

2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

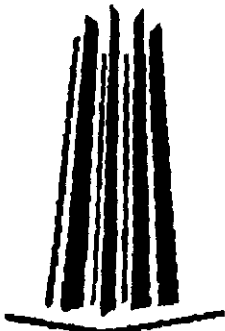
ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

CAMPUS ARAGÓN

DEL OTRO LADO DE LA RAZON. REPORTAJE
SOBRE EL HOSPITAL PSIQUIATRICO
"DR. SAMUEL RAMIREZ MORENO"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN COMUNICACIÓN
Y PERIODISMO
P R E S E N T A N:
LILIAN ESTRADA SANTANA
IRMA ORTIZ SANCHEZ

ASESORA: LIC. MA. GUADALUPE PACHECO GUTIERREZ.



MEXICO

1999

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

272164



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.

Te agradezco, Señor Dios, porque nunca me has abandonado; este trabajo es una muestra fehaciente de ello, pues lo hicimos entre los dos, cada quien dando lo que le correspondía.

Gracias por otorgarme, de una u otra forma, los medios necesarios para seguir adelante.

¡Gracias por todo!

¡Gracias infinitas!

A Santa Santana, por los cuidados y atención que siempre me ha brindado, pero sobre todo deseo expresarle mi agradecimiento porque gracias a ella, a su ejemplo, he aprendido a ser independiente. De igual manera, y sin ser menos importante, las bases de mi educación también se las debo a esa grandiosa mujer

¡Gracias, mamá!

A Eduardo Estrada, por su lucha incansable por vivir hasta el último momento y no doblegarse ante el dolor.

¡Porque crecimos juntos!

¡Gracias por ser mi mejor ejemplo!

A Luis Alberto Estrada, por cubrir el enorme espacio que dejó Lalo. ¡Te quiero!

A mi pequeña hermana Ana Laura, por ser una chispita de luz en mi camino. ¡Te quiero!

A.A.G., gracias por enseñarme a vivir y a crecer. Por caminar a mi lado como nadie lo había hecho. Por ayudarme a contemplar todos los colores, desde los más brillantes hasta la oscuridad total.

¡Te quiero!

Gracias, profesora Pacheco, por confiar en mi trabajo. El tiempo y los conocimientos que invirtió en él, no fueron en vano.

¡Realmente, Gracias!

Gracias a todos los que contribuyeron, de cualquier manera, en la creación de este reportaje.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, que sabe cuánto le amo y agradecida estoy con Él, no sólo por permitirme ver finalizado este trabajo, sino por su infinita misericordia que me ha mostrado en todo momento de mi vida.

Muchas gracias por permitirme deleitarme en tus maravillas y por fortalecerme cuando más débil me he sentido. Gracias por todo y por todos los que forman parte de mi historia personal, porque hasta aquí Tú has sido conmigo.

“Todo tiene su tiempo, y todo lo que se quiere debajo del cielo tiene su hora.

Tiempo de nacer, y tiempo de morir; tiempo de plantar, y tiempo de arrancar lo plantado; tiempo de matar, y tiempo de curar; tiempo de destruir, y tiempo de edificar; tiempo de llorar, y tiempo de reír; tiempo de endechar, y tiempo de bailar; tiempo de esparcir piedras, y tiempo de juntar piedras; tiempo de abrazar, y tiempo de abstenerse de abrazar; tiempo de buscar y tiempo de perder; tiempo de guardar y tiempo de desechar; tiempo de romper, y tiempo de coser; tiempo de callar y tiempo de hablar; tiempo de amar, y tiempo de paz... Todo lo hizo hermoso en su tiempo... He entendido que todo lo que Dios hace será perpetuo; sobre aquello no se añadirá, ni de ello se disminuirá; y lo hace Dios, para que delante de él teman los hombres. Aquello que fue, ya es; y lo que ha de ser, fue ya; y Dios restaura lo que pasó”.

Ec. 3:1-15

A mis padres, Nicolás Ortiz y Paula Hortensia Sánchez, quienes se han esforzado incansablemente en dar ejemplo a sus cuatro hijos. A ustedes, muchas gracias por su paciencia y apoyo. Los amo.

A la profesora Guadalupe Pacheco, por su disposición para asesorar este trabajo y por transmitir sus valiosos conocimientos; pero además, gracias por escucharme y brindarme sus consejos.

A mi amiga Lilián, por la convivencia y amistad que vivimos tiempo atrás de iniciar esta investigación, durante el tiempo transcurrido en el desarrollo de la tesis, y aún por lo que falta.

A los enfermos del H.P.S.R.M., si algún día lo llegan a entender, gracias por permitir que los conociera.

Y a todos los que me dieron apoyo incondicional: gracias.

Irma.

ÍNDICE

Introducción	6
I Donde ni siquiera un rayo de luz ilumina las mentes. Historia de los principales manicomios en México	12
1.1 <i>Malinali, tlaolli y médula de carrizo</i> , hierbas efectivas para combatir la melancolía. Conocimientos “psiquiáticos” en la época prehispánica	16
1.2 Un parrandero y jugador, funda el Hospital Psiquiátrico San Hipólito, el primero en América	20
1.3 El hombre que dedicó su vida a las mujeres dementes. José Sáyago inicia el Hospital Divino Salvador	23
1.4 ... Y surge el “gran basurero humano”. Manicomio General La Castañeda	28
II La denigrante trayectoria del Hospital Psiquiátrico “Dr. Samuel Ramírez Moreno”	42
III Del otro lado de la barda del psiquiátrico	66
3.1 Bienvenido al mundo de la sinrazón. Proceso de internamiento	69
3.2 Los condenados a permanecer toda su vida atrapados entre los muros de la locura. Unidad Terapéutica de Larga Estancia	72
3.3 Los pacientes psiquiátricos que pretenden salir a trabajar. Unidad Terapéutica de Hospital de Noche	80
3.4 Para quienes la locura, por uno u otro motivo, no los deja en libertad. Unidad Terapéutica de Subsecuentes	85
3.5 ... Porque ante todo, también son seres humanos. Unidad Terapéutica de Neuropsiquiatría	86
3.6 La élite de los pacientes más “cuerdos” del hospital. Unidad Terapéutica de Pre-alta	90
3.7 Cuando la vejez los alcanza dentro del psiquiátrico. Unidad Terapéutica de Psicogeriatría	91
3.8 El territorio del psiquiátrico donde la libertad está prohibida. Unidad Terapéutica de Contención	96

3.9	El hospital dentro del hospital. Unidad Terapéutica de Atención Continua	101
3.10	Las manos que se entrelazan para coadyuvar al enfermo mental hospitalizado	102
3.10.1	Psiquiatría	102
3.10.2	Psicología	103
3.10.3	Medicina no psiquiátrica	105
3.10.4	Rehabilitación	109
3.10.5	Trabajo Social	113
3.10.6	Enfermería	118
3.10.7	Comedor de pacientes	119
3.10.8	Medicina Preventiva	121
3.10.9	Auxiliares de Diagnóstico	122
3.10.10	División de Enseñanza, Capacitación e Investigación	124
3.11	Contribuyendo a la salud mental de la sociedad	124
3.11.1	Psiquiatría Comunitaria	125
3.11.2	Servicio de Paidopsiquiatría	127
3.11.3	Hospital Parcial	131
3.12	El respeto a los derechos humanos de los pacientes del Hospital Samuel Ramírez Moreno	134
	Conclusiones	144
	Fuentes de consulta	149

INTRODUCCIÓN

--- Piensen en un tema para su trabajo final de la materia. Nos indicó el profesor que impartía Redacción e Investigación Documental, Víctor Chávez.

Después de dar y escuchar propuestas, el equipo decidió el tema: "El cumplimiento de los derechos humanos en los pacientes psiquiátricos". Nos dimos a la tarea de buscar bibliografía y hemerografía. No hallamos libros que abordaran a los hospitales dedicados a la enfermedad mental, ubicados en el área metropolitana. En diversas revistas trataban el asunto desde una perspectiva que oscilaba entre la denuncia y el amarillismo, surgidos a raíz de una serie de irregularidades como el uso indiscriminado de sedantes, abuso sexual, abandono, golpes, falta de higiene en las instalaciones y en la alimentación, casos de Sida, etcétera.

Debido a la escasa información optamos por visitar dos centros manicomiales: el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y un anexo perteneciente a la Clínica Morelos, número veintitrés, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Ante la negativa que recibimos para realizar una "simple investigación escolar", como lo hicimos saber a las autoridades de la primera institución, nos vimos en la necesidad de crear ciertas excusas para introducirnos.

--- Vamos a la biblioteca a consultar un libro. Le dijimos al vigilante.

--- Dejen una identificación y registrense. La biblioteca se encuentra en el primer piso. Al momento nos dio un gafete donde se indicaba la zona permitida. Hizo énfasis en que no nos acercáramos a las rejas del jardín de los pacientes.

Desobedecimos todas las indicaciones. Abordamos el elevador y subimos piso por piso, con la esperanza de tener contacto con los enfermos, ésta se fue desvaneciendo paulatinamente al observar al personal médico y paramédico ingresar a las salas de internamiento sólo con las llaves destinadas para tal fin.

--- Préstame tus llaves, necesito ver a un paciente. Le mencionó un médico a otro.

--- ¿Dónde dejaste las tuyas?

--- Una enfermera me las pidió y no la he podido localizar.

Nos detuvimos en el cuarto piso para que nuestras miradas captaran el mayor número de imágenes posibles a través del espacio, al momento de abrir alguna puerta. Únicamente visualizamos camas ordenadas como en cualquier otro hospital y a varios enfermos descalzos deambulando.

En el pasillo interceptamos a un psiquiatra para entrevistarlo. En primera instancia cuestionó sobre el permiso para efectuar la investigación.

--- No se preocupe, tenemos la autorización. La confianza lo motivó a responder. Todo esto fue en su momento nuestro mayor alcance.

La insatisfacción nos condujo a tomar actitudes radicales como buscar el apoyo de una enfermera que hasta hace poco tiempo había trabajado en la Clínica Morelos. Nos vestimos con zapatos blancos, uniforme y cofia, todo con el fin de presenciar el ambiente psiquiátrico. No deseábamos arriesgarnos a una negativa por parte de los directivos.

Los dos únicos pabellones están separados por un jardín en donde los pacientes salen a descansar o a caminar. Sus movimientos acompasados, aunados a sus gritos, así como las miradas inertes, fue el primer encuentro real con los sinrazón.

Con los ojos bien abiertos --para cuidarse de los manotazos o abrazos de los enfermos que se nos acercaban con insistencia-- observamos las instalaciones, la atención del personal de enfermería, etcétera. Estábamos alerta, esperando que se presentaran las irregularidades tan mencionadas en los medios de comunicación; sin embargo, no contemplamos ninguno, entonces la mejor opción fue aplicar cuestionarios a empleados de vigilancia y enfermería, de quienes obtuvimos información y opiniones sobre el servicio. Debido a que estuvimos a punto de ser descubiertas, salimos de inmediato.

Sinceramente esperábamos situaciones por demás desagradables en cuanto al trato brindado a los enfermos, quizá porque estábamos saturadas de las imágenes impresas en las fuentes consultadas, pero queríamos verlo en vivo.

El transcurrir del tiempo exigía de nuevo la elección de un tópico para realizar el trabajo de tesis que nos permitiera poner en práctica las aptitudes periodísticas cosechadas durante la licenciatura, claro está, sin dejar de lado el interés del lector por adentrarse en un sitio poco accesible: el mundo de la locura. Allí se encuentran aquellos que pertenecen a nuestra misma

especie, pero no a nuestra misma realidad porque ellos tienen la suya, una de tipo personal en donde cualquier fantasía o alucinación deja de serlo.

Primero nos dirigimos con el director de Normas de Salud Mental, Rehabilitación y Asistencia Social de la Secretaría de Salud, el doctor Agustín Vélez Barajas, quien nos brindó mayor accesibilidad y apoyo que el responsable del área de Enseñanza, investigación y capacitación del Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno, el médico Ricardo Gerardo Hidalgo Luna. Este último mencionaba que sólo a él le correspondía ser el intermediario con las autoridades para obtener el pase de entrada. Así pasaron tres meses durante los cuales se dedicó a ponernos obstáculos burocráticos, pues pareció no darle ninguna importancia al oficio donde el doctor Vélez contribuía a nuestra causa. El responsable de Enseñanza nos solicitaba, entre otros documentos, una carta de la Jefatura de Periodismo, una carta firmada por la asesora, constancia de créditos, protocolo y proyecto de investigación, cronograma de actividades...

Aquellas actitudes nos hacían pensar en la magnitud de lo que intentaba ocultar, lo cual al mismo tiempo incrementaba y avivaba el interés por descubrir la verdad.

--- Siempre han venido estudiantes o pasantes a presentar su servicio social, prácticas o investigaciones de tesis, pero son personas de enfermería, psicología, medicina, nunca de comunicación. No les tenemos confianza a los periodistas porque son muy mentirosos.

Cuando el doctor Hidalgo se percató de nuestro interés al cumplir con los requisitos que pedía, prefirió mandarnos a la oficina de Comunicación Social de la Secretaría de Salud.

--- ¿Nos puede decir cuál es la dirección? Le preguntamos al doctor Hidalgo.

--- Eh... No sé. Déjenme investigar. Háblenme la próxima semana.

Después de pasadas varias "próximas semanas", nuestra paciencia llegó al límite. Acudimos de nuevo con el responsable de Normas de Salud Mental, dijo que Hidalgo estaba equivocado, por ende, él hablaría con el subdirector del nosocomio, el doctor Rafael Castro Román.

De esta manera, nuestra siguiente visita al hospital fue con el directivo. A partir de ese momento nos fue otorgado el acceso a la institución, aunque no con la libertad deseada, pues nos asignó a un asesor para dirigirnos en las actividades dentro del "basurero de la sociedad".

Tuvimos la oportunidad de adentrarnos en un ambiente distinto, con la intención, a nivel general, de conocer las condiciones de vida en las que se encuentran los pacientes.

El Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno fue uno de los más atractivos para la prensa, por eso esperábamos encontrar lo que habíamos leído en las columnas de los diarios y revistas, incluyendo las atrocidades manifestadas en los programas televisivos. Independientemente de ello preferimos dedicarnos a observar, a ser testigos, incluso dejamos de lado los rumores generados por el mismo personal.

Requeríamos de algo más que simples murmuraciones, pruebas que las avalaran, y por desgracia no contamos con ellas. Además, aquel sitio está vivo todo el tiempo. Los empleados se dividen para laborar en cuatro turnos: matutino, vespertino, nocturno y guardias especiales (fines de semana y días festivos). Tal vez debimos permanecer en el hospital varios días con sus respectivas noches, indagando por todos lados en busca de algo digno de ser publicado. De ser así seguramente habríamos invertido varios meses más, o bien, mientras no se percataran de nuestra intromisión en asuntos que no nos correspondían pudimos haber continuado, lo cual probablemente nos habría llevado ante la Delegación, el Ministerio Público o algo parecido.

El Samuel Ramírez es un microcosmos, un colage donde convergen diversos puntos de vista y comportamientos, todos dirigidos por los intereses personales, profesionales y la (de)formación académica. Cada quien habla como le va en la feria, pero algunos ni siquiera deseaban hablar, prueba de ello fue su poca disposición y el pretexto de no tener tiempo. En sus rostros se reflejaba el rictus de temor y desconfianza al solicitarles la entrevista. Varios expresaban con toda libertad su verdadero sentir, pero al tener la grabadora frente a ellos respondían con sutileza, cuidando cada una de sus palabras para no verse comprometidos con nada ni con nadie. Fue el ajuste de contestaciones y de personalidad.

Entre más elevado era el nivel jerárquico de los entrevistados, parecía haber mayor disposición, tal vez para dar a conocer al mundo las transformaciones que ha presentado el Samuel Ramírez gracias a ellos. Por eso, a cada una de las personas con quienes hablamos les dimos crédito y responsabilidad al mencionar los nombres reales así como frases textuales.

La idea de plasmar el trabajo de tesis mediante un reportaje surgió a raíz de encontrar en este género periodístico la mejor forma de expresar la amplia gama de vivencias durante la

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

investigación. Las entrevistas con los pacientes, los altos mandos, observar, no perder ningún detalle, comparar respuestas. Inclusive en varias ocasiones la solicitud para las entrevistas llegó a rozar los límites de la perseverancia y la persecución. También fue necesario consultar libros, revistas, periódicos y videos. Todo esto conformó el uso imprescindible de las técnicas de investigación de campo y documental, esenciales dentro del quehacer periodístico. Para enriquecer el reportaje, echamos mano de fotografías a color.

De esta manera, los siguientes apartados conforman el producto de nuestra investigación, donde consideramos necesario retomar aspectos históricos de la psiquiatría en México, para poder comprender la situación actual del Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno. Por ello, en el primer capítulo intentamos brindar un esbozo de los antecedentes que existen en nuestro país sobre el trato otorgado a los sinrazón.

Nos remontamos a los conocimientos prehispánicos relacionados con la enfermedad mental, a la época colonial que hace acto de presencia con la creación de instituciones especializadas en este ramo de la salud, como lo fueron los hospitales San Hipólito y Divino Salvador.

El tiempo avanza y con él los cambios. En la década inicial del siglo XX, la construcción colosal de Mixcoac, Distrito Federal, conocida como La Castañeda, es convertida en el Manicomio General, donde, al igual que los otros centros ya mencionados, se volvió obsoleto con el transcurrir de los años, pues los programas resultaron inoperantes ante la sobrepoblación de usuarios.

Lo anterior fue el hito que transformó e innovó los proyectos de las autoridades de la Secretaría de Salud. En los años sesenta se reestructura la vida de los internos abandonados en los fríos pabellones de La Castañeda. Los pacientes fueron clasificados de acuerdo a su edad y sexo para luego ser canalizados a los diferentes nosocomios especializados. El Samuel Ramírez Moreno recibió a los hombres mayores de dieciséis años.

En el segundo capítulo presentamos la trayectoria de este centro hospitalario: sus vicisitudes. Allí se encuentran las vivencias, voces, demandas, recuerdos gratos y desagradables del personal que fue testigo y participe del proceso histórico. También exponemos las causas por las cuales fue uno de los centros de salud más visitados por los medios de comunicación, pues la noticia que generaba se vendía como pan caliente. He aquí el motivo que provocó en

nosotras el interés de tomarlo como objeto de estudio. ¿Era verdad lo que la prensa decía? ¿En realidad los pacientes vivían en condiciones infrahumanas? ¿Acaso era cierto que los programas terapéuticos eran caducos y no estaban acordes con las necesidades de los enfermos? ¿Era válido creer que seres humanos con discapacidad mental sobrevivieran ante los abusos y abandono? Las respuestas las aportan los mismos empleados que vivieron esa etapa imborrable del mencionado nosocomio.

Y en el presente: ¿qué acontece en el interior del Samuel Ramírez Moreno? En el capítulo final abordamos la situación actual en la que se desenvuelven cerca de trescientos enfermos resignados a esperar con paciencia los resultados de los nuevos programas terapéuticos que están siendo implementados, esto como prueba del intento existente por llevar al hospital hacia la modernidad, según los directivos.

Los anhelos, carencias, sueños inalcanzables, burla, deficiencias, críticas y logros de las autoridades y del personal del Samuel, se enfrentan, en ocasiones se unen. Sin embargo, los sueños indescifrables de los “incomprendidos” permanecen latentes ante la esperanza de que algún día puedan ser visualizados.

De esta manera, usted lector tiene en sus manos un escrito que da testimonio de la época y sociedad en la cual vivimos, consecuencia de nuestra indiferencia ante la necesidad humana.

CAPÍTULO I.

DONDE NI SIQUIERA UN RAYO DE LUZ ILUMINA LAS MENTES ... HISTORIA DE LOS PRINCIPALES MANICOMIOS EN MÉXICO

Nos dirigíamos al temido y apartado Pabellón 5, el cual representa un lugar de castigo para los pacientes, puesto que allí permanecen internos los de mayor peligrosidad debido a su alto nivel de violencia. Este lugar se encuentra aislado por una barda de concreto de cuatro metros de altura que en la parte superior tiene un doble alambrado de protección en forma de "V" para evitar la fuga de los enfermos. En el interior existe otra barda de metal tejido, paralela a la anterior; entre una y otra hay un espacio aproximado de 2.5 metros, por donde caminan las personas que no tienen relación estrecha con las actividades de este sitio.

Avanzábamos poco a poco. Nos acompañaba Jorge Ramírez, psicólogo y asesor que nos habían asignado dentro del hospital. Mientras tanto, nos hacía algunas recomendaciones:

--- Ahorita vamos a hablar con Fulgencio Blanco, sociópata. Las características del sociópata es que no tienen sentimientos de culpa, padecen de excesiva impulsividad, no hay reflexión, ni razonamiento, no miden las consecuencias. Aunque este señor es inteligente, aquí es una especie de rey. También está Enrique, el que tiene un coeficiente intelectual elevado, él es un psicópata. Es un jovencito bisexual, con más tendencia a la homosexualidad que a la bisexualidad, obviamente no hay damas aquí y nunca ha tenido relaciones con ellas, parece ser que esa es una de sus problemáticas. Ese muchacho tiene el CI (coeficiente intelectual) altísimo; son de los casos más sobresalientes y particulares del hospital.

Luego de llamar al zaguán, un vigilante mueve el cerrojo para permitirnos la entrada. Caminamos unos cuantos pasos para atravesar la segunda puerta. Estamos ya dentro del Pabellón 5, ahora el psicólogo nos advierte con relación a Fulgencio:

--- Es un paciente totalmente aislado, hay que tener cuidado con él. Si quieren cuestionar algo, que sea sutilmente; mostrar interés en lo que él esté narrando. Es un poco agresivo.

Seguíamos avanzando cuando nos encontramos con un paciente a quien el psicólogo preguntó por Fulgencio:

--- Oye ¿sabes dónde está Fulgencio? El paciente caminaba cabizbajo y con las manos metidas en los bolsillos del pantalón. --- *Ahí en la celda ¿vamos? está adentro.* El psicólogo le respondió rápidamente: ---Nosotros lo buscamos.

Seguíamos caminando. El psicólogo observa a Enrique a lo lejos, a un lado de las canchas

de basquetbol. Nos acercábamos a él al mismo tiempo que nuestro guía lo llamaba para que viniera hacia nosotros. Cuando salió de entre el grupito de pacientes que permanecían sentados en el pasto, lo contemplamos con asombro, pues es un joven de alrededor de 25 años, de cuerpo esbelto y 1.75 de estatura, aproximadamente. Por la velocidad de sus pasos parecía interesado en conocernos.

Psicólogo: ---¿Cómo estás Enrique?

Enrique: ---*Pues bien loco.*

Psicólogo: ---¡No me digas!

Enrique: ---¿*Cómo están las chicas?*

Psicólogo: ---Son unas compañeras. Refiriéndose a cada una de nosotras: ---Irma ... Lilián.

En ese momento su atención se enganchó en nosotras.

Irma: ---¡Hola! ¿cómo estás?

Enrique: ---*Ya les digo ...*

Irma: ---¿Tomando el sol?

Enrique: ---*Sí pues sí, ahí como iguana.* Dirigiéndose al psicólogo le pregunta: ---¿*Ya les enseñaste mis poemas? Porque yo escribo, escribo cuando estoy bien hongo, cuando estoy hasta la madre. Siempre en conciencia pura y así me inspiro muchísimo porque es dictado por la conciencia original.*

A lo lejos se escuchó la voz del médico responsable del pabellón, quien llamó a nuestro acompañante, “no te vayas”, repetíamos en nuestras mentes; sin embargo, él acudió al llamado, dejándonos solas con el psicópata. Para demostrar nuestro interés en su charla Lilián preguntó: ---¿*Cuáles son tus temas predilectos?* Sin titubear Enrique nos dijo: ---*Los temas que más me gustan son el “ser”, el principio de la creación y la finalidad de la existencia, los estados de conciencia y el objetivo de la creación que explica las modalidades del “ser”.*

Lilián: ---¿*Recuerdas alguno de tus poemas?*

Enrique: ---*Sí, claro que sí, les voy a decir uno.* Piensa unos segundos, respira e inicia:

--- *“Traduciendo la armonía del cosmos en sonidos, estructurando palabras: el mensaje.*

No hay de qué preocuparse, no hay ningún problema, porque, aunque no lo pueda, ni lo

quiera creer, y aquí empieza, somos el mismo ser, venimos de dentro, invento excusas, invento el tiempo, es mi único divertimento. La conciencia original se desvanece, en la inocencia de nuestra espontánea existencia. Creamos arte, creamos ciencia, validamos la experiencia; experimentando somos en el mundo material, sonidos, colores y formas. Todo es lo mismo, nada es igual. Así, somos y dejamos de ser para ser lo que somos, esto produce sueño ¿quién de la vida es dueño”.... Ahí termina, es bellissimo; la métrica es perfecta. yo les voy a decir en realidad quién lo escribe. Yo entro en conciencia pura que es la misma conciencia que tenía Jesucristo de Jehová, la misma que tenía Krisna de Visnú; es la conciencia que tiene Enrique de la conciencia original, del principio original de la creación. Yo no leo, hubieras visto, compré el certificado de la secundaria, sali con puro cinco; pero compré el certificado y me pusieron 6.9. Yo nunca estudié, fui un desmadre. La inspiración proviene y es una causalidad que yo la encuentre, pero es el Espíritu Santo, es la conciencia original, es la razón perfecta, es el espíritu absoluto, que se sincroniza en un mismo lugar y tiempo para crear todo el poder y el conocimiento.

