que sucede a su alrededor, a nivel económico, político, social etc. Los medios de comunicación son la representación física de la comunicación en nuestro mundo, es decir, son el canal mediante el cual la información se obtiene, se procesa y finalmente, se expresa, se comunica.²⁶

Miedo. Sentimiento vital de amenaza. Tiene una cierta analogía con la angustia, pero en el miedo, el temor se refiere a un objeto preciso.²⁷

Motivación. Supuestos procesos impulsores y orientadores que resultan determinantes para la elección y para la intensidad de la actualización de las tendencias de la conducta.²⁸

Motivo. Móvil de una conducta, diferente de su objetivo concreto.²⁹

²² Antoine Porot, *op cit* p 386

²³ Ibidem, p 411

²⁴ Horace English, *op cit* p 511

²⁵ Antoine Porot, *op cit* p 454

²⁶ Susana Guajardo Reyna, *Periodismo de Opinión y Discurso*. Géneros Periodísticos 1997. Trillas p 124

²⁷ Horace English, *op cit*, p.608

²⁸ Antoine Porot, *op cit* p 501

²⁹ Ibidem, p 505

Prejuicio. Actitud cercana al estereotipo. Se basa en ideas subjetivas o generalizaciones de obsesiones aisladas mucho más que en la experiencia y la información objetiva.³⁰

Psicología. Ciencia que estudia los procesos y estados conscientes, sus causas y efectos (Rohrer). La psicología es la ciencia de los procesos vitales subjetivos que se asocian siguiendo leyes (Pauli).³¹

Psicología Social. Se ocupa de las vivencias y la conducta en el marco de la vida social. Estudio e investigación de las tendencias de importancia esencial en la relación social, influencia de la vida social sobre los procesos psíquicos del individuo. Formas de conducta y cualidades propias de determinados grupos sociales.³²

Psiquiatría. Ciencia que estudia las enfermedades mentales, sus clases, causas y tratamientos.³³

Rating. Es la medida de cuánta gente (público) ve un programa o un determinado canal³⁴.

Reportaje. Es el más vasto de los géneros periodísticos. Es un género complejo que suele tener semejanzas no sólo con la noticia, la entrevista o la crónica, sino hasta con el ensayo, la novela corta y el cuento. Los reportajes se elaboran para ampliar, completar, complementar y profundizar en la noticia; para explicar un problema, plantear y argumentar una tesis o narrar un suceso. El reportaje investiga, describe, informa, entretiene, documenta.³⁵

³⁰ Horace English, *op cit* p.717

³¹ Ibidem, p 751

³² Ibidem, p 739

³³ Ibidem, p 810

³⁴ Di Guglielmo. Hugo *Vivir del aire*. Grupo Editorial Norma. 2002 p 23.

³⁵ L.: Núñez Ladevèze, *Manual para periodismo*. Barcelona, ARIEL, 1991.p.89

Represión. Mecanismo de defensa que consiste en rechazar fuera de la conciencia todo aquello que resulta doloroso o inaceptable para el sujeto. El individuo se enfrenta a conflictos emocionales y amenazas de origen interno o externo expulsando de su conciencia o no dándose por enterado cognoscitivamente de los deseos, pensamientos o experiencias que le causan malestar. El componente afectivo puede mantenerse activo en la conciencia, desprendido de sus ideas asociadas.³⁶

Sociedad. Todas las corrientes filosóficas y políticas, aún las materialistas y las individualistas, están de acuerdo en que los seres humanos además de ser individuos, son, seres únicos e indivisibles, son seres sociales, es decir, son seres que para sobrevivir y desarrollarse como seres humanos necesitan de la cooperación y del auxilio de los demás seres humanos.

En sentido amplio el término sociedad se aplica a todo conjunto de seres vivientes, en cuanto a que su agrupación y grado de organización interna se establece tanto para conseguir la alimentación como para defenderse de otros factores (otros seres vivientes o fenómenos de la naturaleza) que ponen en peligro su sobre vivencia como especie.³⁷

³⁶ Bruno F.J *op cit* p. 979

³⁷ J.M Ripalda. *Filosofía*. Madrid Trotta. 1996 p. 69

Fuentes de consulta

Bibliografía:

Aldas José Antonio, *Esquizofrenia: Fundamentos Psicológicos y Psiquiátricos de la Rehabilitación*, España, Siglo Veintiuno Editores. 1995. p. 467.