Llega el psicólogo, para ese instante la plática nos había envuelto y deseábamos continuar.

Lilián: ---¿Cuánto tiempo te lleva escribir un poema?

Enrique: ---Segundos, o sea, te metes unos hongos; la revelación es instantánea, descifrarlo es después de eso. Tú escribes, te dicta la conciencia. La conciencia original te dice que somos del mismo ser, venimos de dentro; lo entiendo de inmediato porque estoy viendo a Dios, un ser que se regocija en la conciencia de su propio ser, estoy viendo que en el principio no hay nada Él es el todo, Él es la nada, el todo, que se regocija en sí mismo para crear divertimento (alguien llama a Enrique), para crear espacio y tiempo.

Enrique voltea a buscar quién le habló, pero al ver que se trata del psiquiatra jefe del pabellón, se despide de nosotras y se va. El psicólogo aprovecha para apresurarnos a salir, porque habíamos entrado sin autorización del mencionado especialista.

1. 1 Malinali, tlaolli y médula de carrizo, hierbas efectivas para combatir la melancolía Conocimientos “psiquiátricos” en la época prehispánica

Mientras Enrique es atendido por médicos especializados y fármacos industrializados, en la época prehispánica las personas que poseían características similares conformaban el cuadro de locura furiosa o *tlauililiciyotl*, de la cual su contraparte era la locura ligera, conocida como *xolopiyotl*. Se creía que ambas eran provocadas por comer más de cuatro hojas de *tlapatl* o de *toloatzin*, plantas reconocidas en la actualidad por su alto nivel de propiedades narcóticas.

El Códice Badiano (Libellus de medicinalibus indorum herbis) es una de las obras principales del México antiguo, considerada así por su apego a la realidad. En esta creación encontramos una vasta colección de recetas de indole curativo. Fue elaborada sólo con el propósito de provocar admiración en Carlos I de España. El herbario contiene en sus numerosas páginas las ilustraciones, puramente indígenas, de las plantas medicinales y abajo de cada una de éstas la descripción del método curativo, según fuera el malestar a eliminar. Por ejemplo, si usted hubiese padecido de depresión, en aquel tiempo conocida como *sangre negra*, seguramente habría sido inducido a beber --antes de cada comida-- el jugo de diversas flores que olieran bien, caminar por lugares sombreados y abstenerse del trato carnal. A todo esto debería agregar una pizca de cosas alegres como el canto o ejecutar algún instrumento musical.

Ahora bien, si su problema era sentir miedo frecuentemente ante diversas situaciones de la vida, el Códice sugería usar un compuesto de relajamiento y un ungüento preparado con productos orgánicos de animales. Se pensaba que sus características dominantes eran transmitidas a los humanos, entre ellos, la astucia de la zorra y el preciso sentido de orientación que identifica a la golondrina.

¿Quién no ha padecido de dolor de cabeza? La obra menciona el uso de una mezcla de diferentes plantas trituradas y revueltas con agua fría. Además, señala que el comer unas suculentas cebollas en miel, evitando la exposición al sol, el trabajo y el baño ayudan a lograr una rápida recuperación.

Por otra parte, Francisco de Asís Flores y Troncoso menciona en su libro Historia de la medicina en México... que los “médicos” nahoas empleaban algunas hierbas como tratamiento para aliviar enfermedades de tipo psíquico. Para quienes se encontraban sumergidos en la

melancolía eran indispensables las plantas *malinali*, *tlaolli* y *médula de carrizo* para lograr una buena sacudida emocional. Si el delirio se convertía en una de sus principales pesadillas, no hubiera dudado en conseguir la raíz llamada *xomilxihuitl*, recomendada contra tal efecto. En tanto, la neurosis, tal vez confundida con la epilepsia, era aminorada con el zumo de *iztauhiatl*. Pero, si el problema radicaba en la idiotez, antes conocida como *yolloquimil*, no habría que apenarse, pues la solución se encontraba en el vegetal *xaxauctli*.

El mismo autor apunta que la medicina azteca estableció verdaderas “etiquetas taxonómicas para algunos cuadros psicológicos precisos: los “Tlaueliloc” (los excitados) y los “Xolopiyoc” (los tranquilos)”. (1) Asimismo, Parres asegura que los *tlamatimines* aztecas realmente desempeñaban las funciones de un psiquiatra, al poseer un amplio conocimiento sobre la naturaleza humana y explicar el lugar que ocupa el individuo en el cosmos.

Es así como diversos estudios históricos y antropológicos demuestran la originalidad de la medicina precortesiana al poner de manifiesto el empleo de sustancias dirigidas a mantener la salud del alma o a curar las enfermedades de origen psíquico, esto al echar mano de los elementos que ofrece la naturaleza dentro de la extensa variedad de flora y fauna.

Algo muy peculiar que podemos encontrar en los pueblos prehispánicos, según Alfredo López Austin, en Breve historia de la Psiquiatría en México, es la creencia de la salud como resultado de la armonía entre las diversas entidades anímicas contenidas en el cuerpo humano; destacan tres debido a su estrecha relación con la psiquiatría.

La primera forma de alma era el *tonalli*, que las personas captaban bajo la figura de irradiación solar, durante las dos primeras semanas de existencia y a partir de este momento se concentraba en la cabeza. Su función era el pensamiento, sin que interfirieran los sentimientos ni las emociones. Esta fuerza era una especie de temperamento en el individuo, que abandonaba al cuerpo durante el sueño, y definitivamente al morir.

El *ihiyotl*, segunda energía anímica, era el responsable de generar una fuerza pasional, de la cual se desprendían el vigor, el valor, el deseo, la codicia, la envidia, la ira, el aborrecimiento, la alegría, el placer, el amor y la inteligencia. Desaliento, abulia, pena y angustia eran los principales indicadores del decaimiento de esta entidad.

(1) Pérez Rincón, Héctor, Breve historia de la psiquiatría en México, p. 9.

Y la entidad más importante por su relación con la psiquiatría es el *teyolia*, porque en él se generaba la locura, además de la emoción, la voluntad, la memoria, la sabiduría, el entendimiento, la contemplación, el amor, la felicidad, la aflicción, la conciencia, el desmayo, la duda, la resolución, la virtud, la ira y el arrepentimiento.

Es frecuente escuchar o mencionar la frase "... es que perdió la cabeza", al referirnos a una persona con actitudes fuera de un contexto considerado "normal". Luego entonces, dentro de la medicina prehispánica, una de las enfermedades de mayor gravedad era aquella a la que le designaban el nombre de *Yollopoliuqui*, palabra traducida como "el que ha perdido el corazón", esto, al conocer el significado que los antiguos mexicanos tenían del corazón.

Como muestra para corroborar lo anterior, basta un botón; también el conocimiento náhuatl, asegura León-Portilla, reafirma que es en el corazón donde se anidan los sentimientos y pasiones, siendo vulnerable ante la enfermedad y a su vez capaz de reincorporarse a su estado normal; es aquí cuando se vuelve imprescindible la participación del médico prehispánico.

Ante esta situación nos atrevemos a plantear la analogía entre la función del "psiquiatra" prehispánico y el actual, ya que ambos tienen la misión de aliviar al enfermo del alma, entendiendo a ésta, según la precisa definición de Germán Somolinos, como "una sustancia espiritual e inmortal, capaz de entender, querer y sentir, que informa al cuerpo humano y con él constituye la esencia del hombre (...) el alma, esa alma que puede enfermarse y a la que deberá atender el psiquiatra será la porción impalpable de nuestro organismo, la que escapa a la exploración material y también la que desde su ignota guardia preside toda nuestra vida afectiva, la que condiciona nuestro comportamiento humano y rige la parte espiritual de nuestros actos". (2)

De esta manera, en la época precolombina el *tonalpouhqui*, persona que poseía una enorme autoridad moral y el don de interpretar los destinos, desempeñaba la función de médico especialista del alma. A él acudían apresurados aquellos que caían en cuadros psicóticos originados por la creencia excesiva en los agujeros y abusiones, es decir, una modalidad de

(2) Somolinos D' Ardois, Germán, Historia de la psiquiatría en México, p. 10

infortunios en forma de presagios. Su técnica infalible consistía en explicar suavemente los motivos del augurio, señalar todos los objetos indispensables para la cura y ofrecer su ayuda para ofrendar a la deidad responsable, liberando así por completo al paciente.

Quizá muchos psiquiatras de hoy en día, envidiarían la estrategia verbal del *tonalpouhqui*, pues su terapia modificaba el pensamiento y conducta de los hombres para restablecerlos a su estado normal y borrar toda idea obsesiva de peligro. La fuerza psicológica que causaba el *tonalpouhqui* se encontraba por encima de los fármacos.

Al escuchar la expresión: “cuando el tecolote canta, el indio muere”, tal vez nos cause gracia, aunque desconocemos su origen. No obstante, esto significaba una desgracia total para nuestros antecesores. Otro ejemplo lo encontramos en el aullido nocturno de una fiera. Quien escuchaba el ruido de una bestia, probablemente su destino era morir en la guerra, vivir en la miseria, tal vez fuese esclavizado o sus propiedades se esfumarían. Era inevitable que se desarrollara en ellos un temor obsesivo al futuro, capaz de impedirles un desenvolvimiento normal dentro de su comunidad.

Parece exagerado pensar que llegaron a suscitarse psicosis colectivas, pero López Austin rememora un ejemplo notable relatado por Alva Ixtlióchitl con relación a la derrota de los texcocanos, la cual fue atribuida al hecho de que sobre sus cabezas volaron varias águilas; entonces quedaron inactivos y fueron vencidos.

Por todo lo anterior es como adoptamos la postura de que se puede hacer un mayor acercamiento a la medicina de nuestros antepasados, al buscar la comprensión de sus conocimientos cosmogónicos, debido a que el resultado ha sido una comparación de conceptos e ideas de distintas épocas. Por ejemplo, el término *yolmelahua* pudo haber sido traducido por un fraile franciscano del siglo XVI como “confesión”, y por la psicoterapéutica del siglo XX como “catarsis”. Por ende, en la actualidad difícilmente podemos hablar de la existencia de una psiquiatría prehispánica; en primera instancia, nuestra moderna mentalidad moldeada en gran medida al estilo europeo, impide acercarnos a la visión de las culturas mesoamericanas que prevalecieron en México durante varios siglos, pues su pensamiento, englobado en una esfera mágica, poseía expresiones poéticas y conceptos bien definidos que nos obstaculizan llegar a la esencia, a su total comprensión.

1.2 Un parrandero y jugador, funda el Hospital Psiquiátrico San Hipólito, el primero en América

Corría el año de 1567 cuando por fin el Nuevo Continente vio surgir al primer centro, en toda América, dedicado especialmente a la atención de los inocentes y faltos de juicio (locos), hasta entonces obligados a deambular por las calles, expuestos a una serie de peligros, humillaciones, burlas e incomprensión. Nos referimos al Hospital San Hipólito, llamado así en honor al santo del mismo nombre. La fundación corrió por cuenta de un personaje muy particular, un hombre de origen español, sediento de aventura y rebeldía, su nombre: Bernardino Álvarez Herrera, quien intentó cubrir las necesidades de un sector de la población hasta entonces ignorado.

El hispano llegó a México en calidad de soldado, con la misión de participar en diversos enfrentamientos surgidos en varias regiones del país, para luego regresar a la capital, donde su contradictoria personalidad lo llevó a tomar las riendas de una banda de malvivientes dedicados al juego fraudulento, a todos los vicios y riñas. Las consecuencias no se hicieron esperar: se vio involucrado en una serie de conflictos con la justicia.

Luego de haberse implicado en un homicidio, Bernardino fue sentenciado a formar parte de las flotas que navegaban a la China, dedicadas a encontrar nuevos territorios. Una vez en el puerto de Acapulco logró escabullirse gracias a la ayuda de una enamorada suya, quien le consiguió suficiente dinero, armas y un caballo para huir. En lugar de regresar a la ciudad, partió hacia Perú, donde radicó cerca de treinta años, y valiéndose de medios desconocidos formó una admirable fortuna.

Después decidió volver a la Nueva España con la intención de compartir su riqueza con su madre, la cual le contestó a través de una carta con una respuesta completamente distinta al incitarlo a dedicar su vida al servicio de Dios y ayudar a la humanidad necesitada. Esto generó en Bernardino un enorme arrepentimiento que lo condujo a actuar en virtud de la caridad, desempeñándose durante diez años como el más humilde enfermero en el hospital de la Limpia Concepción, favoreciéndolo a su vez con notables cantidades de dinero para mejorar sus instalaciones.

En aquel tiempo la ciudad de México veía errar por sus calles a enfermos mentales, ancianos y convalecientes pobres; estos últimos dados de alta en los únicos hospitales existentes: el del Amor de Dios y el de la Limpia Concepción. Bernardino se sintió conmovido ante tal situación y fue así como decidió crear una institución dedicada al cuidado de personas incapaces de valerse por sí mismas.

La actitud del extranjero conmovió los corazones del acaudalado matrimonio Dueñas Ojeda y donaron un terreno ubicado en la calle de Celada, pero Bernardino se dejó deslumbrar por la ambición al observar otro predio de mayor extensión y no muy retirado de ahí. Todo esto provocó una sacudida por parte del gobierno, que se manifestó en el hecho de ceder una gran parte de suelo que incluía una vieja construcción hecha de adobes, la cual se convirtió en el primer edificio del hospital. Inclusive el mismo Bernardino se dedicó a construir con sus propias manos otros cuartos, y cómo no, si se refería a sus pacientes de una forma por demás singular y hasta metafórica cuando decía: “Estas piedras vivas que son los inocentes, en cuanto no tienen libre albedrío, ni entendimiento, son como piedras que no lo saben buscar; en cuanto a tener necesidad de comer, son piedras vivas, que si no se les prepara el alimento morirán de hambre, y por tanto tienen más necesidad de quien cuide de ellos”. (3) Es por eso que hasta obtuvo permiso para pedir limosnas; sin embargo, rechazaba toda aportación interesada.

El nuevo hospital pronto contó con numerosas estancias diseñadas para crear un ambiente de convivencia entre los enfermos pasivos, en su mayoría dedicados a realizar labores sencillas. Los furiosos eran enjaulados y sujetados con bretes para evitar el daño a los demás y a sí mismos; dicha actitud es menos deshumanizada si tomamos en cuenta que poco tiempo atrás los locos violentos eran destinados al encarcelamiento, volviéndose merecedores de un castigo y trato igual o peor al de un criminal.

Durante los primeros años del San Hipólito, la gente adinerada acostumbraba brindarle ayuda económica para su mantenimiento. En ocasiones asistían a alimentar a los internos, lo cual pudo haber sido por el simple morbo o curiosidad, algo así como ir al circo, y no tanto el interés real por la atención a los enfermos.

(3) Somolinos D' Ardois, Germán, Op. Cit., p., 49

Adelantándose a la muerte, y con el anhelo de que sus obras altruistas continuaran durante muchos años más, Bernardino asentó las bases de una organización religiosa. Nunca vio su sueño completamente realizado debido a su fallecimiento, y fue necesario que transcurriera poco más de un siglo para que la Hermandad adoptara un carácter religioso formal y regular. Cabe aclarar que a pesar de dicho atraso los actos caritativos nunca perdieron continuidad.

El San Hipólito recibía alienados provenientes de todo México e inclusive de Cuba, por eso su número iba en aumento día con día, esto disminuyó las buenas condiciones de vida en el lugar y también de la construcción en sí. Todo se fue deteriorando cuando la emoción y la bondad, pero sobre todo el dinero de las personas dispuestas a respaldar las buenas condiciones del nosocomio, se desvanecieron. Para el siglo dieciocho "...los pacientes se encontraban desnudos, sin medicinas, hambrientos y con peligro de morir por los techos que estaban desplomándose".(4) Como caídos del cielo les fueron erogados seis mil pesos dedicados a cubrir las necesidades de su institución, ésto como resultado de la intercesión del virrey don Antonio María Bucareli ante el rey Carlos III de España.

Pocos años después finalizó la reconstrucción del inmueble, logrando una espléndida obra arquitectónica diseñada en función de los requerimientos hospitalarios psiquiátricos. Además obtuvieron ingresos a través de la renta de las accesorias comerciales edificadas con tal fin en el exterior del hospital.

El San Hipólito seguía en pie gracias a los bienes heredados por Bernardino Álvarez, a la donación de doce mil pesos por parte del sector panadero, al producto de las accesorias, el alquiler de unos lavaderos y a los ingresos de las rifas que organizaban. Todo ello era costeable, pues obtenían cerca de ciento treinta pesos mensuales. Cantidad nada despreciable en aquellos tiempos.

A principios del siglo diecinueve, la situación económica del hospital volvió a recaer, por ello los hipólitos se atrevieron a solicitar permiso a las autoridades para cobrar a los menesterosos una cuota acorde a sus posibilidades, y su petición les fue concedida en 1819.

Los religiosos se encargaron de los pacientes hasta 1843, a pesar de que su orden fue suprimida en 1821 por decreto de las Cortes Españolas, entonces el cuidado se recomendó

(4) Pérez Rincón, *op. cit.*, p. 22

a los administradores nombrados por la autoridad civil. A partir de ese momento el hospital se enfrentó a diversos cambios, funcionó como cuartel, hospital militar, hospital municipal y hasta Escuela de Medicina, lo cual vino a desmejorar las instalaciones que difícilmente se lograron recuperar, por eso los enfermos fueron trasladados en 1910 al nuevo Manicomio General, conocido como La Castañeda.

1.3 El hombre que dedicó su vida a las mujeres dementes;

José Sáyago inicia el hospital Divino Salvador

Alrededor del 70 por ciento de los pacientes internados en el psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno se encuentran abandonados; muchos de ellos perdieron la esperanza de que algún familiar llegue a visitarlos, quizá porque finalmente se dieron cuenta de que los días transcurridos se convirtieron en años de espera. Esta situación refleja mucho la forma de proceder de un mundo, de una sociedad que tal parece, está sobreviviendo con los latidos de su corazón cada vez más lento porque los buenos sentimientos se han ido consumiendo.

Todo parece indicar que tener un enfermo mental en el hogar significa, además de una carga, un estorbo, un obstáculo para ser aceptados. Al loco lo encierran, lo ocultan, es vergonzoso tener uno en casa; es más, las mujeres no dicen que hay uno en su familia porque si no, no se casan.

--- *¡Jefas! ¡Jefas!* Nos grita un paciente que viene siguiéndonos. Nos detenemos para esperarlo. Él avanza con pasos agigantados y sin percatarse por dónde camina, pues su mirada la deposita en nosotras para no perdernos de vista. Nos extiende su brazo derecho para darnos señal de que lo esperemos. Por fin llega y nos dice con insistencia:

--- *¿Cuándo me llevan a su casa? Llévenme con ustedes, jefas. No quiero estar aquí encerrado; quiero salir.*

--- *¿Y qué vas a hacer allá afuera, en qué piensas trabajar? Le preguntamos.*

--- *Sé barrer y lavar coches, nada más me pagas un peso. ¿Si jefa?... ¿Me llevas?*

--- *¿Por qué no quieres estar aquí?*

--- *Porque no me gusta --se queda pensando unos segundos-- , me aburro; quiero conocer muchos lugares.*

--- Pero dínos... ¿Cómo te llamas?

--- *Pepe, Pepe Desconocido.*

Ciertamente el nombre de Pepe Desconocido aparece así en la lista de pacientes, sin apellidos. La vida le negó la oportunidad de contar con el apoyo de una familia o de alguien que le prestara por lo menos un poco de cariño, cuidado, y algo tan común como lo es un nombre completo.

Afortunadamente no todas las personas manifiestan repugnancia ante estos seres humanos que merecen respeto. Así lo demostró un hombre llamado José Sáyago, a mediados del siglo XVII, cuando abrió las puertas de su casa a una pobre mujer desamparada, prima de su esposa, quien se encontraba afectada de sus facultades mentales. Esta actitud fue el motor que movió su voluntad para posteriormente dar asilo y atención en su humilde hogar al mayor número de mujeres dementes dedicadas a deambular por las calles de la ciudad de México; eran presas fáciles de la burla, el desprecio, el hambre, la desnudez y los ataques epilépticos. En aquel tiempo el hospital San Hipólito ya se encontraba en servicio, pero no alcanzaba a cubrir la demanda en su totalidad.

Por el año 1687 resultaba frecuente escuchar sobre la loable acción del matrimonio Sáyago, para quienes su escasez financiera no era obstáculo para ayudar a las enfermas. No obstante, hubo personas interesadas en contribuir al sostenimiento de la morada como el jesuita Juan Pérez y el arzobispo de México, Francisco Aguilar y Seijas, este último corroboró la falta de recursos humanos y materiales cuando visitó personalmente el lugar.

La obra empezó a tomar fuerza gracias al apoyo de los jesuitas y del arzobispo. Sáyago alquiló una espaciosa casa situada frente al colegio de San Gregorio, adonde se trasladó junto con sus "pacientes". Los gastos de la renta y alimentación corrían a cargo de monseñor Francisco de Aguilar.

El local pronto comenzó a ser identificado, lo llamaban: "el hospital de Sáyago". Todo marchaba en orden, las enfermas eran atendidas por el matrimonio y sirvientes que gozaban de un sueldo, pero la tranquilidad económica desapareció con el fallecimiento del arzobispo. Sáyago, desesperado por esa situación, decidió soltar a las locas, pues le era imposible atenderlas. Fue aquí donde hizo acto de presencia la congregación del Divino Salvador

--dedicada a las obras de caridad--, la cual sostuvo el lugar durante seis meses. Así, los congregantes más allegados al hospital se percataron de que éste no contaba con las instalaciones ni con el personal capacitado para desempeñar la función para el cual había sido creado.

Siguiendo su línea de humanidad y ayuda, el 20 de febrero de 1699, el grupo del Divino Salvador solicitó al ayuntamiento de la ciudad de México les vendiese un terreno ubicado en la calle de La Canoa --hoy Donceles 40, 43 y 45-- para continuar con su labor. Tuvieron que esperar sólo siete días para firmar las escrituras de venta y, dos semana después, la ciudad les dio posesión.

Conforme avanzaban los días, este nosocomio iba adquiriendo una mejor estructura. Ya contaba con personal médico y administrativo.

Las obras de construcción concluyeron dos años después. Sáyago aún continuaba ahí, aunque sin hacerse cargo directamente de las pacientes, sino más bien del oratorio. Además trabajaba en una de las cuatro accesorias pertenecientes al hospital, por la cual pagaba tres pesos de alquiler.

A fines de 1700 las mujeres dementes estrenaron las nuevas instalaciones, las cuales contaban con amplias estancias, pero sobre todo con personal dedicado y esmerado por brindar siempre un servicio de calidad, factor que elevó el nombre de la institución y logró hacer de ella un ejemplo a seguir, pues los jesuitas, que no se separaban de esta obra, tenían un sentido de responsabilidad y amplio compromiso.

Como todo en la vida por servir se acaba, para 1747 el edificio recibió mejoras y reparaciones. Trancurrieron once años y surgió la necesidad de realizar obras de ampliación con un costo de 18 mil pesos, capital donado casi en su totalidad por el prefecto seglar don Miguel Francisco Gambarte.

Como los congregantes eran personas emprendedoras, formaron un capital para el hospital colocando dinero a rédito con objeto de procurar que las pacientes no se vieran desprovistas de vestuario ni del material para sus curaciones.

La actividad que un día inició José Sáyago se fue consolidando cada vez más, debido al apoyo de instancias religiosas que estuvieron al pendiente; además de los jesuitas, también

participó la “Real Congregación de Nuestra Señora de los Dolores y Socorro de Mujeres Dementes”, implantada en la catedral metropolitana.

Tiempo después, en 1767, luego de la expulsión de los jesuitas, el hospital Divino Salvador --también conocido como La Canoa-- pasó a depender del Real Patronato; sin embargo, continuó dando buen servicio y conservándose en excelentes condiciones. Juan de Viera lo describió como un lugar con gran ampliación y capacidad “...con salones de una extensión vastísima donde, como en enfermería, cada loca tiene sus pertenencias. Hay tres patios bastante grandes y el de las jaulas con su asoleadero, distante de la habitación de las que están toleradas, de manera que si una demente se enferma, no necesita estar con mortificación alguna de grillos ni esposas que la sujeten, pues dentro de la jaula no tiene peligro de dañar ni de ser dañada y por una tronera se les suministra la vianda. Tienen en el primer patio un jardín y una fuente en qué divertirse y en un salón dividido con una reja de madera torneada, pueden las que están en su intervalo, oír misa (...) Está esta casa al cuidado doméstico de unas señoras que con el mayor gobierno y atención, cuidado y claridad las asisten, las cuidan, las recogen y encierran y cuando es necesario las aprisionan (...) Tienen médico, cirujano y un capellán que les diga misa en los días festivos...”(5)

Juan de Viera manifiesta una considerable admiración por la situación en la que se encontraban aquellas mujeres “privilegiadas”, que bien podrían haber sido la envidia de cualquier loca de esa época, quizá porque era lo más vanguardista en el trato al paciente psiquiátrico. Hoy nos alarmaríamos si existieran las jaulas con asoleadero para seres humanos dañados de la mente.

Continuando con la historia de este centro, los virreyes quedaron como responsables y más cuando se convirtió en Hospital Nacional. La administración estaba bajo la mano de José de Valdivielso, quien solicitó al rey Bucareli que las pacientes indígenas pagaran su estancia con fondos del hospital Real de los Indios, como ya se hacía en el de San Hipólito con los hombres indígenas dementes. Fue así como a partir del 5 de diciembre de 1792 se pagaba uno y medio reales diarios por los indígenas.

(5) Muriel, Josefina., Hospitales de la Nueva España, tomo II, p.111

Los años transcurrieron y el Divino Salvador lo reflejaba en un sobrecupo de internas y en la falta de mantenimiento, lo que vino a convertirlo en un lugar inadecuado, pues las condiciones arquitectónicas impedían una mejor vida para las pacientes.

A petición del administrador del nosocomio, José Martínez de los Ríos, el virrey Félix Berenguer de Marquina dio su consentimiento para que se estructurara el decadente edificio, otorgando un presupuesto de seis mil doscientos pesos. Las obras dieron inicio a principios de 1803.

El encargado del proyecto fue el arquitecto José Joaquín García de Torres, quien efectuó innumerables cambios, entre ellos eliminó las jaulas del segundo patio, dejando las que se encontraban bajo el comedor. Al fondo del tercer patio colocó una fila de cuartos-jaula diseñados para las dementes furiosas, con la finalidad de evitar que molestaran a las pacíficas. Además desmanteló el comedor para convertirlo en habitaciones amplias para las enfermas “de paga” y otros menos grandes para las “corrientes”, pues a fines del siglo XVIII empezó a surgir un cambio en la forma de concebir a los hospitales: ya no serían lugares destinados a la atención de enfermos faltos de recursos sino para gente de todas las clases sociales.

En noviembre de 1809 finalizaron las obras, con un costo total de dieciocho mil pesos. Las mujeres dementes volvieron a recibir el trato de personas enfermas.

En 1824 el gobierno del México independiente declaró al hospital del Divino Salvador como perteneciente a la federación, pasando al cuidado del ayuntamiento, quien decidió dejarlo a cargo de las hermanas de la Caridad, de 1845 a 1864. El nosocomio ya contaba con una capacidad para noventa y cinco internas, aunque el número de atendidas era de 66.

A como Dios les daba a entender, las monjas planeaban programas de trabajo rehabilitatorio para las enfermas, les asignaban labores y les incrementaban la terapia ocupacional. Las religiosas se dedicaban a proveerles ropa, limpieza y cuidados. En ese tiempo, el hospital contaba con un médico y un capellán residentes, un director que no gozaba de pago, un administrador, seis hermanas de la Caridad y cinco domésticas.

Una vez bajo la república liberal, luego de la caída de Maximiliano, las hermanas de la Caridad tuvieron que salir de la institución, la cual empezó a ser controlada por el ayuntamiento.

Hasta ese momento tomaron en cuenta el estado mental de las mujeres para asignarles tratamiento. Las clasificadas como toleradas podían convivir entre ellas, o bien, practicar terapias ocupacionales como bordado, picado de papel o hilado de algodón. Las mujeres disfrutaban de las ganancias obtenidas con los productos que elaboraban y se daban el lujo de comprar cigarrillos o ropa. Otro método terapéutico era la práctica del baño, el cual tenía lugar en el tercer y cuarto patio, alrededor de la pila de agua. El director del hospital se quejó ante el virrey Bucareli porque los vecinos apedreaban a las mujeres desnudas.

Mientras tanto, las dementes agresivas eran enjauladas por las “señoras de servicio”, mujeres dedicadas a desempeñar tal labor, pero sin colocar grillos a las pacientes. Las enfermeras sólo atendían la enfermería.

A partir del siglo XX la población del San Hipólito y del Divino Salvador rebasó la capacidad de atención, de igual forma surgieron nuevos tratamientos para los enfermos mentales, inaplicables en aquellas obsoletas instalaciones. Ambas cuestiones contribuyen a la gestión de un gran complejo médico titulado Manicomio General La Castañeda, lugar a donde fueron trasladados los protegidos por los dos únicos hospitales para enfermos mentales existentes en la ciudad de México.

1. 4 ... Y surge el “gran basurero humano”

Manicomio General La Castañeda

--- ¿Cómo te llamas?

--- *Isidoro Requena*

--- ¿Cuántos años tienes Requena?

--- *Tengo 49 años*

--- ¿Cuánto tiempo llevas internado en este hospital?

--- *Cumplo en septiembre 31 años*

--- No, más bien serán 30 porque se va a festejar el treinta aniversario del hospital

--- *A ver, fue en el 67...entonces para 97 son 30. Sí, cumplo 30 años*

--- ¿Has estado en otros hospitales?

--- *En Mixcoac, en La Castañeda*

--- ¿Te acuerdas de ella, cómo era?

--- *Cómo no, cómo no, claro que me acuerdo; era tétrico, tétrico, una mansión siniestra, le decían la mansión comparada con Lecumberri. Daba miedo estar con las personas, se sentía feo estar allí. Bueno, el castillo de Frankenstein se queda chiquito, era el terror, era el terror (se ríe). Era la casa de los locos, la casa de la risa, decían que era la casa de los espejos porque la gente pasaba y decía "allí estoy yo metido" (je-je-je). Había bastantes enfermos; los pabellones eran de dos pisos.*

--- Acerca de los médicos qué nos puedes decir.

--- *Había una infinidad de médicos. Allí conocí al doctor Talallero que vivía por Coyoacán, él estaba joven, pues yo era un niño, tenía unos 16 años.*

--- ¿Cómo llegaste allí?

--- *Me dijeron esquizofrenia paranoide, yo no sabía qué era. Yo era un muchachillo, era ignorante, me decían "vete por allá"; me manejaba cualquiera. Una señora me trajo de Veracruz... me llevó al manicomio; yo gritaba porque me daba mucho miedo estar en ese lugar, quería brincar me la barda, no quería estar.*

--- ¿Cómo trataban los médicos a los pacientes?

--- *Pues normal, como aquí, sólo que allá había aparatos eléctricos... a mí nunca me tocó eso, gracias a Dios.*

--- ¿Había mujeres en La Castañeda?

--- *Claro que sí había.*

--- ¿Estaban separados los hombres de las mujeres?

--- *Sí, pero había contacto.*

--- ¿Cuántas novias tuviste en La Castañeda?

--- *Bueno, yo era galán, era galán; estaba muchacho, bien vestido, arreglado... Pedro Infante queda chiquito. Había bonitas, estaban rapaditas, pero eran bonitas. Les agarraba las manos (je-je), yo enfermo y ella enferma... le daba un beso y ella también me daba.*

--- ¿Alguna vez te llegaron a rechazar?

--- *Nunca, nunca, era irresistible (je-je) como Julio Alemán. Había un puentecito y abajo (je-je), allí (je-je), todos contentos y muy satisfechos (je-je).*

--- ¿Llegó a presentarse algún embarazo?

- *No, gracias a Dios no; había a algunos que sí, y mandaban a los bebés del otro lado, al pabellón de los niños; bebés loquitos. Los dos enfermos, pues también los niños; les ponían canciones de Cri-Cri. Había un cine, allí también nos encontrábamos. Los martes y jueves teníamos cine y cuando no había vigilante, "papas", allí abajito (je-je); era natural, ella mujer y yo hombre, tenía que ser.*
- *¿Cómo era un día normal en La Castañeda?*
- *Pues nos levantábamos como a las seis y media, salíamos al patio, luego íbamos al desayuno... esperábamos la comida; todo el tiempo era ya una rutina: deambular, platicar, así era.*
- *¿Tenían actividades de rehabilitación?*
- *Teníamos terapia manual, dibujábamos, iluminábamos, trabajábamos el cuero; había varios talleres.*
- *Acerca de la comida...*
- *Huy, estaba refea señoito, pero teníamos hambre y nos la teníamos que comer. Nos daban huevo, frijoles, arroz, pero todo revuelto.... Si estuviera afuera, ya estaría casado, tendría nietos, pero no, sigo soltero, sigo soltero como siempre.*
- *¿En cuál hospital te ha gustado estar más?*
- *Allá en La Castañeda era mejor (je-je) por las chamacas. La comida era insoportable, las camas con piojos, muy sucias y apestosas. Nos bañábamos cada martes, cada semana. Había baños para hombres y mujeres, pero nos cruzábamos y nos metíamos a los de las mujeres, bueno (je-je), nos bañábamos los dos y "papas" (je-je).*

Llega el tan esperado siglo XX y con él grandes cambios, proyectos y esperanzas para muchos. Pero es hasta el 2 de julio de 1909 cuando el nuevo milenio les sonríe levemente a los enfermos mentales. Ese día el entonces presidente de México, Porfirio Díaz, colocó la primera piedra para dar inicio a la construcción de los edificios que conformarían parte del esplendoroso Manicomio General. Para tal propósito emplearon las instalaciones de una antigua hacienda llamada La Castañeda, ubicada en Mixcoac, Distrito Federal. Cumplía con las características necesarias para un centro hospitalario de ese tipo, es decir, se encontraba a la distancia ideal de la ciudad: cerca para mantener comunicación e impedir el aislamiento, pero al mismo tiempo

alejada para no violar las reglas de higiene establecidas. Aquel lugar no estaba planeado como asilo sino más bien como un sitio dedicado a brindar alojamiento, ocupación agrícola y distracción.

Pensando en los alienados que permanecían en condiciones insalubres e inadecuadas, tanto en el San Hipólito como en el Divino Salvador, ingenieros, arquitectos y médicos se encargaron de preparar la hacienda adquirida por el gobierno, con la intención de ofrecerles un albergue digno.

Los diseños de la obra arquitectónica entraban en los lineamientos de las grandes instituciones europeas, pues parte de la política del primer mandatario era mostrar al mundo el impulso modernizador de su régimen. Sobre una superficie mayor a los 140 mil metros cuadrados se construyeron veinticinco edificios, trece de ellos disponibles para los internos, los demás fueron destinados a servicios como talleres, baños, anfiteatro y un enorme pabellón de servicios generales. Era el hospital más grande de la nación y uno de los más importantes de América Latina, ya que estaba acondicionado para dar atención a un promedio de mil pacientes.

¡Por fin! el primero de septiembre de 1910 fue inaugurado por el presidente Profririo Díaz el Hospital General de La Castañeda dentro del marco de las festividades del Centenario de la Independencia de México.

A la reluciente institución fueron trasladados los enfermos mentales de ambos sexos que hasta entonces se encontraban hospitalizados en los dos únicos manicomios del Distrito Federal, además de los pacientes provenientes de otros estados de la república.

Además de las ventajas geográficas que ofrecía el centro, los pacientes contaban con talleres ocupacionales como carpintería, modelado, costura y tejido. Todos buscaban la distracción, los que no asistían a algún taller, se prestaban para desempeñar labores de higiene y orden. Nunca faltaron aquéllos que simplemente caminaban por los jardines o se sentaban en el suelo o en el pasto bajo los rayos del sol.

A pesar de que han pasado más de treinta años de la clausura del Manicomio General La Castañeda, nos encontramos con la poca disposición de quienes tuvieron algún contacto con dicho lugar para expresar los hechos reales ocurridos en forma cotidiana en la vida de los pacientes. Esto nos deja una sensación de sopecha de que allí acontecieron situaciones no dignas de ser difundidas y mucho menos dejarlas plasmadas de manera comprometedora.

Entrevistamos a Manuel Cortés Pérez, auxiliar de enfermería quien lleva casi 29 años de laborar en El Samuel Ramírez. Él es testimonio vivo de la antigua construcción de Mixcoac porque su particular infancia transcurrió entre los pacientes internados de aquel lugar.

--- ¿A qué edad tuvo acceso a las instalaciones de La Castañeda?

--- Pues, como desde los diez años.

--- ¿Tenía oportunidad de convivir con los pacientes?

--- Sí, sí, porque mis padres trabajaron ahí. Mi mamá estuvo en la cocina y mi papá fue enfermero.

--- Entonces se iban a trabajar y se llevaban al niño.

--- Sí, a veces nos llevaban a mis hermanos y a mí. Nos fuimos acostumbrando. Cuando ya no nos llevaban, nosotros íbamos solos.

--- ¿Y como niño, qué hacía usted allí?

--- Pues... había muchos modos de distraerse. Mi mamá nos llevaba a donde trabajaba y estábamos un rato con ella. Después salíamos a dar la vuelta por todas las instalaciones, vamos a decir la cocina, pues ahí habían varios departamentos, por ejemplo, la frutería, la carnicería, el almacén de víveres y más allá, estaba la lavandería y la ropería. Había muchas oficinas, estaban a la entrada, ahí recibían a los pacientes cuando ingresaban o reingresaban, había un doctor que los valoraba y después los mandaba al pabellón de observación.

--- ¿Cómo considera usted qué era el servicio brindado por La Castañeda?

--- Pues... eh... p's era bueno, era bueno, nada más eh... pues este, después se creó una fama así de que no se les trataba bien, pero sí, yo veía que les trataban muy bien.

--- ¿Entonces lo de la mala fama era mentira?

--- Pues cómo les diré. El problema que yo veía ahí de que, por ejemplo, a veces había escasez de ropa. Respecto a la alimentación p's yo veía que era buena, había cantidad y calidad, algunas veces no tanto pero sí, sí, sí. Nada más que yo creo que el problema estaba a veces en los mismos pabellones cuando se les repartía el alimento, pues creo que se hacían unas filas para que fueran pasando uno por uno; algunos pasaban y se volvían a formar y llevaban unos botesotes con el propósito de que les sirvieran más.

--- ¿Qué, comían una vez al día?

- No, tres veces, sí, tres veces. Algunos pacientes se quedaban hasta atrás, entonces alcanzaban menos, pero era porque unos eran más listos que otros.
- ¿Había muchos pacientes?
- Sí, sí, sí. Yo me acuerdo que en algunos pabellones había como 150 pacientes o más y el cupo era como para unos 90 ó 100 pacientes.
- ¿Los pacientes respetaban los pabellones que eran para hombres y los que eran para mujeres?
- ¡Ah, sí! estaban muy restringidos, cada sexo en su pabellón. También había un pabellón para niños. Sólo los juntaban cuando los sacaban al patio un rato y luego los volvían a meter a sus dormitorios.
- ¿Llegaban a formarse parejas?
- Sí. Donde a veces se entrevistaban y podía surgir alguna amistad o relación era cuando iban al cine. Les pasaban películas los días jueves y sábado. Ahí había una tienda donde vendían refrescos, tortas, dulces, cigarros, etcétera. Al ir a comprar iniciaban la amistad y sí llegó a haber algunos romances. Otro lugar donde se podían ver era en el patio que estaba afuera del cine, ahí les daban gimnasia (educación física) una vez a la semana. Hacían ejercicio con música de piano. Primero iban las mujeres y luego los hombres, pero algunos pacientes que iban a la tienda aprovechaban para quedarse a platicar.
- ¿De qué manera obtenían los productos de la tienda?
- No nada más con dinero podían comprar. A veces los obtenían mediante algún visitante o porque eran personas muy activas que ayudaban en la limpieza o en otras actividades.
- Un paciente que viene de La Castañeda nos comentó que allá tenía muchas novias y que a veces se llegaban a presentar embarazos ¿es verdad?
- Pues, yo creo que sí. Aprovechaban cualquier oportunidad para estar a solas un ratito, por ejemplo, cuando iban al cine, yo creo que ya estaban de acuerdo los dos y pedían permiso para ir al baño, se metían los dos al baño de los hombres y ahí tenían su relación.
- ¿Qué ocurría con los hijos de estas personas?
- No sé, parece ser que los recogían los orfanatorios. Parece ser que si el niño nacía enfermo, también se quedaba en el hospital.
- ¿Con qué frecuencia ocurría esto?

- No era muy seguido, pues las enfermeras estaban al pendiente. A veces había dos enfermeras para controlar a ochenta o cien personas en el cine, era muy difícil. Sin pedir permiso, alguien se les escabullía.
- ¿Era grande el cine?
- Sí, era bastante grande, tenía galería y luneta. Arriba estaban los hombres y abajo las mujeres. A veces subía alguna enferma y por allá pues aprovechaban cualquier rinconcito.
- ¿Cómo se comportaban los pacientes en el cine?
- Pues hasta eso que sí ponían atención, estaban tranquilos. Casi nunca se daba el caso de pleitos o desorden, yo creo que sí les gustaban las películas.
- ¿Qué tipo de películas proyectaban?
- Mexicanas y creo que también una que otra extranjera. Veían sobre todo las de Pedro Infante y Arturo de Córdoba.
- Cuando se decidió cerrar La Castañeda ¿se preparó de alguna manera a los pacientes para los cambios que vivirían?
- Sí, sí, sí, sí, se les preparó como unos dos o tres meses antes.
- ¿Cómo reaccionaron?
- Pues, a unos no les llamó la atención, otros pues sí se entusiasmaron de que iban a otro hospital nuevo.
- ¿Con qué frecuencia se bañaban los pacientes?
- Habían unos baños grandes del lado de los hombres y del lado de las mujeres, tenían como unas treinta regaderas o más. Los llevaban a bañar creo que después del desayuno. A unos pacientes les tocaba el lunes, otros el martes, otros el miércoles. Tenían uno o dos días por semana para bañarse.
- ¿Cuáles eran las principales carencias que se vivían en La Castañeda?
- Pues, vamos a decir que algo de ropa.
- ¿Andaban todos vestidos?
- Sí, sólo que a algunos les gustaba andar desnudos.
- ¿Usaban uniformes?
- Sí, traían uniformes. El de las mujeres era un pantalón con peto, el de los hombres era pantalón con camisola y ropa interior. En esto sí se notaba escasez.

--- ¿Cómo era la limpieza?

--- Mm... pues, en ochenta, noventa por ciento sí había mucha limpieza, nada más que como había mucha población, los baños estaban saturados y yo creo que eso se debía a que los pacientes defecaban en los pasillos, en los patios o en los dormitorios. Entonces se hacía aseo con mangueras, pero la falta de limpieza se debía al poco personal, pues no se daba a vasto.

--- ¿Con qué frecuencia hacían limpieza en los pabellones?

--- Pues era diario la limpieza, una vez al día por las mañanas. Para hacer aseo en los dormitorios sacaban a todos los pacientes al patio, después de que habían desayunado, y si era posible también extraían algunas camas que estorbaban. Luego con manguera y jabón, creo que en ese entonces no había jabón en polvo, el de pasta se disolvía y se hacían cubetas de jabón y con eso se aseaba el dormitorio y los baños. Se les daba su buena lavada con cepillos, escobas y mucha agua, después con jaladores se secaba. Luego se acomodaban las camas, se tendían, se sacaban los colchones orinados al sol, pues había muchos pacientes que se orinaban y se defecaban en ellos.

--- ¿Cómo eran los colchones?

--- Eran de tela con rayas y borra. Los colchones estaban divididos en dos secciones. Pero siempre han sido individuales porque a los pacientes no les gusta acostarse con otro, solamente a algunos, a los homosexuales.

--- ¿También se presentaba?

--- Yo creo que sí, menos frecuente que aquí, pero sí lo había. Bueno, entonces ya les digo, después que estaba limpio, los pacientes estaban afuera asoleándose y los colchones secándose, los que estaban muy sucios se trataba de lavarlos, de quitarles la suciedad. Luego, si era día de baño pues se les llevaba hacia los baños. Si llegaba la hora de la comida se les daba otra vez sus alimentos. Tenían unos comedores de mesas de granito, tanto la banca como la mesa.

--- En cuanto a los medicamentos ¿eran suficientes?

--- Pues parece que sí eran suficientes, nada más que en ese entonces todavía no había tratamientos efectivos como ahora y era más difícil controlar a los pacientes.

- ¿Usaban los electrochoques?
- Sí se usaban. Eran varias máquinas, algunos doctores los aplicaban.
- ¿En qué casos los aplicaban?
- Pues creo que cuando los pacientes no reaccionaban con medicamento.
- Cuando los pacientes se ponían muy agresivos ¿de qué manera los controlaban, había camisas de fuerza?
- Pues a veces sí, vamos a decir que los sujetaban o inmovilizaban cuando menos para que se dejaran inyectar.
- ¿Qué porcentaje de los pacientes de La Castañeda estaban abandonados?
- Pues vamos a decir que más del 50 por ciento, un 60 por ciento de los pacientes sí eran abandonados.
- ¿Y las familia qué tanto se responsabilizaban de sus pacientes, los visitaban con frecuencia?
- Pues, no mucho, no mucho.
- ¿Tenían que pagar alguna cantidad?
- Yo creo que sí, pero al parecer antes eran cuotas módicas.
- ¿Qué llevaban los familiares a sus pacientes los días de visita?
- Les llevaban cigarros, refrescos, café, jabón, pero yo observaba como a un 50 por ciento de visita en domingo.
- ¿Los pacientes contaban con algún lugar específico para guardar lo que sus familiares les llevaban?
- Ahí no tenían lockers como aquí. Guardaban sus cosas abajo del colchón o en un rincón de su cama. Algunos andaban cargando todo el día sus cosas en bultos. Había un señor que exageraba porque traía volumen por todos lados. Como era comerciante, tenía una cualidad muy especial: tejía canastitas de todos tamaños, muy curiosas, las vendía con el personal o con los visitantes.
- ¿Vendían su ropa, los zapatos o los cambiaban por cigarros, como los enfermos de aquí?
- Sí, creo que también pasaba lo mismo porque su vicio era y es el cigarro, lo adoran a cuerpo y alma, más que al café. Sí, en ese entonces yo pienso que comerciaban sus cosas. Y como los pacientes nuevos llevaban ropa de calle y todo eso, luego decía alguno “Oye, te cambio tu camisa, o véndemela, te doy tanto”. Allá entre ellos se vendían baratas las cosas, como

siempre, todo por estar urgidos de un cigarro. Si no tienen dinero pues empiezan a vender lo que tienen.

--- ¿Tiene alguna anécdota significativa que haya vivido en el Manicomio General?

--- Tengo muchas anécdotas muy bonitas. Como desde niños, mis dos hermanos menores y yo convivimos con los enfermos, llegamos a conocerlos, por ejemplo, distinguíamos cuando estaban agresivos. Éramos algo traviesos. Había un paciente muy violento, le decíamos el generalísimo porque marchaba de un lado para otro pero con los ojos medio endemoniados y por eso sabíamos que estaba de malas, porque cuando se sentía bien era muy platicador y atento. Un día se nos ocurrió hacerle una broma, una buena, por decir, para provocarlo. En ese entonces brincábamos las bardas como grillos, le aventábamos una piedra, no a darle sino nada más para molestarlo. Al darse cuenta en seguida corría atrás de nosotros, si nos alcanzaba sí nos ahorcaba, pero p's qué nos duraba una barda, y él se quedaba abajo porque no podía subir. También provocábamos a un señor que le decían Obregón porque le faltaba un brazo, también se enojaba y nos correteaba, pero él sí a piedrazos.