Arredondo Armando, Ramos Rene, Zúñiga Alexis. *Evaluación económica de la demanda de atención médica para salud mental en México esquizofrenia y depresión, 1996-2000*. Revista Investigación Clínica enero-febrero 2003 Vol.55 núm. 1 pp.43-50.

Bruno, Frank. J. *Diccionario de Términos Psicológicos Fundamentales*, Barcelona, Paidós 1997. p.303.

Carbonell Miguel *Introducción una Ley para el México del Siglo XXI en Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación*. México 2004 Consejo Nacional Para Prevenir la Discriminación p 95.

Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. *Ley Federal Para Prevenir la Discriminación*. Consejo Nacional Para Prevenir la Discriminación. México 2004 p 88.

Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación *¿Qué es la discriminación?* Carpeta Informativa. Consejo Nacional Para Prevenir la Discriminación México 2004 p 85.

Di Guglielmo. Hugo *Vivir del aire*, México, Grupo Editorial Norma. 2002 p 148.

Dorsch, Friedrich. *Diccionario de Psicología*, Barcelona, Herder 1976. p. 1070.

English, Horace Bidwell. *Diccionario, Manual de Psicología*, Buenos Aires, El Ateneo. 1952. p. 540

Garnica Rodrigo. *Esquizofrenia: Guía para los familiares del paciente*. México, Editorial Piensa, 1998. p. 98

Guajardo Reyna, Susana, *Periodismo de Opinión y Discurso*. Géneros Periodísticos 1997, México, Trillas p 241

Gutiérrez Roberto. *Cultura Política y Discriminación*. Cultura Política y Discriminación Cuadernos de la Igualdad. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. México 2005 p. 45

Gutiérrez Roberto. *Discriminación y Democracia*. Cultura Política y Discriminación Cuadernos de la Igualdad Consejo Nacional Para Prevenir la Discriminación . México 2005 p. 45

Gutiérrez Roberto. *La Relevancia de la de la Cultura Política para comprender la Discriminación* Cultura Política y Discriminación Cuadernos de la Igualdad. Consejo Nacional Para Prevenir la Discriminación. México 2005 p. 45

H.Ries. *Diccionario de Psicología*. Madrid, Herder, 1994 p. 969

Hyde Alexander. *Como vivir mejor con la esquizofrenia*, Madrid, Argos Vergara, 1981. p 141

Núñez Ladevèze, L.: *Manual para periodismo*. Barcelona, Ariel, 1991.p.365

Obiols Joan. Obiols Jordi. *Esquizofrenia*, Barcelona, Martínez Roca. 1989. p 174

Paoli Bolio Francisco José *La Radio como Espacio Público Ciudadano* La Radio de los Ciudadanos aun año de su Creación XEQK 1350 am. Secretaría de Gobernación México 2004 p 57

Porot Antoine, *Diccionario: Psiquiatría Clínica y Terapéutica*. Barcelona, Labor. 1962. p. 523

Ripalda. José .Maria . *Filosofía*. Madrid, Trotta, 1996 p. 231

XEQK 1350 AM La Radio de los Ciudadanos. *La Radio de los Ciudadanos a un Año de su creación*. Secretaría de Gobernación 1ra edición México 2004. p 57

Fuentes en Internet

Aviles Jaime. *Avanza la reforma siquiátrica basada en el Modelo Hidalgo*. en La Jornada 02 de julio del 2004 Sección Sociedad y Justicia www.jornada.unam.mx consulta mayo 2005-septiembre 2006.

Benassini Oscar *La Atención Psiquiátrica en México hacia el Siglo XXI*. Revista Mexicana de Salud Mental, 2001, Vol. 24, No. 662 pp. 62-73 http://bvs.insp.mx/harticulo.php?id_art=964&id_programa=2&id_seccion=25 Consulta mayo 2005-septiembre 2006.

Biblioteca Virtual en Salud, *Esquizofrenia* www.binasss.sa.cr/poblacion/esquizofrenia. consulta mayo 2005-septiembre 2006.

Cruz Ángeles. *Crea Ssa el Centro Nacional de Salud Mental; aún no tiene presupuesto* en La Jornada 18 de diciembre 2003 Sección Sociedad y Justicia www.jornada.unam.mx consulta mayo 2005-septiembre 2006.

Cruz Ángeles. *Decide la Ssa separar el área de salud mental del Consejo Nacional contra las Adicciones*. en La Jornada 17 de diciembre 2005 Sección Sociedad y Justicia www.jornada.unam.mx consulta mayo 2005-septiembre 2006.

Cruz Martínez Ángeles. *En México, deficiente atención para personas con males mentales: OPS*. en La Jornada 13 de Abril 2005. Sección Sociedad y Justicia www.jornada.unam.mx consulta mayo 2005-septiembre 2006.

Cruz Martínez Ángeles *Las afecciones mentales, soslayadas en los hechos en los planes oficiales* en La Jornada 03 de diciembre 2004 Sección Sociedad y Justicia, www.jornada.unam.mx consulta mayo 2005-septiembre 2006.

Encuesta Nacional de Salud 2001-2006 Tomos I y II www.insa.mx/ensa. Consulta mayo 2005-septiembre 2006.

García David *Suman esfuerzos en pro de salud mental en Reforma* 03 de diciembre 2004 Sección Salud www.reforma.com consulta mayo 2005-septiembre 2006.

Gómez Mena Carolina *Podrían duplicarse casos de esquizofrenia* en La Jornada 23 de Abril 2004. Sección Sociedad y Justicia, www.jornada.unam.mx consulta mayo 2005-septiembre 2006.

Gómez Mena Carolina. *Pide a Frenk mostrar datos de OPS sobre hospitales psiquiátricos.* en La Jornada 25 de Junio 2003. Sección Sociedad y Justicia, www.jornada.unam.mx consulta mayo 2005-septiembre 2006.

Mendoza Ángel *Crean Arte por Salud Mental* en El Universal jueves 13 de enero del 2005 sección Cultura, www.eluniversal.com.mx consulta mayo 2005-septiembre 2006.

Muñoz Ríos Patricia. *Unos 15 millones de mexicanos padecen alguna enfermedad mental o sufren adicciones: Ssa* .en La Jornada 25 de diciembre del 2002. www.jornada.unam.mx consulta mayo 2005-septiembre 2006.

Procesofoto. Agencia fotográfica, fotoperiodismo y banco de imágenes www.procesofoto.com.mx
Consulta mayo 2005-septiembre 2006

Programa de Acción en Salud Mental 2000
En línea www.sersame.salud.gob.mx Consulta mayo 2005-septiembre 2006.

Programa Nacional de Salud 2001-2006. Documento de Seguimiento. En línea www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/metas_pns/metas_pns.m
Consulta mayo 2005-septiembre 2006.

Psynema *Una Mente Brillante* www.rpinternet.com.ar/2003/06/nota03_fr.htm
consulta septiembre 2006

Ramírez Bertha. *La actual política de salud atenta contra la Constitución: Narro Robles* en La Jornada 02 de octubre del 2003. www.jornada.unam.mx consulta mayo 2005-septiembre 2006.

Rovner Jorge Luis *Esquizofrenia* www.cofa.org.ar/esquizofrenia. consulta mayo 2005-septiembre 2006.

Zapata Juli *Enfermedades mentales* www.esquizo.com consulta mayo 2005-septiembre 2006.