--- ¿Sus padres les daban consejos para cuidarse de los enfermos?

--- Mi papá, que era enfermero, no nos adiestró en las precauciones que debíamos tomar o cómo tratar a los pacientes sino que nosotros mismos adquirimos la habilidad. Nunca tuvimos problemas con los pacientes.

--- ¿En alguna ocasión les llegaron a encontrar armas o drogas a los pacientes?

--- De droga no sé, pero de armas pues sí. Habían enfermos que si no conseguían alguna arma, ellos mismos se la fabricaban, por ejemplo, en el pabellón de reos y agitados, así se llamaba, había pacientes peligrosos que a un clavo, una laminita o a un alambre le sacaban punta o filo y con eso agredían. Se dio un caso del paciente al que le decían El Cinco Minutos porque en cinco minutos podía matar a no sé cuántas personas. Un día lo sacaron de su celda para registrar que no tuviera armas, ni siquiera esas rudimentarias. Creo que más tardaron en entrar que en lo que a uno le cortó la cara y a otro lo picó en el estómago, y sí, como a dos o tres empleados los tuvieron que hospitalizar.

--- ¿Sabe qué funciones desempeñaban esos empleados?

--- Eran enfermeros, vigilantes, en ese entonces la hacían de todo, se le hacía de mil usos ahí. La hacían de enfermeros, vigilantes, intendentes, de todo.

- ¿Cuántos enfermos se encontraban en el pabellón de reos y agitados?
- Creo que era el menos saturado, tendrían unos ochenta, noventa pacientes. Casi todos los pabellones estaban saturadísimos. Luego había sobrecupo y los que no alcanzaban cama se tenían que dormir en el suelo sobre un colchón.
- ¿Los médicos de La Castañeda eran especialistas, eran psiquiatras?
- Sí, sí, sí había médicos psiquiatras, también había psicólogos, trabajadoras sociales y mucho personal de enfermería, bueno, más bien la mayoría no tenían la categoría de enfermeros, pero p's estaban ahí atendiendo como tales a los pacientes, o sea como enfermeros empíricos.
- Leíamos que La Castañeda contaba con vías, rieles.
- Sí, habían unas vías, creo que las usaban para transportar la ropa sucia y limpia, la comida, pero no llegaban a todos los pabellones. No funcionaron durante mucho tiempo porque tal vez no trabajaban como debía de ser. Recorrían varias rutas. Había un ramal que se dirigía como a un 60 por ciento de los pabellones.
- ¿En aquellos años los medios de comunicación se ocupaban de La Castañeda?
- Pues parece que sí hablaban algo. Creo que llegaron a haber películas donde trataban de dar un panorama de cómo era y donde según se usaban la camisa de fuerza y las celdas para encerrar a los pacientes.
- ¿Había celdas en La Castañeda?
- No, allá no había celdas, bueno, nada más había una para los de nuevo ingreso, en caso de que llegaran muy agresivos.
- ¿Era frecuente que la ocuparan?
- Pues a veces sí porque llegaban como tigres, entonces sí era necesario meterlos. En algunos casos eran llevados en patrullas. Los policías llegaban descamisados o golpeados por los pacientes, a éstos les inyectaban un tranquilizante y luego los metían en la celda. Luego los trasladaban al pabellón de observación y de ahí al que les correspondía.

Definitivamente La Castañeda se convirtió en el principal centro de atención neuropsiquiátrico del país, por lo tanto, todo enfermo mental que lo requería ingresaba, produciéndose así una sobrepoblación que originó descuido en la asistencia médica, y tanto el espacio físico como los recursos humanos llegaron a ser insuficientes.

Varios autores aseguran que La Castañeda levantó el nombre de México a la altura de países avanzados en la materia, tal es el caso de María del Carmen Amaya. Sin embargo, el afamado médico psiquiatra Samuel Ramírez Moreno señaló: “Si en la parte física el manicomio llenaba las necesidades de su tiempo, en el aspecto técnico referente a la asistencia médica, hubo mucho que desear, pues no se adoptaron en esa nueva construcción los preceptos psiquiátricos que ya se aplicaban en otros países, sino que las viejas ideas en el manejo de esos enfermos se trasladaron con ellos, así como muchos prejuicios y sistemas inadecuados empleados en San Hipólito y La Canoa. Se carecía de médicos psiquiatras suficientes, de enfermeros preparados y era de tal manera manifiesto el ambiente en moldes antiguos que a los pacientes se les tenía, que por muchos años se conservaron las viejas nomenclaturas de los pabellones: tranquilos, furiosos, imbéciles y aún se usaba la designación de distinguidos para los pensionistas y de indigentes para los no pensionados, para pagar en forma servil a los que pagaban, y despectiva a los carentes de recursos que estaban bajo la protección y sostén del Estado”. (6)

Por desgracia, con el paso del tiempo, el manicomio se fue desmejorando, incluso, pocos meses después de su inauguración decayó notablemente en todos los servicios debido a las secuelas de la Revolución, por eso fue necesario realizar remodelaciones en áreas como cirugía, curaciones, dormitorios, talleres, entre otras.

El Manicomio General se mantuvo con sus altibajos, siempre deseoso de aportar una rehabilitación total y una agradable estancia a los discapacitados mentales que llegaban a refugiarse entre sus muros, pero las buenas intenciones no fueron suficientes. Se dice una vez más que otro interesante proyecto comenzó a desvanecerse, pues al transcurrir de los años fue insuficiente e incapaz de seguir atendiendo al creciente número de enfermos, pero aun así cumplió con una misión social extraordinaria, aunque valorada por muy pocos mexicanos. Siempre se caracterizó por brindar ayuda al necesitado: recibió a más de tres mil personas con padecimientos mentales.

(6) Pérez, *op. cit.*, p. 43

Debido a los bajos ingresos, sobrepoblación y desinterés por parte de las autoridades gubernamentales, el hospital tuvo que suspender sus labores después de más de sesenta años de servicio. Su entonces director, Agustín Caso, colocó una enorme cadena y un candado en la puerta principal. El Manicomio General fue sustituido por los hospitales psiquiátricos Fray Bernardino Álvarez (Tlalpan, D.F.), Rafael Serrano (Puebla), Dr. Samuel Ramírez Moreno (Tláhuac, D. F.), Dr. M. Nieto (Tepexpan, Edo. de Méx.), Psiquiátrico Campestre Dr. Fernando Ocaranza (Tizayuca, Edo. de Méx.) e Infantil Dr. Juan N. Navarro (Tlalpan, D. F.).

Con el objetivo de erradicar los tratamientos caducados y la forma de vida que llevaban los enfermos mentales en el Manicomio General La Castañeda, el Hospital-Granja Dr. Samuel Ramírez Moreno abrió sus puertas para recibir a los pacientes varones mayores de edad que habitaban aquella construcción en decadencia y sobrepoblada, por ende, no funcional.

Los nuevos programas terapéuticos, ocupacionales, así como las novedosas instalaciones del reciente hogar --que lucían limpias, amplias y modernas-- estaban diseñados para brindar un cambio de servicio a los olvidados de la razón y de la sociedad. Se buscó un método que los beneficiara. Las actividades agropecuarias fueron las bases terapéuticas idóneas para la posible rehabilitación y/o pasatiempo de los enfermos.

El nosocomio avanzó durante los primeros años, buscando cubrir sus metas trazadas, pero al pasar el tiempo la situación se fue transformando paulatinamente. Los programas se estaban venciendo. El sobrecupo de internos, la carencia y deficiencia del personal, la falta de compromiso y responsabilidad, la escasez de recursos financieros, etcétera, trajo consigo un descuido considerable, que, como siempre, los más afectados resultaron ser, otra vez, los pacientes.

El psiquiatra Juan Carlos Rueda, quien lleva más de cuatro años laborando en esta institución, nos habló sobre la sensación que causaba la humillante condición en que se encontraban los enfermos, quienes seguramente hasta la esperanza habían perdido: “Yo no quería entrar al pabellón uno, era impresionante, no por lo sucio, porque entraba uno brincando, ora’si que no fuera uno a quemarse, pero además de lo desagradable que pudiera ser esto para quienes íbamos de visita o a recorrer, eran las condiciones de los pacientes, era realmente deprimente. Verles la cara, era así como que muy desagradable, emocionalmente hablando.

Daba pena, pues daba dolor verlos tan abandonados, digo, si bien es cierto que muchos de ellos pudiesen no tener remedio, en cuanto a la mejoría de sus funciones, bueno, tampoco se valía que estuviesen en condiciones tan infrahumanas. Se nos arrugaba el corazón cuando entrábamos ahí...”.

CAPÍTULO II

LA DENIGRANTE TRAYECTORIA DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

“DR. SAMUEL RAMÍREZ MORENO”

De entre los nosocomios psiquiátricos surgidos a raíz de la Operación Castañeda, nos encontramos con el hospital campestre “Dr. Samuel Ramírez Moreno”, ubicado en el kilómetro 5.5 de la autopista México-Puebla, colonia Santa Catarina, delegación Tláhuac, México D.F.

Tal vez usted ha pasado frente a este lugar sin conocer la historia que envuelven esas bardas blancas. El inmueble se construyó sobre una superficie de 224, 950 m² con espacio para 529 camas. El costo total de la obra fue mayor a los 25 millones de pesos. Ahí se recibía a pacientes varones mayores de 16 años considerados recuperables, a quienes se les daría atención durante un lapso no mayor de 180 días, contando con actividades rehabilitatorias de tipo agropecuario, con el propósito de reintegrarlos a su familia y a la sociedad. Sin embargo, La Castañeda aportó la herencia de un número valioso de pacientes con escasas posibilidades de recuperación. A esta problemática se agregaba, ya desde entonces, el abandono por parte de los familiares.

El centro se encontraba organizado para proporcionar tratamiento de tipo psicofarmacológico, psicoterapéutico, terapia ocupacional y rehabilitación. Todo esto dirigido hacia la recuperación de los hábitos de trabajo y de una mejor convivencia con los demás. Y para los dados de alta, el hospital tenía la misión de conservar su salud mediante consultas de poscuración.

La inauguración se llevó a cabo el 29 de septiembre de 1967 y estuvo a cargo del entonces presidente Lic. Gustavo Díaz Ordaz. Llegaron 502 pacientes, 102 de ellos fueron enviados al pabellón cinco, también conocido como el de reos o confinados; los demás se enviaron a los otros cuatro pabellones restantes. En ese entonces el nosocomio contaba con un total de ciento ochenta empleados.

Con la intención de atender las necesidades que se fueran presentando, el lugar contaba con tres residencias acondicionadas para ser habitadas por el director, el subdirector y sus familias, y una más para los médicos residentes.

Había un médico psiquiatra y una trabajadora social por cada pabellón: “éramos dos secretarías en todo el hospital”, afirma la señora Inés Arebalos, exsecretaria del Dr. Luis Antonio Gamiochipi Carbajal, primer director del centro manicomial. Asimismo, menciona que

los enfermos provenientes de La Castañeda resintieron el traslado debido a que ya estaban acostumbrados a estar por allá, aunque el cambio era bueno, varios de ellos fallecieron.

La escasez de personal orilló a los empleados a desempeñar funciones correspondientes a otras áreas, así lo manifestó el enfermero Manuel Cortés, quien ha estado presente desde la apertura del nosocomio: “Antes, el personal de enfermería tenía que hacer diversas funciones, no solamente de su área sino también de intendencia. Había mucha actividad en cada servicio. Era demasiado trabajo para uno solo, a veces pedíamos apoyo a los pacientes para barrer, lavar y hacer el aseo de vidrios, lámparas, paredes, pisos, tenían voluntad para cooperar. Todos los empleados le hacíamos a todo: jardineros, enfermeros, cocineros y vigilantes”.

La motivación era un factor importante para el buen desempeño del personal. El señor Víctor Ruiz, encargado de Registros hospitalarios, contestó de la siguiente forma al cuestionarle sobre la existencia de ésta: “Sí, sí, los mismos jefes se daban cuenta quién trabajaba y quién no. Ellos mismos nos daban estímulos o simplemente una palabra, échale ganas, vas muy bien. Es muy bonito, no es necesario que le regalen algo a uno”.

El viento que arrastra consigo el peso de los años se fue llevando en forma casi imperceptible la mejor época del hospital, aquella a la que los empleados de antaño rememoran con añoranza: “Antes venía uno con gusto a trabajar, ahora ya no hay esa armonía. Le echa uno ganas pues es el trabajo, pero ya no es la misma convivencia, amistad, ni el mismo compañerismo. Antes éramos pocos pero convivíamos, había comunicación y nadie se rajaba”. Esta es la voz del señor Ruiz, o más bien la opinión de una generación que vivió el tiempo que ahora forma parte de una historia.

Cabe aclarar que muchos trabajadores del hospital fueron habilitados como enfermeros aun sin contar con un respaldo escolar suficiente, “pero bueno, hacían toda la función de enfermería y de intendencia. Se les pagaba y ellos lo hacían con mucho gusto, porque a nadie se le obligaba”, asevera Inés Arébalos, secretaria general de la Sección Sindical N. 91 de la Secretaría de Salud. Viéndolo desde esta perspectiva, no era degradante desempeñar labores ajenas a una profesión inexistente, el grado se ocupaba al tener antigüedad y bases empíricas obtenidas a través del contacto con los enfermos.

Otra importante labor en donde era imprescindible la colaboración de los internos era en la cocina, así lo describe el Sr. Neri, encargado de tal área durante los primeros años del hospital:

“...Y les digo, como éramos poco personal en la cocina, teníamos pacientes que nos ayudaban. Bolita era uno de ellos; preparaba el café, sabía la cantidad exacta que debía de echarle de café y de azúcar a la olla. Miguelito lavaba las cacerolas junto con otros enfermos. Vicente Estebes, no sé si lo conozcan, uno que trae una gorrita, él se dedicaba al comedor de los empleados, lavaba todos los trastos y estaba al pendiente de que la comida estuviera caliente. Durante la noche se dedicaba a guisar para que al otro día estuviera listo el desayuno para pacientes y empleados”.

--- ¿Y los pacientes obtenían algo a cambio de su trabajo?

--- En la caja les pagaban treinta pesos mensuales.

--- ¿Qué hacían con el dinero?

--- Cuando salíamos a pasear se lo gastaban, o sea que si les gustaba un refresco, lo compraban. Preferían las cosas grandes. Veían los refrescos y decían: es que yo quiero ese grandote. No sabían en qué invertir su dinero, no sabían lo que valía.

Los pacientes tenían una opción más de compra en la tienda localizada dentro del nosocomio, ahí podían adquirir dulces, refrescos, chocolates y cigarros.

La falta de recursos humanos se reflejaba en la calidad de vida y en la atención que recibían los alienados. Ejemplo de ello es que todavía hace ocho años los sinrazón recibían sus alimentos en botes de lata, obtenidos entre los desperdicios de la cocina. La presentación del recipiente salía sobrando. No importaba que estuviera sucio u oxidado, sino más bien su capacidad para recibir la mayor cantidad de alimento posible.

Para la hora de la comida los sinrazón ya conocían el proceso a seguir. Luego de formarse cada uno con su bote bajo el brazo, para muchos considerado uno de sus tesoros, avanzaban hasta que les sirvieran la sopa, después los frijoles y finalmente el guisado. Aquello se transformaba en una mezcla que a pesar de su apariencia era capaz de provocar en algunos pacientes la iniciativa de volver a formar parte de la fila. El hecho de comer en botes era una costumbre arraigada desde La Castañeda y precisamente por ello, difícil de eliminar a pesar de la existencia de vasos y platos. Según los empleados los enfermos le tenían mucho amor a su bote y formaba parte de ellos. No lo soltaban ni para dormir porque a su vez representaba su almacén de comida. Más tardaban en quitarle su bote a un paciente que en lo que éste

conseguía otro. Durante mucho tiempo no se llevó a cabo ninguna clase de terapia para desaparecer este hábito porque todavía no existía el área de rehabilitación.



Archivo/Comité Ciudadano

... De lata de chiles a vajilla de los enfermos mentales

Tras haber degustado el "menú", apresuraban sus pasos para darle otro uso a su lata: era el momento de dirigirse hacia la calle con el propósito de pedir unas monedas a todo aquel automovilista que circulaba por la carretera. El señor Juan José Neri mencionó: "La gente se asustaba, pero ya los conocía. Ahí en el puente se paraban con su botecito, en el mismo que comían pedían dinero". En algunos casos, debido a la falta de coordinación corporal, aunada a una insuficiente precaución, daba como resultado la frase de "un paciente acaba de ser atropellado", y no sólo eso, sino que también se llegaron a matar muchas familias porque el conductor intentaba frenar.

Los cuerpos de los pacientes eran llevados al anfiteatro del hospital, donde luego de ser amortajados y conservados en la cámara de refrigeración, pasaban a la fosa común. Este tipo de fallecimiento era la primordial consecuencia relacionada a la casi nula vigilancia y medidas de

seguridad, pues las bardas no eran lo suficientemente altas para impedir la salida e inclusive la fuga de quienes han perdido el contacto con la realidad.

A su vez, el tamaño de las bardas traía consigo, más para los pacientes funcionales, la ventaja de propiciar la socialización con el exterior: visitaban los pueblos cercanos en busca de la sensación de libertad, trabajo y algún antojo. Uno de estos últimos convirtió a varios de ellos en padres, ya que las mujeres no se percataron de los padecimientos mentales de estos hombres.

La mayoría de los pacientes deambulaban desnudos por los pasillos del hospital. El personal se justifica diciendo que existía un limitado número de personal, no obstante se presentaban otras carencias como la insuficiente cantidad de prendas y calzado; además era frecuente que los mismos pacientes rechazaran la ropa, ésto como parte de ciertas actitudes originadas por varios desórdenes mentales. “No es posible que permanezcan así”, pensaban algunos trabajadores con iniciativa y buscaron alternativas, como la recolección de artículos para vestir.

Era frecuente encontrar a los pacientes sucios y desaliñados gracias a su negativa ante el baño diario. Difícilmente alguien se arriesgaba a forzarlos por temor a la agresión física, ocasionada en gran medida por la escasa cantidad de medicamentos psiquiátricos. Si tenían planeado bañar a cinco pacientes, el objetivo se lograba sólo con uno de ellos porque los otros cuatro se escondían para escaparse, pero más triste era descubrir al recién bañado revolcándose en la tierra. Entre más contacto tuvieran con las actividades que se desarrollaban en su pabellón, mejor atendidos estarían.

Si a lo anterior agregamos la insuficiencia de agua, proveniente de un pozo de Tlapizahuac, obtenemos como resultado epidemias de unos animales muy pequeños, pero que en número considerable pueden llegar a ocasionar serios problemas: los piojos.

“Fue tal mi impresión al observar a los piojos caminar libremente por el cuello y parte del tórax del paciente... no pude evitarlo, me desmayé. Nunca antes había visto algo parecido”. En el pelo se juntaban un animal tras otro hasta formar verdaderas cadenas más largas que la misma cabellera, asevera Eduardo Ayala, terapeuta ocupacional.

Con relación a esto le preguntamos al señor Ezequiel Méndez, encargado de la lavandería, si en alguna ocasión había tenido la necesidad de enfrentarse a las epidemias.

--- Sí, todavía hace dos años se contaminó este lugar de puro piojo porque había mucha ropa sucia acumulada, estaba aquí amontonada, llevaba hasta tres años. También había cobijas,

- pero principalmente se trataba de ropa particular (no uniformes) que regalaban las fábricas.
- ¿Había suficiente personal para lavar las prendas?
- Lo que pasa es que no había un programa de fumigación, pero hace dos años el doctor Ordaz empezó a preocuparse por la desinfección de los pabellones y principalmente de la lavandería.
- ¿Cómo acabaron con el azote?
- Con la fumigación, con los insecticidas. Cada mes viene gente de Epidemiología y de Salud. Por eso ahorita ya no hay problemas de limpieza.
- ¿Con aquella epidemia hubo la necesidad de tirar alguna ropa?
- Pues toda esa que llevaba años allí. Habían muchos gatos que se apareaban encima de esa ropa. Yo creo que los mismos gatos traían los piojos, los microbios.
- ¿Antes había la suficiente cantidad de agua para que ustedes desempeñaran su labor?
- Había mucho trabajo y poca agua. Seguido se iba la luz y por eso nos quedábamos sin trabajar hasta dos días.

Lo anterior justifica los motivos del peluquero para traer a los pacientes a rapa. El Sr. Apolinar Cerritos lleva 25 años en el Samuel Ramírez tijereteando mechones de pelo lacio, chino, claro u oscuro. “En ese tiempo algunos ya parecían ermitaños, casi todos tenían piojos, había tantos que a veces sin querer me llevaba a algunos para la casa, en serio, se nos pegaban”, comenta al mismo tiempo que ríe. Entre Apolinar y su auxiliar, quien fue peluquero oficial de La Castañeda, atendían a un promedio de 50 pacientes al día, los cuales llegaban al lugar por su propio gusto, o bien eran arrimados por dichos empleados a pesar de ciertas agresiones, pero la oportunidad de peluquearlos era aprovechada cuando la violencia desaparecía. “ Hay veces en que el paciente anda serio y pues yo ni les hablo, pero cuando no, p’s ellos mismos le hablan a uno”, agregó Cerritos.

Algo que contribuía al buen humor de los confinados eran los paseos organizados por una dama voluntaria. Todo aquel paciente trabajador y limpio tenía la oportunidad de salir cada mes a lugares como Chapultepec o asistir a espectáculos como *Holiday on ice*; era como un premio y un estímulo al mismo tiempo.

--- ¿Y la gente de allá afuera cómo los veía?

--- P’s con recelo y con miedo, no querían acercarse. Les decíamos: no, p’s no hacen nada, son

pacientitos que no hacen nada, pero respondían de inmediato: bueno, p's a ustedes porque ya los conocen pero nosotros no, que tal si nos pegan. Nada más veían que se les iban a acercar y se echaban para atrás del miedo.

En esta última escena, por similitud, parecería que nos referimos a un grupo de personas encargadas de custodiar a una manada de animales esperando entrar a un céntrico lugar de la ciudad, cuando en realidad estamos hablando de seres humanos enfermos, con el rostro demacrado, las líneas de expresión muy definidas, con una leve sonrisa que deja entrever una escasa dentadura, careada y sucia. A veces ciertos movimientos corporales se apoderan de su voluntad, dándoles la apariencia de una naturaleza violenta, pero al mismo tiempo se muestran ansiosos, como niños, impacientes por divertirse.

Un punto de esparcimiento dentro del hospital, construido desde un principio para tal fin, lo encontraban en los talleres ocupacionales dedicados a la educación física, alfabetización, pintura y costura, sin olvidar al estruendoso conjunto musical integrado por los mismos pacientes, así como las actividades agropecuarias.

El Hospital Campestre u Hospital Granja debe su nombre precisamente a que en un principio se planeó como tal, es decir, allí los pacientes recibirían un tratamiento médico pero al mismo tiempo terapias ocupacionales de tipo agrícola. Las tierras del Samuel Ramírez veían crecer lechugas, rabanitos, coles, zanahorias, calabazas y coliflores, según la época. La diaria faena al rayo del sol era compensada con el apoyo de un peso al día y una comida preparada con los productos de la misma cosecha. Era común observar una cazuela de barro repleta de su guisado favorito puesta sobre la fogata en espera de la taquiza.

Además de contar con la opción de la siembra, podían dedicarse a la atención y cuidado de borregos, vacas, puercos, gallinas, caballos y conejos. Contaban con las instalaciones adecuadas para el ganado así como el alimento necesario, pues todos los desperdicios de la cocina se iban directo a la granja. Las actividades agrícolas originaban ingresos. El dinero obtenido de las ventas servía de apoyo para diferentes gastos como, por ejemplo, para sepultar a los pacientes, ya que no había una partida presupuestal destinada a ello.

Así transcurrieron los años y fue hasta enero de 1993 cuando el veterinario responsable de la granja tuvo que marcharse, dejando a un número aproximado de 70 borregos y de 80 a 100 cerdos. Raúl Eduardo Ángeles, el nuevo médico veterinario se dio a la tarea de hablar con el

psicólogo de cada pabellón con la intención de recibir ayuda por parte de los pacientes más funcionales. De esta manera siempre contó con la ayuda de siete u ocho internos.

--- Ellos me ayudaban a castrar a los lechones, a vacunar, a desparasitar, a limpiar las instalaciones. Poco a poco, conociendo a los pacientes y viendo sus cualidades, me daba cuenta que había quienes tenían más destreza para hacer una cosa que otra. Había un paciente del Pabellón 5, es mudito, él me ayudaba a castrar a los lechones. A Toño, del Pabellón 4, le gustaba acariciar a los puerquitos y limpiarlos. José y Nacho hacían el aseo y a veces hasta los bañaban con la manguera. O sea, cada uno tenía su función, su actividad ya establecida. Luego me mandaban pacientes nuevos y yo veía más o menos cuáles eran sus perfiles para encomendarles cierta actividad.

Ahora los pacientes ya no recibían un salario por su participación sino que en una tarjeta les iban anotando cierto número de puntos de acuerdo con su desempeño, para luego canjearlos por reforzadores (premios) de la tienda.

El lugar ocupado por el ganado son las actuales instalaciones de hospital parcial, ahí había un corral donde guardaban a los borregos y al lado Raúl efectuó algunas modificaciones para hacer salas de maternidad, pues el pie de cría lo conformaban ocho o diez marranas y un semental. Incluso mandó instalar bebederos automáticos, de esos en donde el puerquito oprime el chupón con la trompa y sale el agua. “Las autoridades de ese tiempo apoyaban el programa. Me facilitaron la compra de nuevas razas para mejorar las que ya teníamos”, dice Raúl.

La dieta del ganado se conformaba de los desperdicios de la cocina, los pacientes los acarreaban en carretillas, aunque también se compraba alimento especial adquirido con la venta del ganado. Luego de un periodo máximo de seis meses, los puercos debían salir al mercado con un peso aproximado de 90 a 100 kilogramos.

--- Ya tenía yo a los compradores, venían periódicamente. Había diferentes etapas y cada dos o tres meses se llevaban cierta cantidad de marranos... Hice una especie de evaluación, en un promedio de seis o siete meses entregué al hospital cerca de 25 millones de pesos de la venta de animales, principalmente de puercos.

--- Entonces era una actividad rentable.

--- Sí, sí era rentable. Ese dinero se utilizaba para comprar algunas cosas que hacían falta en el hospital.

--- ¿Por qué desapareció la granja?

--- Hubo un cambio administrativo y ellos lo decidieron. Ya no querían la imagen de un hospital campestre sino que fuera un hospital meramente psiquiátrico. Desaparecieron a los animales, supuestamente los donaron creo que a la Secretaría de Agricultura y Recursos Hidráulicos (SARH). De hecho me dijeron: sabes qué, consigue comprador, y si los puedes vender, hazlo. Estaba en mis manos conseguir compradores pero no quise porque se me hizo que no era justo que después de tanto tiempo, veinte, veintidós años de que habían existido los animales, de repente desaparecieran.

Había transcurrido máximo un año a partir de la llegada de Raúl cuando le dijeron que la granja, al igual que su código, iban a desaparecer.

--- ¿Cuántos animales fueron donados?

--- Todos fueron donados, fue injusto porque ni siquiera los vendieron sino que supuestamente (lo menciona con énfasis) ellos dicen que los regalaron. No sé si exista algún documento o algo, pero de cualquier manera ellos fueron los que se encargaron de hacer todo el movimiento. De repente llegaron los camiones y se los llevaron. Las instalaciones se quedaron limpias de animales.

--- ¿Cuál era el costo del ganado que donaron?

--- Si hago un cálculo rápido, eran siete hembras reproductoras que en ese tiempo costarían cuando menos unos 500 mil pesos cada una. Aparte dos sementales, también 500 mil pesos cada uno. Más todos los animales que estaban en las cuatro etapas de crecimiento. De los puercos en total serían como unos 50,000 pesos actuales. Y en borregos 30,000 pesos. Entonces en ese tiempo estábamos hablando de 80 millones de pesos más o menos.

Resulta extraño decirle adiós a una cantidad similar, más aún si tomamos en cuenta las múltiples necesidades del hospital. Por ello, ni Raúl ni nosotros creemos que se haya llevado a cabo la supuesta donación en un cien por ciento.

--- ¿Cree que el dinero obtenido gracias a la venta del ganado, realmente fue ocupado para beneficiar al hospital?

--- Yo le entregaba el dinero al contador directamente, él era quien lo manejaba, o sea, no sé qué haría y qué no haría. Pero eso sí, cuando yo le pedía, por ejemplo: me hace falta una tonelada de alimento, sí solventaba el gasto.

Raúl mencionó que cuando se encontraba el anterior veterinario a cargo, muy difícilmente compraban alimento para los animales, debido al descuido y a la poca producción de ganado. Las autoridades presionaron al veterinario-aviador, que sólo se daba sus vueltas de vez en cuando, para cubrir el horario, pero después renunció.

--- ¿Desde su punto de vista, funcionaban las tareas de la granja como terapia ocupacional?

--- Pues sí porque cuando desapareció vi que algunos pacientes se vinieron para abajo, ya estaban acostumbrados a tratar con los animales. Como que sí les afectó un poco.

Varios pacientes asistían a cuidar a los animales diariamente mientras la luz del sol les acompañaba, desde hacía diez o quince años atrás, era obvio que se habían encariñado y que resintieron la compañía de aquellos seres.

--- ¿Se ha pensado en retomar esta clase de terapia?

--- Platicando con las autoridades nos manifestaron nuevamente que ellos quieren convertir a la institución en un hospital meramente psiquiátrico, no en un asilo, que todas esas personas abandonadas reciban una instrucción basada en los talleres de rehabilitación para que sean prospectos a ser externados, y los nuevos pacientes sean de estancia corta. Entonces no hay la posibilidad de que vuelva a existir la granja.



Archivo Comité Ciudadano

Así comienza cada día en la granja psiquiátrica

Los empleados de antaño no conocen con certeza los motivos por los cuales desapareció la granja, pero las suposiciones van desde la falta de presupuesto hasta la primer razón expuesta por Raúl. Ellos coinciden en señalar que al andar libres varios de estos animales, no causaban ningún problema, al parecer ya estaban habituados. Pero algo que sí extrañan es lo relacionado al destino de algunos animales cuando se acercaba el día de la enfermera o el aniversario del hospital. “Se nos daba el permiso de matar a dos o tres cerdos o borregos y de ahí salía la comida”, afirma sonriente el señor Neri. “Ese día nos reuníamos y se olvidaban todos los problemas. Llegaban los mariachis, las estudiantinas, los ballets folklóricos, había payasos. Todos los pacientes andaban en todas las áreas, una fiesta inclusive para ellos. Si yo iba a la peluquería y tenían carnitas --órale un taquito-- p’s órale”. Recuerda emocionado el terapeuta.

Pero al regresar a la actualidad, el médico psiquiatra Juan Carlos Rueda, jefe del área de consulta externa y hospitalización, nos muestra la otra cara de la moneda del hasta ahora panorama rosita de la granja:

--- Antes teníamos ahí a una bola de borregos que nada más servían para consumirlos cuando había algún aniversario del hospital o cuando alguien quería comprarlos. Se la pasaban deambulando por todo el hospital tirando bolitas de caca por todos lados.

--- ¿Le tocó vivir esa época?

--- Sí

--- ¿Entraban los animales a las oficinas?

--- Sí, se venían durísimo por acá todos los borregos y nada más repartían caca por todos lados.

Esto, además de afectar el aspecto afectaba la higiene y favorecía la fauna nociva. Aquí había un mosquerío impresionante y si a eso le agregamos los puercos, entonces sí era impresionante porque incluso olía todo el hospital a excremento de puerco, a estiércol. Entre olor y cacas de borrego, moscas, bueno... además era una actividad que ya no desempeñaban los pacientes como originalmente se había propuesto porque esto se hizo para pacientes de provincia.

--- ¿Se llegó a presentar en los pacientes alguna enfermedad causada o relacionada con el ganado?

--- Yo creo que sí, como consecuencia del mosquerío, pues estaban en todas partes. Una sola gotita que regurgitan las moscas genera la contaminación de alimento, crecen bacterias y de

todo. Y aquí estábamos llenos de moscas que andaban en la comida mientras los pacientes comían, entonces esto evidentemente afectaba a los enfermos, fundamentalmente con problemas de tipo gastrointestinal, diarreas o parasitosis. También se veían afectados cuando les llegaban a infectar alguna herida.

--- ¿Cree usted que la granja trajo consigo más problemas que beneficios?

--- Yo creo que a la larga, porque se fue convirtiendo en una especie de criadero, como un negocito de alguien porque ya no servía para los pacientes, ni era una cuestión terapéutica.

--- ¿Los animales generaban algún tipo de ingresos?

--- No, para el hospital no, porque lo que se generaba por cobro de alguna venta se reinvertía en la adquisición de alimento, entonces no, ni siquiera negocio. Tener aquí a un grupo de animales que está generando desechos resulta nocivo e innecesario. Cuando se dio la indicación de que nos deshiciéramos de ellos, fueron donados a la SARH para que ellos hicieran lo que quisieran: que los mataran, los engordaran, lo que fuera. Y bajaron lentamente los efectos de los desechos.

He aquí tres visiones completamente diferentes del mismo asunto. Los empleados veían en el ganado la comida segura para celebrar alguna festividad. Para el veterinario representaba un reto la crianza y venta de los animales, más que una labor terapéutica, pues era mínimo el porcentaje de pacientes involucrados en la granja. Mientras tanto, el médico parece ser el único, por razones obvias, quien muestra un punto de vista más enfocado hacia la calidad de vida de los enfermos con relación a una actividad ocupacional, como lo eran las cuestiones de tipo ganadero.

Inclusive, el 2 de octubre de 1993 apareció en la página 45 del diario La Jornada, una declaración textual del Dr. Jaime Cazares, director del hospital en aquel entonces: “ El modelo dio prueba de no funcionar. Desde el principio las cosas no ocurrieron como se pensaba porque los hospitales de este tipo, destinados a pacientes crónicos recuperables, fueron ocupados por enfermos con un alto grado de deterioro y, por ello, irrecuperables. Tampoco funcionó la idea de que llegasen a ser autosuficientes financieramente a través de la producción de la propia granja. No se tomó en cuenta que para los trabajos agropecuarios se requiere de un cierto grado de vocación y se construyeron talleres sin tomar en cuenta todo esto. Desde el principio

las cosas no fueron bien planeadas, y el modelo que se propuso no fue el adecuado, porque estos nosocomios se transformaron en hospitales de concentración de todo el país, y las prácticas agropecuarias no se adecuaron con el creciente medio urbano".⁽¹⁾



Archivo/Comité Ciudadano

El bote donde los pacientes reciben sus alimentos, se convertía en un recipiente multiusos

Todavía hasta hace cuatro años la situación del hospital seguía siendo patética. Al entrevistar al psiquiatra Jesús Alba Nieto, responsable del Pabellón uno, lugar afamado tanto dentro del nosocomio como entre los medios de comunicación, nos dice:

--- En el '93 me hice cargo de aquí (Pabellón uno). Llegaba por las mañanas y estaba llenísimo de basura, de materia fecal, el paciente defecaba en todos lados. Los colchones estaban

⁽¹⁾Garduño Roberto y Gil Olmos José, El psiquiátrico Samuel Ramírez, modelo fallido de rehabilitación, La Jornada, p.45

sucios, apilados obviamente. El personal no se acercaba mucho a los enfermos (...). Éstos comían en el piso, sin utensilios.

Éste era el pabellón más afectado, la razón se encuentra en el tipo de enfermos asignados a tal área: personas con retardo mental, grave o moderado, que han perdido toda capacidad de juicio, sin respeto por ninguna norma social. La cronicidad de sus padecimientos los ha llevado a perder las nociones de juicio individual y social.

La cocina es otro punto que no se quedaba atrás, pues el licenciado en nutrición, Mario R. Andrade, encargado del área desde hace poco más de cuatro años, comenta:

--- Esto lo encontramos con problemas sumamente fuertes en todos los rubros, desde lo básico hasta lo más complicado, todo estaba de cabeza (...). Estaba en menos diez, no en ceros, en menos diez ¡eh!

--- ¿Qué tipo de problemáticas existían cuando usted llegó al hospital?

--- ¡Qué no había! Había de todo tipo y de todos colores, desde el control básico del personal que hacía lo que quería, no usaban uniforme, fumaban en áreas, no lavaban las frutas, ni el huevo, traían el pelo largo, no se utilizaban cofias ni cubrebocas, cosas por el estilo.

--- ¿Era suficiente el personal de cocina?

--- No, era insuficiente (...) Todos los enfermos pasaban al comedor, usaban charolas metálicas. Los pacientes que tienen problemas o dificultad para caminar, en lo que tomaban sus alimentos y llegaban a la mesa, tiraban parte de éstos. Esta situación era frecuente (...) A veces existía agresión entre ellos porque había poca gente en el comedor..

Cuando el nutriólogo llegó a trabajar aquí, sólo había una dietista para todos los turnos y, como consecuencia, los fines de semana las tarjetas de identificación de dietas brillaban por su ausencia. Los encargados de preparar los alimentos desconocían el número exacto de los diferentes tipos de dietas. Luego, los pacientes comisionados para entregar las charolas en los pabellones, se sentaban en el kiosco y se comían tres o cuatro dietas de las más apetecibles.

Incluso el Lic. Andrade debió enfrentarse a una serie de obstáculos al pretender controlar al personal a su cargo. Hubo quienes opinaron: van a haber problemas porque ya lo intentamos y ni con el sindicato pudimos, a lo cual respondió: no es el único hospital que se maneja así, en todos los hospitales se trabaja igual, debe haber controles y hay que implementarlos.

Una dificultad más era la falta de limpieza. La solución que encontró el nutriólogo fue pedirles a las personas de servicios subrogados de limpieza: “échenos la mano, es importante que esté limpio”. Luego de observar su mediana efectividad comenzó a presionarlos, “quiero esto bien limpio. Aquí hay basura, no le firmo hasta que limpie”. Solitos se fueron habituando, todo parece indicar que los empleados preferían ser tratados con mano dura.’

Ahora hablemos del Pabellón 5, aquél que fue edificado especialmente, desde la creación del hospital, para aquellos enfermos con antecedentes penales. Cabe recordar que en el Manicomio General La Castañeda existía un pabellón para reos y agitados. Al igual que el Pabellón 5 albergaba a este tipo de pacientes. Al desaparecer La Castañeda, esta población fue trasladada al Samuel Ramírez.

Se tomaron medidas de seguridad como: el doble levantamiento de bardas --ambas con alambres de púas--, celdas con alto nivel de seguridad, todos los servicios incluidos en su interior: médico, rehabilitación, comedor, baños, dormitorios, etc..., lo indispensable para que el paciente no tenga que salir de él, y bueno, las rejas sobran allí, porque para cualquier lado que uno camine, se encuentra con ellas.

Quizá en los primeros años de vida del nosocomio, el ambiente que imperaba era favorable, todo nuevo y moderno, pero al correr del tiempo, la situación se agrava, sufre un enorme deterioro, el abandono de los pacientes es la mayor decadencia, el hospital se fue convirtiendo en asilo. Hubo muchos ingresos, pero no egresos, el Pabellón 5 no fue la excepción, llegó a tener una población de hasta 130 pacientes, siendo que su capacidad era para 99.

La encargada del área jurídica del hospital, Lic. Norma Ibáñez, comenta las problemáticas por las cuales ha pasado este pabellón, pero sobre todo las condiciones de vida de los internos: “Cuando llegué aquí (1993), me sorprendí muchísimo porque dije: bueno, si hay un pabellón de inimputables, lo más seguro es que exista gente abocada a los casos, y no, pues nada. Los expedientes absolutamente hechos un caos, no había nada claro, no existía un censo exacto de qué pacientes tenían antecedentes penales. Inclusive, pacientes que llegaban aquí se les ponía la etiqueta de detenidos, de delincuentes, de confinados, etcétera, porque los traía la patrulla preventiva, o sea, si veían a un paciente que estaba haciendo escándalo en la calle, lo traían y lo ingresaban aquí en calidad de detenido, entonces se les creaba un estigma impresionante, un

etiquetamiento increíble; y era remitido al cinco; y pobre de él porque ya no podía tener permisos ni poder egresar”.

Los olvidados, podría ser otro título que bien pudo haberles quedado a estas personas, pues muchos de ellos a partir de su salida de La Castañeda y su ingreso al Samuel, no tuvieron a alguien que hablara por ellos en el exterior de las cuatro paredes que conforman el pabellón.

Fue hasta el año de 1993 cuando alguien se interesó por los asuntos legales de los entonces 122 olvidados. “Desde la creación del hospital no hay antecedente mayor sobre este tipo de trabajo, sino hasta el ‘93, precisamente cuando se empieza a hacer revisión de los expedientes y se ve que muchos de ellos tenían situaciones jurídicas indeterminadas. Las autoridades no decidían en torno a los casos de los pacientes, los dejaban aquí por años. Cuando llegué había pacientes que estaban con situaciones jurídicas indeterminadas desde La Castañeda, esto es: procesos suspendidos por más de treinta años por delitos menores como lesiones o robo (...) En toda la historia del Samuel nada más he estado yo como abogada”, dice la responsable del área jurídica, licenciada Ibáñez.

Ahora bien, de esos 122 pacientes, sólo 53 tenían antecedentes penales o se sospechaba de ello, porque al revisar los expedientes no se encontró algún papel legal que confirmara la situación de los pacientes: “No había nada, y en la hoja de ingreso sólo se mencionaba que venía en calidad de detenido, pero no decía qué autoridad remitía, ni por qué delito, ni cuánto tiempo; absolutamente nada”. De los 53, 35 pacientes permanecían con situaciones indeterminadas, pero a raíz de la investigación y ver qué autoridad remitía, cuál era el cargo y calidad, se fueron descartando algunos casos que ya estaban libres. “Había mucha violación de garantías en este tipo de pacientes porque no se sabía ni por qué delito ni nada”, reafirma la abogada.

Aquel rastreo de información trajo consigo un enorme beneficio, debido a que muchos enfermos ya estaban en calidad de libres por poseer un proceso suspendido tan prolongado. La situación jurídica del enfermo por fin estaba clara y ahora podía gozar de ciertas ventajas, como el tener permisos terapéuticos y poder ser dados de alta.

Preguntamos a la Lic. Ibáñez sobre el seguimiento jurídico que tienen las personas dañadas de la mente, y ella explicó: “Cuando un enfermo mental comete una conducta ilícita, no es tratado jurídicamente como a la población común, sino que se le da una atención especializada

en donde la resolución no va a ser una sentencia condenatoria de muchos años de prisión o cosas así, sino más bien va a ser una decisión que sea tendiente al tratamiento de la persona, esto es, el juez determina una medida de seguridad, ya sea de internamiento en una institución idónea para el fin o en libertad bajo la custodia de una persona.

El paciente psiquiátrico no es delincuente, su padecimiento le impide tener una conciencia, capacidad de darse cuenta que está cometiendo un delito, por lo tanto se dice que es inimputable y por lo tanto no es culpable. Lo que realiza son conductas antisociales, ilícitas o típicas y jurídicas técnicamente hablando, pero no es un delito, ni un delincuente, es un enfermo.

Ante esta situación la ley penal decía que la medida de seguridad iba a durar hasta que el paciente se curara, cosa por demás tremenda, porque un paciente retrasado mental o un esquizofrénico cuando se va a curar, pues nunca, entonces allí tienen que la gente se moría en La Castañeda, aquí, porque no había resolución para su situación. A raíz de las reformas de 1984 sobre la materia, cambia la legislación y dice: no, la medida de seguridad no puede durar más allá del máximo de la pena aplicable al delito, esto es, que si cometió el delito de lesiones, la medida de seguridad que se le imponga al paciente no debe exceder a los diez años que es la pena máxima a este delito, así viene a ser una situación más amable para el paciente”.

La etiqueta utilizada permaneció por años, se convirtió en un mito, se decía que el Pabellón cinco era para los pacientes extremadamente peligrosos; sin embargo, la verdad es que era un grupo de enfermos que no tenían una situación jurídica determinada, bien establecida.

Hasta el momento parece que el número de pabellones en el Samuel Ramírez se limita a la cantidad de los dedos de una mano --normal, por supuesto--, pero no es así. Durante años el Pabellón 6 también recibió aproximadamente a tres o cuatro pacientes que rebasaban la peligrosidad de aquellos que permanecían en el cinco.

Fue el 5 de febrero de 1970 cuando Carlos Castañeda de la Fuente intentó asesinar al entonces presidente de México Gustavo Díaz Ordaz, durante una celebración de la promulgación de la Constitución Mexicana. Con su plan diseñado, Castañeda de la Fuente se dirigió al Hemiciclo a Juárez, al sitio de la festividad, donde estaría el primer mandatario, pero debido a la extrema vigilancia, el intento quedó frustrado. Más tarde, el presidente partió hacia el Monumento a la Revolución. Según el expediente médico 1104, el paciente mencionó en una

entrevista: "Me fui corriendo hacia allá, hice como diez minutos más o menos, abrí la petaca donde llevaba la pistola. Un agente se asomó cuando pasé junto a él, pero no vio nada, es que yo iba corriendo, quería hacerlo rápido. Ya en el Monumento a la Revolución había mucha gente alrededor del presidente, fui detrás de él pero había como cien policías, me retiré y llegué a la esquina de Insurgentes y Valentín Gómez Farías, pensé: al primer carro de gobierno le disparo. Se paró enfrente de mí un carro negro, parecía Lincoln, de vidrios transparentes y vi al secretario de la Defensa Nacional, Marcelino García Barragán, un hombre calvo con un traje de militar que iba en la parte de atrás, le tiré a matar, traté de disparar de abajo hacia arriba para no herir a las personas que se encontraban en el lugar; no lo herí ni lo maté, el balazo pegó en el chasis".

Los policías judiciales lo detuvieron y subieron a un automóvil. El paciente recuerda que ahí le interrogaron bajo presión y maltrato: "por qué lo hiciste", y él sólo contestaba: "por la matanza de Tlatelolco".

Carlos Castañeda permaneció unos días en la Dirección Federal de Seguridad, luego lo trasladaron al Campo Militar No. 1, y de nueva orden, a las oficinas de la primera instancia durante un mes. De allí lo llevaron a la Estación Prisión de Gobernación en Iztapalapa, mientras las obras de construcción de su nueva morada, Pabellón 6, eran concluidas.



El pabellón seis, lugar diseñado para los enfermos mentales de alta peligrosidad.

A partir del 4 de junio de 1970, el diagnosticado esquizofrénico paranoide, habitó una de las dos celdas de aquel frío lugar, hasta 1974 cuando lo pasaron al Pabellón cinco. Ya era un gran avance.

La Lic. Ibáñez comenta sobre el asunto y asegura: “Es un caso triste porque el paciente fue torturado, muy maltratado por ese hecho (...) No tenía ni la más mínima esperanza de ser egresado, cuando se empieza a ver su situación legal nos damos cuenta de que no hay antecedentes. Nunca se abrió el expediente, jamás hubo una formal acusación en su contra, pero el paciente estaba en calidad de detenido por tentativa de homicidio. Nosotros metimos esto como queja a la Comisión Nacional de Derechos Humanos, e investigando en Gobernación, Previsión Social y todo esto, nos damos cuenta de que no hay antecedentes. La Comisión nos da el aval para egresarlo, aunado a que ya estaba en condiciones de serlo. El paciente sale y en la actualidad se encuentra trabajando, haciendo una serie de cosas que en 23 años no pudo realizar”.

Las condiciones de vida de los pacientes internos en el Samuel Ramírez Moreno desataron una retahíla de periodicazos protagonizados en su mayoría por la Secretaría de Salud y la señora Virginia González Torres, presidenta de la Fundación Mexicana de Rehabilitación para el Enfermo Mental. Básicamente fueron los años de 1992 y 1993 cuando las páginas de los diarios, tales como: La Jornada, El Universal, Excélsior, El Financiero, Uno Más Uno, El Sol de México, La Afición, El Heraldo de México, Novedades, El Día, Ovaciones y La Prensa, se vieron bombardeados por notas informativas y reportajes donde las deficiencias en el servicio, así como la ínfima calidad de vida de los relegados salían a relucir.