Fuentes Vivas

Alejandro Becerra Director de Vinculación y Asuntos Internacionales y medidas compensatorias del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación

Alejandro Ulibarri, Jefe en turno de la librería *El Sótano* sucursal Alameda Central

Ariel Monroy Lic. Psicología del Área Educativa. Es Coordinador general del área de psicología de AFAPE

Armando Pavón Jefe de Departamento de Circulación Bibliografica de la Biblioteca. Central de la UNAM en CU

Blanca Lolbee. Periodista Conductora de Grupo Radio Centro en los noticiarios de Formato 21 (790 AM) y Radio Red (1110 AM y 88.1 FM)

Carlos González. Periodista Conductor de Grupo Radio Centro en los noticiarios de Formato 21 (790 AM) y Radio Red. Titular del área de noticieros y conductor de noticiario nocturno de canal 33 de Televisión Mexiquense

Carolina Cabo Lic. Psicología. Labora en AFAPE desde hace dos años y medio

Enrique Padilla Jefe en Turno de la librería *Gandhi* sucursal Miguel Ángel de Quevedo.

Erick García Sub. Director de la Coordinación Sectorial y Entidades Federativas. Consejo Nacional de Salud Mental.

Fermín López Coordinador de la Biblioteca de la facultad de Psicología de la UNAM en CU

Héctor García Gerente de la Radiodifusora XEQK La Radio de los Ciudadanos 1350 am. IMER

Jacobo Zabłudovsky. Periodista titular del noticiario de 1 a 3 en Grupo Radio Centro

Jesús Martín. Periodista de Grupo Radio Centro y titular del noticiario de Radio Red de la tarde.

Jorge Barrera Médico. Titular de la Barra Médica de Grupo Radio Centro y conductor del programa dominical *Por Su Salud* de 6 a 8 am en Radio Red.

Juan González Director del Departamento de Servicios al Público de la Biblioteca de México.

Margarita Saucedo Madre de un paciente esquizofrénico y presidenta de la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos

Miguel Raygoza Jefe de circulación Editorial de Librería *Porrua* sucursal Templo Mayor

Napoleón Ramírez Lic. Psicología. en la Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes Esquizofrénicos

Socorro González Psiquiatra adscrito del tercer piso del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Teresa González Encargada del área de manualidades en AFAPE

Víctor Pérez Lic. Psicología de la UNAM. Es coordinador de Terapia de Grupo a Familiares y Pacientes de AFAPE, actualmente es perito profesional de la Procuraduría General de la República.

Familiares de pacientes esquizofrénicos

Pacientes esquizofrénicos

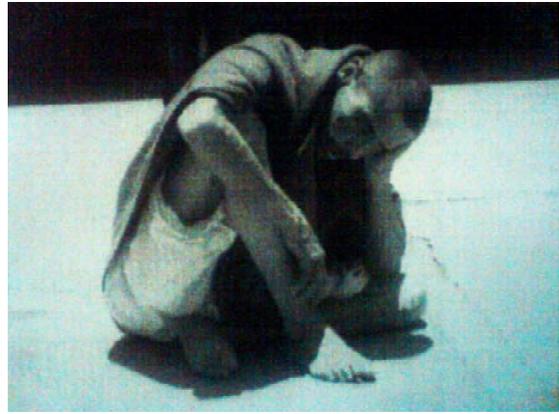
Archivo fotográfico de enfermos mentales en el manicomio *La Castañeda.*

Fototeca Nacional del INAH. Fondo
CASASOLA



Mujeres cosiendo ropa de los internos en el manicomio de La Castañeda. 1945-1950

Fototeca Nacional del INAH. Fondo
CASASOLA



Enfermo mental en el suelo del manicomio La Castañeda. 1945-1950

Fototeca Nacional del INAH.
Fondo CASASOLA



Enfermo mental cargando una muñeca en los patios del manicomio La Castañeda, retrato. 1945-1950

Fototeca Nacional del
INAH. Fondo CASASOLA



Mujeres cosiendo ropa de los internos en el manicomio de La Castañeda. 1945-1950

Fototeca Nacional del INAH. Fondo
CASASOLA



Enfermos mentales en los patios del manicomio de La Castañeda. 1945-1950

Fototeca Nacional del INAH. Fondo
CASASOLA



Enfermo mental junto a un catre en el interior de una habitación del manicomio La Castañeda 1945-1950

Fototeca Nacional del INAH. Fondo CASASOLA



Enfermos mentales recostados en colchones y catres en los patios del manicomio La Castañeda 1945-1950

Fototeca Nacional del INAH. Fondo CASASOLA



Enfermas mentales realizando trabajos manuales en el manicomio La Castañeda 1935-1940

Fototeca Nacional del INAH. Fondo CASASOLA



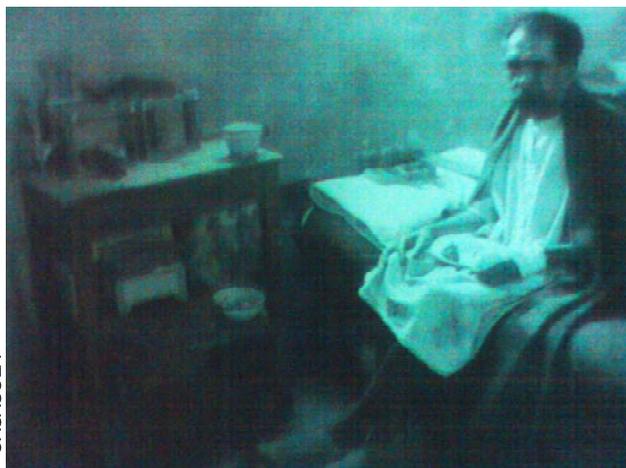
Niños y ancianos con el uniforme del manicomio General de La Castañeda 1930-1040

Fototeca Nacional del INAH. Fondo CASASOLA



Enfermo mental acostado en el pasto del manicomio La Castañeda 1940-1950

Fototeca Nacional del INAH. Fondo CASASOLA



Hombre en el pabellón de enfermería en el manicomio general La Castañeda 1945-1950

Fototeca Nacional del INAH. Fondo CASASOLA



Enfermo mental pintando en el suelo del manicomio de La Castañeda 1945-1950

Fototeca Nacional del INAH. Fondo CASASOLA



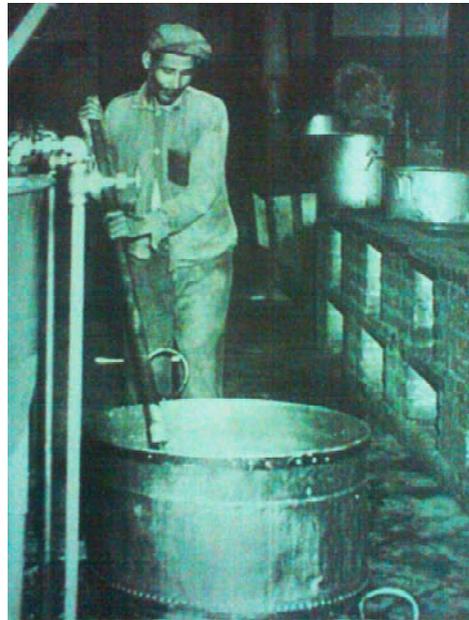
Enferma caminando en el pasillo el manicomio general La Castañeda 1945-1950

Fototeca Nacional del INAH. Fondo CASASOLA



Enfermos mentales en el patio del manicomio. La Castañeda 1945-1950

Fototeca Nacional del INAH. Fondo CASASOLA



Hombre trabajando en la cocina del manicomio La Castañeda. 1945-1950

Fototeca Nacional del INAH. Fondo CASASOLA



Enfermos mentales en un patio del manicomio La Castañeda 1945-1950

Fototeca Nacional del INAH. Fondo CASASOLA



Niños enfermos mentales aseando un patio del manicomio La Castañeda 1935-1940

Fototeca Nacional del INAH. Fondo CASASOLA



Enfermos mentales en el patio del manicomio La Castañeda 1945-1950

Fototeca Nacional del INAH. Fondo CASASOLA



Enfermo mental en el patio del manicomio La Castañeda, retrato 1945-1950

Fototeca Nacional del INAH. Fondo CASASOLA



Interno sentado en un patio del manicomio general La Castañeda 1945-1950

Fototeca Nacional del INAH. Fondo CASASOLA



Enfermos mentales en uno de los comedores del manicomio La Castañeda 1945-1950