La atención de la sociedad mexicana era atraída por los títulos periodísticos:

- Deshumanización, fallas médicas y abandono en el hospital psiquiátrico Samuel Ramírez Moreno¹**
- Violaciones a los derechos humanos en el psiquiátrico Samuel Ramírez Moreno²**
- **Infierno de locura, el hospital Samuel Ramírez³**

¹ Vázquez Pérez, Emilio y Monrroy A. Hilario, Uno Más Uno, p.1

² Batista, Gina, El Financiero, p.40

³ Ramos Maldonado, Jorge, El Heraldo de México, p.1-A

- **En condiciones infrahumanas viven los enfermos mentales**⁴

- **Enfermos mentales y corrupción**⁵

Títulos de este estilo mantuvieron viva la noticia durante meses, no obstante el iceberg estaba al descubierto, a tal grado que diversos programas televisivos obtuvieron de la situación tema para crear debate, polémica y efectuar denuncias. Nino Canún en Y usted qué opina? abordó el asunto de los psiquiátricos; sin embargo, la oleada de denuncias atacaron principalmente al Samuel Ramírez. Ante esta situación, el director del nosocomio en ese entonces, Dr. Jaime Cazares, respondió a los ataques: “Me da mucho gusto que haya tanta gente interesada en los hospitales psiquiátricos. No es un problema nuevo, es un problema de hace años (...) Lo que me causa mucha inquietud es que se diga que no se ha hecho nada cuando, bueno, se ha hecho bastante (...) El trabajo dentro de los hospitales psiquiátricos está realizado por gente con mucha entrega, vocación de servicio y con un gran amor por los pacientes. Yo no sé si alguien se imagina que los psiquiatras estudiamos doce años de profesión para ir a maltratar a los pacientes, bueno, no digo que a lo mejor haya alguien. Pero parece muy fácil decir que a los pacientes se les maltrata, golpean, que son violados, es algo sencillo de decir...”

La periodista Cristina Pacheco visitó el nosocomio en 1995 para realizar un programa más de Aquí nos tocó vivir, cuando ya el escándalo se había aminorado. De hecho, dio mayor relevancia a algunas de las actividades desempeñadas por los pacientes. Al platicar con ellos mostró una parte esencial del enfermo mental, sus inquietudes, su nostalgia y su afán por vivir.

Y para 1996, también Verónica Velasco mostró interés por los psiquiátricos en su programa Expediente 13/22:30; sin embargo, es evidente la superficialidad y falta de compromiso al no contar con panelistas de renombre dentro del ámbito de la salud mental y/o directivos de la Secretaría de Salud, además de enfocarse a un hospital distinto al de nuestro interés.

⁴ Chavarria, Rosa María, El Universal, p. 23

⁵ Jardí, María Teresa, La Jornada, p. 19

Por otra parte, respecto a las imágenes y comentarios dados a conocer en prensa y en televisión, el subdirector de la institución, Dr. Rafael Castro Román, da a conocer su visión sobre el trato que recibieron por parte de los medios masivos de comunicación:

--- El Samuel Ramírez fue tratado de una manera muy intensa, no voy a decir si bien o mal, sino que se creó una fama. Fue expuesto a la opinión pública y eso implicaba, por un lado, tal vez la realidad. En el '93 vine a una supervisión y vi que había muchas carencias, y el mostrar todas estas realidades era crítico. Faltaba organización. Yo creo que voluntad había, pero no el lenguaje de organización para llegar a algo más justo para los pacientes.

--- ¿Qué tan apegado a la realidad era todo aquello que se mostraba en los medios de comunicación?

--- No sabría decirlo. Así como asegurarles un cien por ciento de que era realidad, pues no. En esa época yo vi la televisión y el periódico, y lo que observé cuando vine en el '93, pues digamos que había un porcentaje muy alto de esa realidad, difícilmente cuantificarlo. Evidentemente, yo siento que se tomaban escenas de todo lo que ocurría, y luego pasaban lo más grave. Sí había una realidad y la sigue habiendo, cada vez de mayor equidad, de mayor justicia. Tal vez en aquel entonces estaba muy matizado por injusticias. Sí había pacientes desnudos, poca ropa, mala organización, había muchas de esas escenas, vamos, eran reales, ni modo que las inventaran.

--- ¿Sigue aún el interés de los medios de comunicación?

--- No, ya se ha perdido mucho eso. Hice una revisión de ese material y viendo los famosos videos y todo eso, vi que el proceso era cada vez menor. Para mediados del '94 el interés fue menos. Cuando tuve la oportunidad de llegar a este hospital empecé a ver la situación de que seguían viniendo algunos medios importantes, pero ya con un interés mínimo, como que veían que las cosas ya estaban en otro proceso. Ya no había noticia, ni qué vender, esa es la realidad. Siguieron viniendo pero con menos frecuencia y más bien para ver por qué el Samuel ya no era noticia, qué estaba pasando.

El Dr. Alba Nieto también expresa su opinión respecto a la veracidad de la información publicada y transmitida:

--- Era real a medias, como todo en este país. Se pusieron las cosas malas, a las buenas se les

restó mucha importancia. Hasta la fecha no ha habido un movimiento que diga: se corrigieron los errores, nadie lo ha hecho, ni la gente que promovió que saliera todo esto a la luz pública, ni la que dio la oportunidad de que se mejorara (...) Se apagó el incendio y bueno, se apagó el incendio de aquí.

De igual manera, la sociedad civil ha puesto su mirada en el Samuel Ramírez, fruto de ello es el Comité Ciudadano de Apoyo a dicho hospital, surgido gracias a la colaboración de la Fundación Mexicana de Rehabilitación para Personas con Enfermedad Mental y la Fundación para el Apoyo de la Comunidad, dependiente de la Arquidiócesis de México. Autoridades de la Secretaría de Salud firmaron un Acta Constitutiva el 20 de mayo de 1993, donde reconocían oficialmente al Comité y le otorgaron el lapso de un año para desempeñar sus labores, esto sólo en el Samuel Ramírez, las cuales consistían en vigilar el cumplimiento de los derechos humanos de los pacientes así como participar en la elaboración de programas rehabilitatorios.

Luego el convenio se ratifica durante un año más y es a partir de febrero de 1996 cuando el Comité se convierte en una institución de asistencia privada, obedeciendo a la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, publicada en el Diario Oficial el 16 de noviembre de 1995. Con relación a esto, la presidenta actual del Comité, señora Guadalupe Dip Márquez, comenta:

--- Trabajamos 350 horas en la elaboración de esta Norma. Quien realmente la aprobó fue Juan Ramón de la Fuente, o sea, la Secretaría. Les voy a decir honestamente, tiene muchos defectos técnicos y legales, pero hay un apartado que no existía en ninguna otra: el de los derechos humanos.

En las páginas 14 y 15 de la mencionada Norma Oficial Mexicana aparece el apartado número ocho con 24 subapartados, donde el primero sintetiza a todos los demás: "8.1 Recibir un trato digno y humano por parte del personal de salud mental, independientemente de su diagnóstico, situación económica, sexo, raza, ideología o religión".

Al preguntarle a la señora Dip sobre la labor más urgente a desarrollar cuando llegó el Comité al hospital, responde:

--- Todo era urgente. Había más del 30% de la población con tercer grado de desnutrición. La cantidad de alimento que se les servía en sus charolas con divisiones no era la mínima para

una alimentación sana (...) Llegamos a sacar unos treinta kilos de carne echada a perder y lista para ser cocinada, el jamón verde y así se los daban a los pacientes (...) Cuando llegamos todo era urgente, así como la alimentación, que los pacientes anduvieran vestidos y calzados.

--- ¿Cómo fue recibido el Comité Ciudadano?

--- Desde un principio no fuimos bien vistos porque en la planilla del personal son quinientos y desde luego boicoteando siempre lo que hacíamos, pero a la distancia del tiempo hemos ido avanzando, no les puedo decir que vamos hombro con hombro, pero si llega el Comité todo el mundo se pone a trabajar, y eso es ganancia. Nosotros tenemos la capacidad de acudir a las instancias a denunciar este tipo de cosas y ellos lo saben (...) En un principio no fuimos bien vistos, sacar una cámara te costaba que te la quitaran, te golpearan, te sacaran el rollo, te lo velaran, te sacaran del hospital. Los mismos trabajadores realizaron paros y no nos dejaron entrar, y desde que somos institución de asistencia privada no nos han vuelto a cerrar el hospital.

Es así como el hospital Dr. Samuel Ramírez Moreno ha sido desde su inicio, un microcosmos relegado del mundo real, donde se funden ideologías diversas y hasta opuestas, lo que llegó a formar un colage de intereses personales.

Allí se encuentran concentradas varias historias: la que se desea volver a vivir, la que se quiere ocultar o aquella que buscó alcanzar una solución a través del escándalo. Pero hay una historia diferente que permanece suspendida y pocos la toman en cuenta, o tal vez prefieren no conocerla para evitar la inquietud de las fibras del corazón y la conciencia, nos referimos a la esencia y justificación de ser del psiquiátrico: a los separados de la realidad, quienes aparentan mostrar indiferencia ante los cambios, que todo les parece igual. No dicen nada, nunca exigen, están dispuestos a ser guiados por otros; sin embargo les han fallado. Todo parece indicar que se han olvidado que están al servicio de seres humanos, con la capacidad de amar y sentir dolor, a pesar de no contar con una capacidad de juicio.

CAPÍTULO III

DEL OTRO LADO DE LA BARDA DEL PSIQUIÁTRICO

Cerca de treinta años esperaron los pacientes internados en el Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno para ver cambios. Muchos de ellos ya no alcanzaron a disfrutarlos, quizá porque prefirieron no seguir aferrándose a esta vida y depositaron su confianza en la otra, tal vez mejor. Otros, quienes si tenían el respaldo familiar y estaban en condiciones de ser externados, lograron ser reinsertados a la sociedad. Pero actualmente existe una población de doscientos noventa y cinco enfermos que viven en el mundo de la sinrazón, un mundo donde: voces, imágenes y seres ajenos a la realidad, existen. Allí vive Kalimán, Tarzán, el amigo del presidente de la república, un guerrillero que confiesa tener escondidos unos tanques de guerra atrás de un edificio, entre otros. Es el lugar donde todos se atreven a declarar: “Yo no estoy loco, los locos son los demás.”

Para ellos ya no interesa el pasado, anhelan vivir un presente, un momento en el cual se sientan importantes y tomados en cuenta por quienes les rodean. Buscan motivos que les permitan, con mayor facilidad, dibujar una sonrisa en su rostro.

Miradas perdidas, manos extendidas pidiendo un saludo, risas sin motivos aparentes, movimientos que existen pero no son pensados, el cabello desaliñado, un pie cubierto y el otro descalzo, un sueño esfumado, un presente insistente, un futuro desconocido.

Con la voz entrecortada un paciente pide: “Quiero columpios, una resbaladilla --guarda silencio durante unos segundos-- y muchos juegos”.

Aún no se ven los columpios ni la resbaladilla en las zonas verdes del jardín, pero sí se logra visualizar un cambio. Los periodicazos, la presión de la sociedad civil, las denuncias en la Comisión Nacional de Derechos Humanos, han sido las principales voces que reclamaron un cambio de vida para los internos en el Samuel Ramírez Moreno.

El nosocomio se encuentra en un proceso de metamorfosis. El proyecto que se tenía, paulatinamente se va convirtiendo en realidad. Lo que antes se conocía como pabellones, ahora portan el título de Unidades Terapéuticas: Larga Estancia, Hospital de Noche, Subsecuentes, Neuropsiquiatría, Pre-alta, Psicogeriatría, Contención y Atención Continua. Así,

cada Unidad es un programa específico para un determinado grupo de pacientes, a quienes se están reubicando de acuerdo con la patología y condiciones socioeconómicas que presentan.

El doctor Rafael Castro Román, subdirector de la institución, señaló que hace cinco o seis años la situación que se vivía en el hospital dio mucho de qué hablar, ya que en un pabellón había enfermos con retraso mental severo, moderado, esquizofrénicos, entre otros, y no se les daba la atención correspondiente.

---No había un trabajo específico para cada tipo de pacientes y esto fue condicionando que la situación de especialidad terapéutica se diluyera. En aquel entonces, todo esto se sometió a discusión, a crítica y a mucho golpe por parte de la sociedad civil. Los medios masivos de comunicación hicieron visible esa problemática, cosa que a la fecha es menor, por muchas razones, tal vez porque el hospital ha intentado realmente transformarse. La gente quiere llevar esto a un cambio y creo que ya se inició. Este centro cada vez es menos asilo y más hospital. Se ha dado el concepto nuevo de Unidades Terapéuticas y ha sido muy difícil llevarlo al cien por ciento de eficacia, pero se está logrando.

El psiquiatra Mario Tercero Cortés, jefe de Hospitalización Continua, mencionó: “Los nuevos programas se vinieron dando paso a paso, teníamos algunos bosquejos por agosto de 1996, cuando se empezó a vislumbrar cómo darle más movilidad al hospital y salir del modelo antiguo tipo asilar manicomial. Pero prácticamente, arrancando 1997 fue que empezamos a trabajar en esta modalidad. Nos encontramos en la fase de implementar el programa”. Asimismo, agregó que el proyecto sobre el cual se trabaja lleva el nombre de Programa Anual de Actividades, el cual quedó establecido en la Coordinación de Hospitales.

Los objetivos de cada Unidad Terapéutica son desarrollados por un equipo multidisciplinario, donde psiquiatría, psicología, trabajo social, medicina no psiquiátrica, enfermería y rehabilitación, participan para cubrir las necesidades de los usuarios.

Con la finalidad de alcanzar una meta ya trazada, el Samuel Ramírez Moreno trabaja con nuevas modalidades de supervisión y seguimiento de los programas. Ahora se planea, se valora, se detecta o se discute algún problema --ya sea falta de organización, de recursos, de participación-- bajo el concepto de círculos de calidad, que son las asambleas de un equipo diversificado en donde se exponen los altibajos de cada servicio y su repercusión en los pacientes. Las decisiones tomadas se encaminan hacia una respuesta que implica mayor

compromiso por parte de cada área. Todos los departamentos manejan este concepto, desde las Unidades Terapéuticas hasta el nivel directivo.

Un nuevo lenguaje comienza a fluir en el interior de este micromundo: calidad, modernización, usuarios. Son algunas de las palabras que se escuchan, a veces con entusiasmo, en ocasiones con temor, otras con incredulidad y hasta con ironía, pero el reto existe.

A partir de 1996, la entidad del nosocomio dejó de figurar en el sector salud como hospital-granja, para identificarse como hospital de especialidades de tercer nivel, lo que requiere contar con mejores recursos materiales y humanos para realizar las actividades específicas del psiquiátrico. El doctor Castro Román indicó: “En los primeros días de enero de 1996 nos enviaron el documento, pero llevarlo realmente a cabo tardará algunos añitos (...) Ser un hospital de tercer nivel implica una responsabilidad mayor. En la actualidad no brindamos el servicio de salud mental a la población potencial que tenemos: cuánta gente de Iztapalapa, Chalco, Neza, Tláhuac, Xochimilco se deprime. Ésta es una zona de influencia que no recibe atención hospitalaria debido a sus escasos recursos económicos, por ignorancia o porque les da miedo venir al Samuel (...) Ahora es nuestra responsabilidad impactar a esa población, la cual necesita hospitalización psiquiátrica breve y profesional (...) Estamos en la fase de transición entre un asilo y un hospital psiquiátrico, estamos dejando de ser el adolescente que busca su identidad para ser un adulto con responsabilidad, con una meta bien definida. Yo creo que el Samuel, a sus treinta años, ya puede decir: quiero ser una institución que brinde mejores servicios, más especializados, y deje de ser un asilo. Entonces será un hospital de tercer nivel, aunque ya lo somos a nivel oficio y legal”.

3. 1 Bienvenido al mundo de la sinrazón

Proceso de internamiento

A pesar de que cada paciente es distinto a los demás, la mayoría pasó por el mismo proceso para ser internado. El primer contacto interpersonal se realiza con los empleados de vigilancia, encargados de proporcionarles un gafete de identificación. El siguiente paso es dirigirse hacia las instalaciones de consulta externa, las cuales se encuentran a cien metros de la entrada principal, luego de caminar por un sendero conformado por decenas de adoquines

hexagonales de color rojo. A la derecha e izquierda del camino se observan los jardines con su pasto bien cortado, en donde se aprecian desde rosales hasta varias palmas de tamaño adulto.

Al llegar, el personal de enfermería y el equipo de admisión se encargan de realizar el carnet, abrir el expediente, en fin, lo habitual en cualquier hospital público. Deben pagar veintitrés pesos por la consulta de primera vez, a menos que el familiar del enfermo notifique a trabajo social su falta de recursos para desembolsar dicha cantidad. En este caso, alguna trabajadora social analiza el caso para disminuir la cuota, o bien, exentan de pago, así lo señala la licenciada en trabajo social psiquiátrico Alicia Velasco, responsable de la mencionada área.

Para abrir un expediente es imprescindible mostrar un comprobante de domicilio debido a las repetidas ocasiones en que quienes llevan a un familiar sólo a consulta, lo dejan ahí abandonado: “De repente buscas al familiar y ya no está, o sea, ya lo dejó aquí y se fue”, enfatiza la licenciada.

El desamparo familiar llega a su punto máximo entre los pacientes hospitalizados, tal y como lo menciona Alicia: “Resulta que el familiar ya no se presenta en ocho días, luego en un mes, y así. Vas a hacer la visita y que no vive ahí. Te dio una dirección falsa, un nombre falso, todo con tal de deshacerse del paciente. Por eso pedimos el comprobante de domicilio como requisito”.

Continuamos con el proceso de internamiento. Ahora encontramos al paciente en pre-consulta con el psiquiatra. El propósito es integrar la historia clínica además de valorar si amerita ser hospitalizado, si debe marcharse a casa y continuar con citas subsecuentes en consulta externa, o tal vez canalizarlo a otra institución. Aunque también se presenta el caso de hacer a un lado las consultas psiquiátricas para continuar únicamente con las de tipo psicológico.

Cuando un paciente es internado, una enfermera lo conduce a la unidad correspondiente, le informa al psiquiatra, al psicólogo y a la trabajadora social de su arribo para que procedan con las notas de ingreso. La forma en que el enfermo se adapte a su nuevo estilo de vida y a la socialización con sus compañeros depende de la patología en sí, de su personalidad y de la voluntad para integrarse.

Es importante mencionar que de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria medico-psiquiátrica (NOM-025-

SSA2-1994, publicada en el **Diario Oficial de la Federación**, el jueves 16 de noviembre de 1995), el ingreso de los pacientes puede ser de tipo voluntario, involuntario y obligatorio.

Para llevar a cabo el primer tipo de ingreso es necesario contar con un escrito donde el paciente solicite ser internado y el psiquiatra a cargo del servicio de admisión lo indique. Ahí debe mencionarse el motivo de la petición. Los familiares o el representante legal deben ser informados.

El ingreso involuntario se realiza con personas que necesitan atención urgente por padecer trastornos mentales severos o que puedan autoagredirse o causar daño a quienes los rodean. En este caso se requiere la solicitud de un familiar, un tutor o representante legal, así como la indicación de un psiquiatra. Cuando el paciente haya sido controlado deberá informársele de su condición involuntaria para que, de ser posible, cambie por la de tipo voluntario.

La última clase de ingreso es el de tipo obligatorio, el cual se efectúa al solicitarlo la autoridad legal competente, quien toma en cuenta los resultados del examen médico psiquiátrico para llegar a un dictamen.

La otra cara de la moneda son los egresos, que aunque contados, también llegan a presentarse; por ejemplo, de enero a mayo se dieron treinta y ocho altas aproximadamente, mientras que el número de admisiones fue de treinta y tres.

De acuerdo con la Norma Oficial mencionada, el egreso de un paciente tendrá como motivo algunos de los siguientes puntos:

- 1) Por mejoría
- 2) Traslado a otra institución
- 3) A solicitud del usuario, con excepción de los casos de ingreso obligatorio e involuntario
- 4) A solicitud de los familiares legalmente autorizados y con el consentimiento del paciente
- 5) Abandono del servicio de hospitalización sin autorización médica, debiéndose notificar al Ministerio Público del lugar de la adscripción del hospital
- 6) Por disposición de la autoridad legal competente
- 7) Por defunción

¡Pero qué felicidad cuando un paciente se encuentra en condiciones de ser egresado! No es sencillo hallar un caso así, puesto que el equipo multidisciplinario debe coincidir en dicha determinación.

La situación se torna lamentable cuando el único obstáculo para regresar a casa es la propia familia, quien muchas veces expresa su descontento a través de la vía telefónica. Se niega a responder los telegramas o intenta justificarse de la siguiente forma, al visitarla en su domicilio: “Ay, es que mi casa no está en condiciones. No pensaba que lo iban a dar de alta y, no tengo auto”, son algunas de las frases más socorridas, dice Alicia Velasco. De no ser aceptado, tal vez el paciente continuará viviendo en el hospital hasta que la muerte lo tome en cuenta.

3. 2 Los condenados a permanecer toda su vida atrapados entre los muros de la locura Unidad Terapéutica de Larga Estancia

Y como vamos en orden, en primer lugar deseamos presentar a la Unidad Terapéutica de Larga Estancia, antes Pabellón uno, en donde el responsable es el médico Jesús Alba Nieto, quien se autodefine como una persona que no se queda callada y ya verá usted por qué.

--- Doctor Alba: ¿cuál es el principal objetivo de esta Unidad Terapéutica?

--- Según lo que está escrito en el programa general o en el anual, debemos contar con un área especial para los pacientes que por sus características no tienen posibilidades de egreso. Son personas con retraso mental profundo, no tienen familiares y han sido abandonados. El plan es ofrecerles un lugar en donde puedan estar bien atendidos en la cuestión médica, alimenticia y ambiental. Lo que se va a hacer es darles atención médica, actividades recreativas, ocupacionales y sociales. Seguir trabajando sobre todo en sus capacidades residuales. Hagan de cuenta que un paciente no tiene familiares pero tiene capacidad para... qué les diré, la carpintería, bueno, pues a ese paciente hay que pulirle esa aptitud para que en un futuro no muy lejano pueda ingresar a un programa específico en donde salga a trabajar de carpintero y regrese por la noche. No diseñamos programas ahorita porque creemos que estaríamos fantaseando mucho y a mí no me gusta fantasear de esa forma, a mí me gusta trabajar con lo que tenemos, si no lo tenemos no lo trabajamos.

En este momento el hospital se encuentra en una fase de reacomodo de pacientes, por ende, en todas las Unidades Terapéuticas se está haciendo una depuración de enfermos en el sentido de evaluar si tienen familia o no, qué funciones y deficiencias presentan, para luego enviarlos a la unidad correspondiente de acuerdo con sus característica, padecimiento y

capacidades. El cambalache de pacientes está en pleno, por eso la Unidad de Larga Estancia cuenta con un número cambiante de treinta y nueve pacientes.

--- ¿Cuáles son las características que debe cumplir un paciente para ingresar en esta unidad?

--- No tener familia, no tener posibilidades de egreso a corto o mediano plazo. Esto no significa que no va a salir sino que tiene menos oportunidad que un paciente con poco deterioro, más capacidades y que cuenta con el apoyo familiar. Con ese paciente vamos a trabajar sus áreas deficientes para poder reinsertarlo a su núcleo familiar y social (...) Se le va a educar para que aprenda a manejarse solo, con supervisión. Entonces se le va a enseñar... hagan de cuenta que nada más sabe meterse al baño y ponerse debajo de la regadera, le vamos a enseñar a que utilice el zacate, se bañe él solo; eso le va a ofrecer una mayor oportunidad de que en un momento dado pueda ser ingresado a otro programa cuando también sepa vestirse, comer por sí mismo, etcétera.

Alrededor del ochenta por ciento de estos pacientes no cuentan con el apoyo de su familia y pronto desaparecerá aquél veinte por ciento, puesto que serán transferidos a otras unidades donde van a trabajar con programas específicos para las familias.

El padecimiento más frecuente entre los enfermos que habitan esta unidad es el de tipo DOC. (daño orgánico cerebral), daño orgánico no demostrable pero sí clínicamente con evidencia; luego sigue el retraso mental y después la esquizofrenia. Afirma el doctor Jesús Alba.

Al preguntarle sobre el número de pacientes que valora psiquiátricamente al día, responde:

--- Es variable. Si termino la entrevista con ustedes después de las doce voy a ver a pocos pacientes, pero esto también es parte del trabajo. Si de pronto no hay ningún paciente agitado, reviso la lista de quienes no he visto, si veo a cuatro pacientes, perfecto. Hay quienes dicen que debemos de evaluar a ocho o diez pacientes diarios. Tal vez sea cierto, pero aquí en el pabellón no es tan fácil, eso es de acuerdo con tu estilo y a las actividades extras a la evaluación (...) Esto es de acuerdo con la necesidad de atención al paciente y a la decisión de cada uno de nosotros para tener al día sus expedientes. No te puedo dar un número exacto, podría hablar de cuatro o cinco en promedio, pero hablar es de ocho, hablar es de dos, hablar es de nueve, hablar es de nada. Como hoy por ejemplo, vamos a estar hasta mediodía con ustedes ¿no es cierto?

Luego cuestionamos con relación a las instalaciones.

--- En ese sentido creo que no hay instalaciones adecuadas. Sería costoso, por un lado, pero por otro, sigo pensando una cosa, les aclaro que esto va a ser, si alguien más lo escucha, motivo de una fuerte crítica para mí. Yo aún creo que con lo que tenemos aquí podemos hacer todavía más cosas. Que pueden haber limitaciones, sí, también lo reconozco, pero no he visto, y sin afán de menospreciar a nadie, ni de ver mal su trabajo, no he visto a alguien que sea capaz de decir que con lo que tenemos podemos hacer más. Veo gente con ambiciones en el sentido de querer hacer muchas cosas, pero siempre y cuando le lleguen más recursos, no con esto (...)

--- ¿Lo que se puede hacer y no se hace, se debe a la falta de interés por parte del personal?

--- Cómo saberlo, solamente ellos saben.

--- Podemos observar que el hospital ha mejorado pero aún le falta más ¿qué es lo que le falta de acuerdo con su propia perspectiva?

--- Le faltan varias cosas, por no decir muchas, y muchas en el sentido de que son las mismas de todo el tiempo. Nos hace falta que reparemos algo, hace falta que le demos mantenimiento para que no se vuelva a descomponer o tarde en deteriorarse.

A este hospital le falta eso, tener un sistema de vigilancia para mantener lo que hay. Un sistema de detección que permita ver en qué momento y por qué circunstancias algo salió mal y corregirlo.

--- ¿Realizaría usted alguna petición a la Secretaría de Salud?

--- No (ríe). Yo creo que no porque preferiría mantenerme así como estoy. Peticiones pueden haber muchas y las mías pueden ser fantasiosas, pero no me toca a mí pedir, me toca ejecutar cosas que la Secretaría de Salud me pidiera (...) Ustedes pueden tener muchos recursos, pero se requiere también de la capacidad para saberlos utilizar.

--- Evidentemente esta unidad tiene carencias ¿qué necesidades colocaría en primer lugar?

--- Necesitamos más personal, más recursos. Yo no te puedo dar números ni cifras. Te puedo decir que una necesidad genera más necesidades. Entre más personal tengamos, más necesidades van a surgir, más variabilidad de necesidades. De acuerdo con las perspectivas que se tengan de este lugar serán las necesidades que te podría mencionar.

--- Dentro de las principales necesidades se encuentran los medicamentos ¿son suficientes?

--- Hasta ahora sí, aunque hemos tenido etapas de mucha carencia. A veces se acaba un medicamento y debemos utilizar lo que hay. Esto evidentemente no depende de la gente de aquí sino de la crisis del país.

Es justo en este momento cuando en la puerta de fierro del consultorio escuchamos unos golpes arrítmicos, dados con cierta torpeza y a volumen considerable.

--- Es un paciente, dijo una psicóloga que se encontraba ahí, luego se puso de pie para abrir, pero sólo hasta un espacio que no le permitiera la entrada.

--- ¿Qué pasó hijo? Y con balbuceos entrecortados el enfermo respondió algo que nosotras no logramos entender. La psicóloga le pidió que esperara ahí. Del cajón de su escritorio sacó un dulce, el cual fue recibido por unas manos de agitadas involuntariamente. Esto nos trajo a la mente la imagen de un niño que necesita hablar para satisfacer alguna necesidad y sólo su familia descifra dicho intento.

El paciente psiquiátrico sí que es fuera de serie comparado con cualquier otro enfermo, y he aquí la mejor muestra al mencionar las actividades de rutina en Larga Estancia. A las siete de la mañana el agua tibia los incita a darse un regaderazo, pero siempre con la ayuda de los rehabilitadores. Después de una hora, las charolas con dietas normales y especiales los esperan en el comedor; regresan a cepillarse los dientes, a que los rasuren, etcétera. Todos los lunes asiste el peluquero a esta unidad para brindar servicio a todo aquel que lo solicite o lo requiera. Posteriormente, el rehabilitador prepara algunas actividades como juegos de mesa, dibujos, entre otros. A varios pacientes les practican evaluaciones psicológicas o psiquiátricas. Ahora las manecillas dicen que es la una de la tarde y con ello el momento de la comida. El resto del día les pertenece por completo, pueden ver televisión, caminar por el patio, buscar compañía para charlar o simplemente descansar. Al caer la noche cada quien toma la cama que le agrada puesto que no existe un orden estricto por no considerarse funcional, tal vez en otros pacientes sí pero aquí no se estila de ese modo, así es que jamás encontraremos un nombre escrito sobre una cama. Sólo existe la norma de los horarios, la no agresión y las que surgen entre los mismos pacientes.

Al continuar con la entrevista le preguntamos al doctor Alba Nieto, responsable de la Unidad Terapéutica de Larga Estancia:

--- ¿Los usuarios de Larga Estancia reciben rehabilitación?

--- Mmm... sí, bueno, la rehabilitación también incluye la socialización y en este sentido se trabaja mucho, sobre todo porque el paciente con retraso mental tiene dificultades con la interacción y con la adaptación. Buscamos la socialización a través de diferentes actividades: dibujar, iluminar, hacer recortes, figuras con plastilina, ensamble con objetos, jugar con el memorama, etcétera. Aquí más bien son actividades un poquito recreativas. El paciente con retraso mental no tiene tanta capacidad, al menos los que tenemos aquí, como para hacer actividades de carpintería, tal vez sí pero requeriría de mucho tiempo y no contamos con el personal específico para este tipo de labores, quizá en algún momento lo pudiésemos tener, no lo sé.

--- ¿Todos sus pacientes realizan estas actividades lúdicas?

--- No todos. Hay una cosa particular, a tal grado que habrá gente que no va a estar de acuerdo con esto e igual lo respeto. Aquí el trabajo para los pacientes no es a la fuerza, o sea no es de “te toca”. Se le invita, se les motiva, se les seduce con los juegos de mesa, con los colores. Prefiero no obligarlos para evitar que se agiten o se agredan a sí mismos o a otros. Llegan muchos, pueden ser veinte y todos están ahí haciendo dibujitos y jugando, al día siguiente los vuelves a llamar y no llegan o asisten sólo cinco minutos, entonces trabajamos un tiempo determinado con ellos y buscamos otra actividad para los demás. Sacas una pelota y empiezan a llegar otra vez (...) Para muchos es un trabajo frustrante porque es así de irregular, pero también tiene sus ventajas y sus gratificaciones.

Posteriormente, le pedimos al jefe de la Unidad de Larga Estancia que nos platicara la historia de un paciente externado; sonríe y comienza a narrar la situación de uno de edad avanzada, a quien su familia nunca tuvo el interés de buscarlo durante diez años. Pero cierto día, durante una entrevista con trabajo social mencionó una dirección distinta a las que siempre había hecho referencia, ésta coincidía con el sitio en donde había sido encontrado, lo cual causó cierta curiosidad en el personal. Enviaron a la trabajadora social con la super misión de localizar este lugar y... ¡oh! sorpresa, encontró a los familiares. Como no querían aceptar al viejito, los del hospital los invitaron a que lo llevaran de paseo. La intención era que lo “reconocieran” debido a que eran casi unos niños cuando el señor se perdió. La labor de convencer a la familia duró un año aproximadamente a pesar de la amplia cooperación del paciente en las labores domésticas de su nueva casa.

Era una persona muy trabajadora, tanto que uno de sus sobrinos tenía planes para él como su brazo derecho en la apertura de un negocio. Entonces el paciente fue dado de alta y volvió a sentir la calidez del hogar.

Ojalá todas las historias de los pacientes llegaran a un final feliz, pero por desgracia casi nunca es así. Esto último nos recuerda la historia de Enrique Medellín, un hombre de cuarenta y cinco años de edad, aproximadamente. Cuando lo conocimos estaba cautivado por su reflejo sobre el vidrio. No le importaba ser objeto de nuestras miradas. Se lucía cambiando de posición tal y como si estuviera modelando para una cámara de cine: de perfil, de frente, levantaba la ceja izquierda al estilo de María Félix. Al momento de dar algunos pasos seguramente su imaginación transformaba la tierra y el césped en una verdadera pasarela de primer nivel.

Tiempo después tuvimos la oportunidad de platicar con él. Por favor imagine las respuestas de este paciente, con un tono chillón, entre amanerado y coqueto.

--- ¿Cómo te llamas?

--- *De cariñito Enrique Medellín Herrera, Quique.*

--- ¿Cuántos años tienes?

--- *¡¿Yooo?! Cincuenta y tres.*

--- ¿Cuántos tiempo llevas en este hospital?

--- *Veinte años.*

--- ¿Has estado en otros hospitales?

--- *En Neurología, en el Fray Bernardino, en el Hospital Guadalupe de Puebla, y en éste dos veces.*

--- ¿Cuál te ha gustado más?

--- *Pues todos, pero aquí pus son marranitos; es que son marranitos, muy sucios, muy asquerosos. Sí, sí, sí, sí les da eso de sífilis o cualquier otra cosa, sida. Aquí tienen sida.*

--- ¿Ah, sí? ¿Y quiénes tienen sida?

--- *Pues estos muchachitos tienen sida, andan sin zapatos. Y pues desde que llegué traían una, cómo le diré, una bata, andaban con el mocote así, y unas uñotas, los niñitos. Después me fui a mi casa un tiempesito. Después me fui al Hospital Guadalupe de Puebla. Soy un perdido, un drogadicto, pero de primera claaase.*

--- ¿Aquí te drogas?

--- *A veces.*

--- ¿Quién te la trae?

--- *Pues ya ves que siempre uno se junta con malas compañías.*

--- ¿Cómo entra la droga al hospital?

--- *Bueno, eso es acá, reínas; eso es acá entre nosotros. No es porque quiera acabar el mundo, pero esto es una conversación confidencial. Y siempre hay una religión y eso de que se coman al animal está prohibido porque hay especies en extinción y se pueden comer entre ustedes.*

--- ¿Viene tu familia a visitarte?

--- *Sí, pobrecito, pobrecito el animalito.*

--- ¿Quiénes vienen a visitarte?

--- *Pos, ustedes saben, yo siempre tendré amistades gracias a Dios, siempre tendré para mantenerme.*

--- ¿Cómo te tratan los médicos y las enfermeras?

--- *Pues no sé qué se traen aquí conmigo en este hospitalillo, porque yo ya les dije que al principio era granja, ahora manicomio, y hay unos animalitos muy feitos. No me dirijo al animal, sino a las personas que siempre deben de respetar, pero hay que poner una cosa en condición, que siempre hay que tener decencia. El que no tiene decencia nunca llega a nada. Que por qué hablas así, o por qué hablas allá, eso es cosa que a nadie le importa ¿verdad? Y no todos podemos cambiar la vida de las personas.*

--- ¿Qué te gustaría que hubiera en el hospital?

--- *Es que este hospital no sirve ¡cúchila!*

--- ¿Estuviste en el hospital cuando existía la granja?

--- *No, nunca ha habido granja. Ésta es la super carretera, la otra: la Malinche, el volcán del Popo.*

--- ¿Te gusta leer?

--- *Sí reínas, es que siempre hay que ser inteligente.*

--- ¿Te gusta bailar?

--- *Sí, pero no sé por qué siempre... El Rock de la cárcel.*

- ¿Te gusta?
- *Es el rock del manicomio, porque dice que se pone uno a bailar, está uno en la fiesta ¿verdad? Pero siempre viene una tontera y siempre pensamos en una cosa sea chiquita o sea grandota. Siempre dices ¿seré yo?, ¿serás tú? o cualquier otra cosa.*
- ¿A cuáles talleres de rehabilitación asistes?
- *Bueno, a mí no me gusta eso, porque yo no estoy loco. Yo nada más duro un mes.*
- ¿Te bañas diario?
- *No, yo me baño cada jueves y domingo.*
- ¿Hay algo que te gusta hacer y te lo prohíban?
- *Mmm... me gusta estar divirtiéndome en la fiesta ¿verdad? Gente entrometida.*
- ¿Qué haces en tu tiempo libre?
- *Voy a la escuela.*
- ¿Vas con la maestra Aurora?
- *No, no, no, no ustedes me confunden. Yo estuve en el Heroico Colegio Militar. Pero yo soy drogadicto, desde chiquito.*
- ¿Tienes amigos aquí?
- *Pues yo tengo un montón de amigos: cucarachas, mosquitos, ellos son mis amigos.*
- Nos referimos a los pacientes.
- *No, no es por nada, pero yo he visto a Tarzán y a su compañera, el tesoro de Tarzán y cuando Tarzán se murió, de parálisis y después se murió, lo vi en el periódico.*
- ¿En qué pabellón estás?
- *Estoy en el pabellón uuuno.*
- ¿Has estado en el pabellón cinco?
- *Sí, pero siempre me sacan, se les ocurrió a los pobres inocentes.*

En forma súbita se despidió de nosotras sin darnos oportunidad de continuar, parecía tener mucha prisa.

Enrique fue adoptado cuando era niño pero nunca logró adaptarse al nuevo ambiente familiar. Tuvo problemas afectivos con sus nuevos padres. Luego empezó a consumir drogas y todo esto dio en él como resultado un cuadro psicótico compensatorio en donde exalta sus cualidades de manera exagerada para ocultar sus carencias. La pobreza de cariño y de

autoestima, sumado al rechazo por parte de su familia, crearon un paciente adaptado al hospital, el cual le ofrece un techo, comida, ropa, amigos y gente que le sirve como público.

En ciertas ocasiones lo hemos visto leyendo libros y revistas --Es un poco... sí, sí le gusta leer, nos dice el doctor Alba con una suave sonrisa. --Es parte de sus exageraciones. Los intelectuales leen, como él es el hombre más inteligente, tiene que leer. Es parte de lo que utiliza para hacer congruentes sus delirios.

--- ¿Vienen sus familiares a visitarlo?

--- Sólo cuando creen que se va a morir. Sí, en serio.

--- ¿Y cómo saben que se va a morir?

--- Hace poco se les mandó un aviso, intentamos localizarlos. Parece que alguien tergiversó la información al comentar que necesitábamos verlos porque Enrique estaba enfermo.

Vinieron como siete familiares, preocupados porque pensaron que ya se había muerto y por eso los mandábamos llamar. Como no se murió, no han regresado. Eso lo percibe él, no es algo que se pueda ocultar.

--- A veces lo hemos visto en una postura de pleito con sus compañeros ¿es agresivo?

--- Digamos que es un poco retador, un poco fanfarrón si acaso, pero yo no lo he visto pelarse con nadie.

3. 3 Los pacientes psiquiátricos que pretenden salir a trabajar

Unidad Terapéutica de Hospital de Noche

Al caminar hacia el lado derecho de la Unidad de Larga Estancia, nos encontramos con el edificio que anteriormente recibía el nombre de Pabellón 2, ahora dividido en la Unidad Terapéutica de Hospital de Noche (en el ala A), y Unidad Terapéutica de Subsecuentes (en el ala B). Pero vamos en orden y ocupémonos de la primera.

Esta unidad cuenta con un programa que apenas está siendo diseñado. Contempla veintiséis candidatos de todo el hospital. Los criterios para aceptar a un paciente son: sintomatología controlada, capacidades físicas y mentales conservadas, autosuficiencia y funcionalidad, independientemente de que tengan familia o no. Todo esto con la intención de reinsertarlos a la sociedad sin que representen una carga, ¿cómo?, intentan hacerlo de la manera más

productiva posible, es decir, que trabajen fuera del hospital durante varias horas al día para regresar sólo a comer, por medicina o apoyo médico. El siguiente paso es egresar a quienes sean autosuficientes, o bien, trasladarlos a sitios especiales para estos casos.

“La idea es que salgan por la mañana, regresen por la tarde o hasta la noche y vengan a dormir, como cualquier empleado. Hospital de Noche trata de colocar en el ámbito laboral a los pacientes más aptos, esperando su autosuficiencia”, indica la psiquiatra Rocío Barrera Zamorategui, encargada de la Unidad.

Aquí hay varios pacientes que se dedican a lavar los autos del personal en el estacionamiento interno. Con ellos se encuentra en la mira la posibilidad de sacarlos a trabajar a otro lado. Inclusive en nuestros primeros días de estancia en el Samuel Ramírez, al atravesar el aparcamiento, nunca faltó alguna frase como: --Doctora, ¿le lavo su carro? Cobro barato, nada más cinco pesos. Se lo dejo como espejo.

Para muchas personas sería motivo de asombro y espanto imaginarse a sí mismos laborando junto a un loco. Ignoran que es aquí donde la farmacología juega un papel importante al influir favorablemente sobre la conducta de los enfermos.

---Estos medicamentos reducen los síntomas y los tranquiliza, a tal punto que pueden convivir con el resto de las personas y ni siquiera se notan sus alteraciones mentales. Entonces ya no tenemos por qué tenerlos almacenados en los hospitales, guardados, amontonaditos, sin que molesten a la sociedad, que no nos den problemas. Señala la doctora Barrera.

En el ala A tenemos a treinta y siete pacientes, de los cuales diecisiete pertenecen a Hospital de Noche. Quienes no deben permanecer aquí serán reubicados en otras unidades. Conforme pase el tiempo esperan contar con un total de ochenta enfermos como población cambiante, debido a los egresos y traslados a otras instituciones.

Esto tiene congruencia al autovisualizarse el Samuel Ramírez como un hospital para pacientes agudos y subagudos donde estabilizarlos llevará máximo tres meses, para luego darlos de alta.

De entre esa versatilidad, los enfermos más funcionales serán enviados a Hospital de Noche. La doctora responde de inmediato al preguntarle la definición de “paciente funcional”:

--- Nos referimos a una persona que tiene autonomía. Puede realizar ciertas actividades sin que necesite ser supervisado estrechamente. Por ejemplo, quienes se pueden bañar por sí

mismos, vestirse, rasurarse, lavarse los dientes, hacer su aseo, trapear la oficina, en fin. No necesito agarrarlos de la mano para guiarlos o decirles a cada momento: ahora mueve para acá la escoba, ahora hazle para acá. Después de una pequeña capacitación pueden hacerlo por sí solos.

Una forma efectiva de motivar a los pacientes es a través de reforzadores, una especie de premio a cambio de realizar cierta petición indicada por el personal médico y paramédico: si te bañas te doy un cigarro, pórtate bien y te doy café, etcétera. La principal motivación para quienes salgan a trabajar será percibir un salario, simbólico para empezar, pues la intención no es explotarlos ni que lo haga su familia.

Al laborar fuera del hospital, el paciente se siente diferente, se autopercibe importante y capaz. Son el centro de atención y andan por ahí platicándole a media humanidad que van a salir a trabajar, lo cual ha desatado una serie de peticiones por parte de pacientes no aptos, en busca de una oportunidad para integrarse a la actividad.

Una de las pocas actividades que realmente pertenecen al programa de Hospital de Noche es escuchar a los pacientes: sus quejas, peticiones, ocurrencias y demás. Al mismo tiempo les dan información de su interés, felicitan a alguno por su cumpleaños. Aquí la principal demanda de los internos es: ¿cuándo salgo a trabajar?

Las trabajadoras sociales son las personas dedicadas a la tarea de conseguir los empleos, del mismo modo se encargarán de elaborar unas credenciales donde aparezca la fotografía de cada "empleado" con su nombre, dirección y número telefónico del hospital. Incluso se mencionarán los números del radio de varias autoridades para una rápida localización en caso de emergencia.

Con la intención de que esto último no llegue a ocurrir, tienen el plan de darles un curso de inducción, sobre todo a quienes llevan años de no poner un pie en la calle, para que sepan cómo actuar ante una situación de peligro, a quién solicitar ayuda, la forma adecuada de marcar un número telefónico, cómo atravesar las calles, el valor del dinero. Para quienes estamos afuera, todo esto es de lo más normal, pero para ellos es enfrentarse a un mundo completamente diferente y desconocido.

En este mundo tan lejano se encuentran sus familiares, donde la distancia es medida por el rechazo. La especialista menciona los motivos:

--- La falta de aceptación en la mayoría de los casos es porque los familiares fueron agredidos por el paciente, entonces esto les produjo miedo y resentimiento. En otros casos desde el principio se mantuvieron alejados y no quisieron hacerse responsables aun cuando el paciente no los haya agredido. No quieren saber nada de él porque es un paciente psiquiátrico.

Aquí tenemos todo tipo de casos; por ejemplo, el del paciente que heredó parte de los bienes de sus padres y a hora los hermanos no se lo quieren llevar porque puede preguntar: ¿dónde quedó mi casa? Y hasta aquel que intentó violar a un bebé o a un niño; obvio, ¿cómo va a regresar? Aunque hayan pasado los años, el antecedente queda en la memoria de la familia. Hay un paciente mayor, aunque sus hermanos quieren llevárselo no pueden hacerlo porque su edad ya no les permite ni siquiera sostenerse a ellos mismos.

La mayoría de los pacientes egresables no son dados de alta debido a la falta de alguien que los espere allá afuera. Mientras tanto, quienes se encuentran en la situación contraria están deteriorados física y/o mentalmente, es imposible egresarlos porque no se encuentran en condiciones de convivir fuera del hospital.

Otro inicio importante dentro del programa fue la salida de cuatro pacientes con tres miembros del equipo multidisciplinario a la capilla de San José Apóstol, ubicada en Tláhuac. En este lugar les ofrecen empleo, el piso necesita ser barrido y trapeado para dar una buena impresión a los creyentes.

---Nos fuimos en microbús, como cualquier gente, hicimos la parada, nos bajamos, como se espera que algún día lo hagan ellos solos. Menciona la doctora Rocío Barrera.

--- Entonces los planes están empezando a cristalizarse, afirmamos.

--- Se está difundiendo la idea, pero aún no se sabe exactamente qué es. Existirá una cosa llamada Hospital de Noche. Todo mundo lo ataca diario, lo cual interpreto como un rechazo al cambio. Lo quiero comprender así para que no me duela. La no aceptación es a todos los niveles. Me desgasta dedicarme a aclarar situaciones en lugar de trabajar; pierdo el tiempo.

--- ¿Por qué la falta de aceptación? ¿Piensan que sólo van a trabajar de noche? Preguntamos en forma irónica debido a que habíamos escuchado un comentario similar.

--- Tengo la idea de que pueda ser así en gran medida. Tal vez han de pensar que vamos a estar

a un lado del paciente durante toda la noche haciendo no sé qué. Es el desconocimiento del programa, además no sé si es un poquito... la envidia de que uno anda en algo nuevo y los demás dicen: ¿y si funciona?, ¿por qué no me llamaron a mí? Como dice un compañero: Si hay éxito, todo mundo va a ser el papá, si fallamos, nadie nos va a conocer.

El programa en sí implica muchos riesgos, estoy consciente de ello, pero nosotros nos lanzamos a trabajar porque lo principal es buscar la mejoría del paciente. Esto es una buena experiencia para que vean que a los pacientes no nada más los atendemos con los chochos o están ahí arrumbados, sino que todavía se puede esperar algo más de ellos.

--- ¿Cuáles son las principales carencias a vencer para que Hospital de Noche continúe con su labor?

--- Principalmente esto de la falta de aceptación para el cambio, lo demás como sea lo vamos solventando. Estamos en un hospital de gobierno, en salubridad, en donde sabemos que por la situación del país no podemos tener muchas cosas. Ahorita podemos trabajar con lo que tenemos.

Este proyecto incluye muchas cuestiones, implica cambiar las actitudes de la gente de allá afuera, de la sociedad en general, para que se pueda lograr algo con nuestros pacientes, que le digan a la sociedad: ¡Yo sí puedo, ayúdenme, apóyenme!

El programa de Hospital de Noche será presentado por el equipo multidisciplinario en una sesión clínica donde la mayoría de los temas serán expuestos a nivel de teoría. También informarán sobre los adelantos. Seguramente aquí entrarán en juego las opiniones de los asistentes: los profesionales de la salud mental.

La polémica se encuentra presente: hay quienes tienen depositada su fe y esperanza en este proyecto, otros aseguran que se trata tan sólo de un jueguito absurdo porque es demasiado difícil, por no decir imposible, que un paciente psiquiátrico pueda ser independiente en todos los aspectos. Otros más dicen: todo esto forma parte de una pantalla político-administrativa por parte de las autoridades. Sólo el tiempo nos llevará a una respuesta clara y certera.

3. 4 Para quienes la locura, por uno u otro motivo, no los deja en libertad

Unidad Terapéutica de Subsecuentes

En la siguiente sala (ala B) encontramos la Unidad Terapéutica de Subsecuentes, cuyo programa aún no se encuentra completamente estructurado. Su función está encaminada a dar atención a los pacientes que llegan a ser egresados pero sufren recaídas muy frecuentes, debido al abandono del tratamiento o al rechazo familiar. En ocasiones egresan con cierto nivel de estabilidad, pero se descompensan en su casa y a los cuatro días los vuelven a internar.

Formular el diagnóstico integral, psicosocial y familiar, pero sobre todo buscar que se reduzca el índice de recaídas del paciente y que la familia se involucre más con la enfermedad para entenderla, son los primordiales objetivos a cubrir, señala la responsable de la unidad, la psiquiatra María Estela Díaz González, quien también agregó que actualmente no se está trabajando conforme lo señala el proyecto porque se le da mucho auge y apoyo a Hospital de Noche. Además, no se cuenta con un programa bien estructurado, ni con el personal suficiente para desarrollarlo.

De los treinta pacientes que permanecen en esta unidad sólo uno pertenece a Subsecuentes, los demás esperan ser reubicados en otras Unidades Terapéuticas. Por lo tanto, las actividades realizadas continúan en proceso de reestructuración y el grupo de enfermos, cuyas edades varían entre los veinticinco y los setenta y cinco años, sigue el mismo ritmo de vida de pabellón.

Estela Díaz asegura que la cifra de candidatos para Subsecuentes no es elevado debido a que muchos pacientes siempre han estado encerrados en el nosocomio y son tranquilos, por consiguiente no se puede hablar de recaídas.

Dentro de los cambios que sufrirá la mencionada unidad, el más importante será la estancia no mayor a los seis meses, tiempo en el que se trabajará con el usuario para posteriormente darlo de alta o ingresarlo a otra Unidad Terapéutica. También se llevará a cabo terapia de grupo, asamblea de pacientes, actividades de rehabilitación, entre otras.

Son varios factores por los que no ha empezado a laborar la Unidad Terapéutica de Subsecuentes como tal: no existe un programa estructurado, no tiene el suficiente personal, sólo hay dos personas desempeñándose en ella. Hay pacientes que no pertenecen al programa, de los cuales el cincuenta por ciento tiene familia pero ninguna se responsabiliza de ellos. Aquí

encontramos diversas patologías como retraso mental, daño orgánico cerebral y esquizofrenia. En fin, es una serie de obstáculos que impiden el avance. Entonces, digamos que por lo menos el nombre ya se tiene, aunque las actividades no lo respalden; sin embargo, no por esto se deja de valorar y dar seguimiento a los usuarios.

Otro problema es la falta de infraestructura, de espacios cerrados que ayuden a controlar la conducta de los enfermos mentales.

---El hospital es grande y cuando llegan a su casa, a unos cuartitos de cuatro por cuatro, seguro que se descompensan. Señaló convencida la especialista.

Con relación a las normas que deben seguir los pacientes de esta unidad, Díaz indicó: “No es algo estricto, simplemente se les recuerda que duerma cada uno en su cama. Por ser una población cerrada, la homosexualidad está al orden del día y muchos pacientes duermen con su compañero. Se les prohíben las bebidas embriagantes o droga. Les bloqueamos la agresividad, ya sea con fármacos o aislándolos, en ocasiones se recurre a la sujeción, aunque esta actitud es cuestionada, es una práctica que se maneja en medicina. Si el enfermo se está haciendo daño, hay que sujetarlo”.

--- ¿Cómo es que entran al hospital el alcohol y las drogas?

--- Es difícil saberlo. Creo que el narcotráfico está metido en todas partes. No conocemos las vías de entrada, sabemos que existe y que los familiares de los pacientes están involucrados.

La queja está puesta, pero no puedo decir: es él, porque no me consta. Otro factor es que al paciente psiquiátrico se le cree poco, porque siempre pensamos que es una idea delirante.

En ocasiones ellos mismos nos dicen: “es que el señor fulanito nos trae”, pero ¿cómo podemos demandar si no tenemos pruebas? Existe el grupo de vigilancia, pero... bueno.

Resignada, la doctora evitó continuar su comentario.

3.5 ... Porque ante todo, también son seres humanos

Unidad Terapéutica de Neuropsiquiatría

La siguiente Unidad Terapéutica es la de Neuropsiquiatría, el lugar donde permanecen los pacientes con trastornos neurológicos severos.

--Hablando en términos populares, no tan médicos, diríamos que es la gente más amolada, más deteriorada y son los que más dependen de nosotros. Por ejemplo, de los treinta pacientes que tenemos en la unidad, aproximadamente veinticinco tienen el diagnóstico de retraso mental profundo, los demás tienen un síndrome orgánico por traumatismos con fórceps u otros accidentes. Señala el responsable del programa, el psiquiatra Saúl Bustillos Olivas.

Y todo mundo se queja. Alguien debe mover a estos pacientes porque tienen malformaciones físicas y en ocasiones no pueden avanzar dos pasos: dan uno hacia adelante y luego dos hacia atrás. No son capaces de expresarse verbalmente porque no tienen la capacidad de emitir el lenguaje, aunque con sus gritos manifiestan dolor, alegría, tristeza. Alguien debe bañarlos, cambiarlos, dirigirlos por dónde deben caminar, de no ser así hasta es posible verlos chocar contra la pared o con la puerta una y otra vez, o bien, tropezar por su andar.

Además, no les es fácil soportar la ropa, por lo tanto varios de ellos se la quitan y pasean completamente desnudos por toda la unidad. Hay otros que juegan durante horas con su pene. Uno que otro orina y defeca en cualquier lugar, no acatando el programa de control de esfínteres. ¿Será por esto que sus familias los abandonaron en la calle o por error dejaron la puerta abierta para que salieran y nunca regresaran?

Si bien es cierto que los más amolados representan una carga física, económica, mental y de tiempo, también son las personas más necesitadas de afecto, protección y del apoyo de su familia.

Así, de los treinta internos, tres cuentan con familia, las cuales están localizadas y se tiene contacto con ellas, pero ninguna se responsabiliza de su paciente.

Ante esta situación le preguntamos al psiquiatra Bustillos los objetivos de la unidad y su forma de trabajo, él contestó:

--- El principal objetivo no es el de egresar porque sabemos que no tienen familia y los que la tienen carecen de los medios para llevárselos a casa. Buscamos brindarles una mejor calidad de vida: digna y con un rostro lo más humano posible. Para lograr todo ello debemos tomarnos de pequeños objetivos, programas de rehabilitación psicosocial y física, los pilares más fuertes manejados aquí. Dentro de éstos se manejan programas específicos y básicos como son: hábitos alimenticios, autocuidado, control de esfínteres y

socialización.

El primer programa consiste en que los pacientes aprendan a comer por sí mismos, utilizando cuchara, vaso y demás. En el segundo, se les enseña sobre el baño diario y el cambio de ropa. El tercer programa consiste en un entrenamiento enfocado a acostumar al cuerpo a realizar sus necesidades fisiológicas en horas determinadas, aun cuando no tengan ganas, esto con el fin de que no defequen u orinen en sitios inapropiados. Todas estas actividades resultan complejas para los pacientes, por tal motivo se les enseña lo mismo constantemente, además de ser reforzados con algún dulce o agua. Con el programa de socialización buscamos mejorar su contacto con la gente para que aprendan a expresar su afectividad y logren abrir canales de comunicación. De esta manera se realizan juegos, paseos por el hospital y en ocasiones algunos salen fuera de éste.

Tuvimos la oportunidad de ver el desarrollo de las actividades en esta unidad y participar con el doctor Bustillos en la musicoterapia, “un programita que recientemente se ha instaurado,” según sus propias palabras.

--- Lo que deseamos es mejorar la comunicación, disminuir el estrés y la ansiedad generadas por el encierro. Explica mientras toma los materiales necesarios para la sesión: una vieja grabadora y tres o cuatro casetes. --A parte de lo que es la música. Queremos implementar instrumentos musicales, lo cual dará pauta para que se expresen y descarguen agresividad.

--- ¿Cuánto tiempo llevan con este programa? Le preguntamos al momento de salir de su oficina.

--- La musicoterapia tiene a penas ocho días dentro del hospital y ya hemos notado más comunicación entre los pacientes. No me refiero al habla porque no tienen capacidad para verbalizar, pero sí para demostrar afecto: tienden la mano, manifiestan menos agitación, se muestran más cercanos, incluso llegan y nos tocan, nos quieren abrazar, algo que no era tan común. Creemos que vale la pena tener este programa.

--- ¿Cómo realizan esta actividad?

--- Es algo muy sencillo. Se les pone música especial en un espacio propio, pero terapéutico, no es lo mismo si les dejamos la radio a todo volumen. Primero es música rápida y luego lenta, esto es para que el paciente se exprese a través del baile, del movimiento, y tenga

mayor flexibilidad. Casi todos estos enfermos tienen estereotipias, que son movimientos de inclinación, y de esta forma siguen el ritmo de la música.

Llegamos a una habitación de seis por cuatro metros aproximadamente, de paredes blancas y dos ventanales que iban casi de piso a techo, por ahí entraba la luz del día. Habían quince sillas de plástico blanco colocadas en semicírculo. Un empleado de vigilancia junto con el doctor empezaron a llamar y a traer a los pacientes que se encontraban en el patio de la unidad: unos tirados en el suelo expuestos a los rayos del sol, otros andaban brincando, caminando o gritando por los pasillos. Nosotras los íbamos recibiendo.

El doctor entró y conectó la grabadora para que el sonido de la radio atrajera más rápido a los enfermos, y en efecto, así sucedió. Algunos, inquietos por el ruido se dirigían hacia el aparato.

--- ¡Cuiden la grabadora! Nos indicó alarmado. Volteamos a ver y ya estaban tres pacientes presionando los botones.

--- Dejen la grabadora. Quítense de aquí. Siéntense allá. Eran las frases con las que intentábamos apartarlos del aparato electrónico, pero no resultó. Cuando el doctor vio la situación se apresuró a quitárselas, y retirándolos, sentó a cada uno en una silla.

Todos los pacientes estaban ya reunidos, entonces el médico procedió a poner música rítmica de estilo tropical durante cinco o siete minutos para que descargarán agresividad, impulsos, energía. Algunos permanecían de pie, otros sentados, pero la mayoría manifestaba movimientos o producían sonidos a través de su garganta y/o con las manos. Los siguientes veinte minutos fueron de música clásica. Los enfermos se relajaron, los movimientos disminuyeron.

Al finalizar, nos colocamos en la puerta para permitirles la salida y ofrecerles un dulce como reforzador.

Así, la Unidad Terapéutica de Neuropsiquiatría trabaja con los pacientes más afectados, los que no tienen posibilidades de egreso, con aquellos seres humanos que más sufren, que carecen de todo.

--- ¿Con qué personal cuenta la unidad?

--- La unidad cuenta con personal de enfermería, rehabilitación y psiquiatría. Psicología no, porque con estos pacientes de retraso grave no hay mucho que hacer a nivel de psicología clínica, salvo conductista, pero eso lo hacen los de rehabilitación.

--- Según las necesidades de estos pacientes ¿en qué situación se encuentran las instalaciones?

--- Están limpias, confortables y sobre todo humanas. Ninguna ventana tiene vidrios, sino micas para que no las rompan. No hay nada con lo que puedan lesionarse. Hay rampas por todos lados. Los baños están diseñados para que el paciente llegue y evacúe, se levante y automáticamente el baño se limpie. Lo que nos hace falta es vegetación, pero se cumple con el paseo terapéutico al estar un rato bajo los árboles fuera de la unidad. En general se cuenta con lo necesario, con lo indispensable. Si hay algunas carencias para llevar a cabo las actividades de musicoterapia porque nos faltan instrumentos musicales; sin embargo, los estamos consiguiendo.

3. 6 La élite de los pacientes más “cuerdos” del hospital

Unidad Terapéutica de Pre-alta

En el edificio de Neuropsiquiatría se encuentran los usuarios que pertenecen al programa: Unidad Terapéutica de Pre-alta.

El psiquiatra César Bañuelos Arzac, responsable de la mencionada unidad, comentó: “Estos pacientes estaban en el pabellón tres, pero debido a un temblor, las instalaciones quedaron en posibilidades de derrumbarse y por esa razón se tuvo que adecuar este lugar”.

El objetivo primordial de pre-alta radica en la reinserción del paciente a su familia, a la sociedad y volverlo productivo en la medida que sea posible, “situación complicada”, según el doctor Bañuelos porque más del cincuenta por ciento de ellos son abandonados.

--- Anteriormente no había productividad en este hospital en cuanto a ingresos y egresos, pero se lanzó una especie de ultimátum para que en breve, el hospital empezara a proporcionar camas al sistema metropolitano de salud mental, y con esa mira se crearon los primeros objetivos de esta unidad, que es concentrar a todos los pacientes externables y empezarlos a

dar de alta. Señaló el especialista.

Ahora existe el afán de lograr esta meta trazada hace tres o cuatro años. En aquel entonces era un total aproximado de quinientos pacientes por lo que este deseo se convirtió en un proceso lento. Con este programa específico de Pre-alta se realizará una revisión exhaustiva de los expedientes de los internos para valorar su situación y dificultades. Sin embargo, existen enfermos que jamás van a poder ser egresados por ausencia de familiares, en este caso serán distribuidos a otras unidades.

En la actualidad, Pre-alta se encuentra en el momento de concentrar a los pacientes externables y reubicar a los que no pertenecen a este programa.

--- Cuando llegué recibí a cuarenta y cinco enfermos, ahorita son treinta y seis. Hemos dado de alta a un buen número y otros han sido trasladados a las diversas Unidades Terapéuticas.

Puntualizó Bañuelos.

Ya era necesario un programa de este tipo en El Samuel Ramírez, pues se estaba convirtiendo en una granja humana, en donde todo aquel que ingresaba se quedaba encerrado de por vida. Afortunadamente una nueva visión lo está inundando y Pre-alta ha demostrado un interés particular por cubrir sus propósitos.

3. 7 Cuando la vejez los alcanza dentro del psiquiátrico

Unidad Terapéutica de Psicogeriatría

Este nosocomio encierra un mar de voces, de historias, de vidas, ¿qué tan apegadas a la realidad están? Nadie lo sabe. Pero dejemos que sean los protagonistas quienes hablen. Nos acercamos a un paciente anciano que se encontraba sentado en el suelo, cubriendo su cuerpo con una cobija, estaba allí porque su silla de ruedas se la habían llevado a reparar. No puede caminar porque no tiene la pierna izquierda.

--- ¿Nos puede decir su nombre? Le preguntamos al hombre que mirándonos con el verde intenso de sus ojos, respondió:

--- *Gregorio Lew ... ele, e, doble u, a, ele, o, ese, ache, i, ene...*

--- ¿Qué estudios tiene?

--- *Economía, Filosofía y Letras, en Artes y Ciencias ... y cuatro ingenierías: Ingeniería*

Química, Automotriz, Aeronáutica y de Obras Portuarias.

--- ¿Cuánto tiempo lleva viviendo en este hospital?

--- *Cerca de ocho años.*

--- ¿Le gusta vivir aquí?

--- *Ya quiero salir, quiero mi libertad, yo no estoy enfermo; mi hermana me encerró para castigarme porque yo era mujeriego y parrandero ...*

--- ¿Y jugador?

--- *Jugador también. Se le pasó la mano porque con unos meses hubiera quedado bien la cosa, pero me encargó con unos vecinos y esos me encerraron aquí .*

--- ¿Cuántos años tiene?

--- *Sesenta y ocho. Nací el trece de diciembre de 1929... Fui boxeador... pelé contra noventa y siete.*

--- ¿Cuándo fue su última pelea?

--- *El primero de enero de 1960 contra Fire City a quien ya le había tumbado el campeonato. Le di la revancha de consolación ya para retirarme . Lo noquee en dos rounds. Hice noventa y siete peleas, setenta y cuatro nocauts; sólo perdí una decisión dividida con Tony Sail. Vean la película **Semilla de maldad**, allí viene el documental de mis pleitos. Me dieron cien mil dólares por filmarla, me dobló Paul Newman, mi primo que era igualito a mí.*

--- ¿Vienen sus familiares a visitarlo?

--- *Mis hermanos me abandonaron, se fueron; vivían en Tijuana y se fueron a Los Ángeles.*

--- ¿Hay manera de que se comunique con ellos?

--- *Ellos creen que está bien hecho lo que hicieron, que así me protegían, pero no, mi libertad es lo primero. Pero ya voy a salir.*

--- ¿A dónde se va a ir?

--- *Me voy a ir a un asilo de la colonia israelita. Yo soy israelita y cristiano; judeo-cristiano soy. Mi tío es el Papa, es el mayor del cuarto matrimonio de mi abuelo que se casó a los setenta y cuatro años por cuarta vez. Yo espero casarme... estoy dispuesto.*

--- ¿Ya tiene con quién casarse?

--- *Tengo varias candidatas*

--- ¿Y cómo va a seleccionar a la definitiva?

- *Me van a seleccionar a mí, me van a dar dote porque entre los judíos así se acostumbra. Hay una judía de treinta y ocho años, espero tener dos hijos con ella, pero si no tiene hijos la dejo.*
- ¿Tiene hijos?
- *Regados sí, pero me los han robado porque salen bonitos mis hijos y mis hijitas.*
- ¿Como cuántos tiene?
- *Como doscientos cuarenta.*
- ¡Son demasiados!
- *Pues son muchos años, muchas mujeres. Vivía con ellas una temporada. Con la que viví más tiempo fue con Ilda Enriquez Brito, de 1983 a 1985. Tengo un hijo de ella, pero lo recogió su hermana porque ella andaba muy mal y creo que está internada en el psiquiátrico José Sáyago, es esquizofrénica paranoide.*
- Nos decían que usted es el presidente de los pacientes...
- *Sí, yo soy el diputado de los pacientes, el puente entre el paciente y autoridad. Yo soy aquí autoridad, gestor y presidente del plantel, y me pagan diez millones mensuales. Tengo mi pensión porque me jubilé en la Universidad en 1988. Trabajé como investigador en Orientación Vocacional. De maestro no me han jubilado. La Universidad me debe doscientos cincuenta millones.*
- ¿Qué le gustaría que hubiera en este hospital?
- *Una mejor comida porque está muy mal; voy a protestar, voy a hablar con el director.*
- ¿Qué hace en su tiempo libre?
- *Pues yo siempre tengo tiempo libre , me gusta leer el periódico, leo mucho, me leo bibliotecas enteras.*
- ¿Quién te hace llegar los libros?
- *Aquí me los traen, me los regalan, los compro. Luego se los roban, y con gusto, yo dejo que me roben los libros, si ya los leí para qué los quiero. Me acuerdo muy bien de todo lo que leo, tengo memoria fotográfica.*
- ¿Hay alguien en el hospital con quien se lleve bien?
- *Con todo mundo, con todo el personal. A todos les ayudo, ellos me ayudan; yo comparto, compartimos. Cantamos, bailamos, trabajamos, fumamos todos juntos y en armonía.*

- ¿Qué es lo mejor que le ha ocurrido en este hospital?
- *Pues que me hayan tomado en cuenta para el empleo que tengo, sin tomar las opiniones de que estoy loco. Yo soy maniaco depresivo, pero todos lo somos. He tenido crisis en mi vida, pero justificadas y las he superado. Tengo cincuenta años de tratamiento psiquiátrico, no lo niego, me han dado electrochoques, me han dado de todo. Yo sé más que los psiquiatras.*
- ¿Qué ha sido lo peor?
- *Desde el punto de vista moral: no poder salir. Desde el punto de vista de desgracia personal: me tiró de la silla de ruedas un pobre loquito; no tuvo la culpa, trató de llevarme rápido y me abrí toda la cara, la nariz, la boca, todavía quedan las huellas.*
- ¿Te dan el medicamento suficiente?
- *Sí. Ha escaseado, pero es que se lo roban los enfermeros y el personal, tienen los casilleros retacados de medicamento. Poco a poco los van sacando y los venden en la calle. Cobijas, ropa nuevecita. Tienen más casilleros que nosotros.*
- ¿Han reportado esta situación?
- *Sí, aisladamente, no sistemáticamente, pero va a salir toda esa pudedumbre.*
- ¿Qué otras quejas tienes?
- *Que hay mucho trafique en la lavandería con la ropa; uno se quita algo más o menos bueno y jamás vuelve. Los lavanderos la lavan, la apartan, la planchan y la venden.*
- ¿Cuándo les vas a exponer estas situaciones a las autoridades?
- *Pues todos los martes acuerdo con ellos y se han dado muchas soluciones: la comida mejoró, la ropa, la atención médica. Había médicos balines y los corrimos, y todavía hay algunos encubiertos, pero con el balance e inventario del personal que voy a hacer me va a indicar quiénes trabajan y quiénes no, a quiénes se les debe aumentar el sueldo, en qué proporción y por qué.*
- ¿Ya tiene su material para realizar esta actividad?
- *Ya están los cuestionarios, los voy a aplicar a una pequeña muestra. Me dijeron que están excelentes. Yo soy experto en encuestas; soy sociólogo, fundamentalmente es de lo que vivo y es lo que más quiero. Estudié diez años y quedé hastiado. Ganaba mucho dinero y todo lo tiraba, además el ambiente es puerco, el ambiente de las cortes penales y de todas las cortes: las civiles, las fiscales, es un Monte de Piedad donde hay remates.*

El anciano se veía cansado y empezaba a distraerse con facilidad, por eso decidimos darle las gracias y dejarlo para que continuara asoleándose.

Otra vida, otra historia. Nos habían platicado de un paciente que en su juventud fue violador y asesino, cuando tenía un ritmo de vida “normal” como cualquier ser humano común que vive en el exterior de un psiquiátrico. Aún no lo conocíamos, pero nos imaginábamos a un hombre fornido, maduro, frío, calculador y mal encarado. Pero ¡oh sorpresa! cuando lo vimos: ese hombre tan delgado y encorvado, vestido de civil, con un pantalón café y un suéter grueso color verde. Sus pasos lentos, aunados a la calvicie y a las arrugas de su cara, nos mostraron a un anciano de casi noventa años de edad. La viva imagen del abuelito ideal. Su nombre: Higinio Sobera de la Flor, quien tiene una biografía que provocó la creación de un número de la revista semanal titulada **Relatos de Presidio** (No. 141), en donde se muestran nombres, fechas, el desarrollo de su trastorno, así como la situación actual de Higinio. Según la revista, “El Pelón Sobera” fue famoso por los crímenes que cometió.

En una ocasión lo vimos caminar cerca de la unidad a la que pertenece, nos acercamos y le preguntamos sobre su vida, pero sólo mencionó: “*Tengo treinta años que ... Hortensia, una señorita que... Estoy enfermo, déjenme*”. Y llevándose sus manos a la cabeza e incertidumbre en sus pasos, se retiró. Y en efecto, la revista da el nombre de Hortensia, una víctima de Higinio, a quien asesinó para después abusar sexualmente del cuerpo.

Estas dos historias permanecen guardadas en la Unidad Terapéutica de Psicogeriatría, otro de los nuevos programas que se está estructurando para los pacientes que tengan más de sesenta años de edad, quienes requieren de una atención especializada.

En la actualidad este edificio aún funciona como pabellón, pues de los casi ochenta usuarios, sólo veinte cumplen con el requisito de la edad. Además, faltan varias modificaciones arquitectónicas como el piso antiderrapante en los baños, colocar pasamanos en todas las áreas de la unidad, entre otras cosas. Y como nos mencionó la psiquiatra Guadalupe Infante, encargada de este programa, también se requiere de un personal más técnico, que tenga amplia vocación para trabajar con el paciente geriátrico. “Si les soy franca, no hay tanta disponibilidad. Este tipo de paciente necesita una atención directa, lo cual implica mucho trabajo. Desgraciadamente no contamos con el personal suficiente, entonces, la gente

piensa que se le está pidiendo trabajo de más y lo hacen a regañadientes, por eso se está buscando que en el pabellón estén las personas que les guste trabajar con el anciano”.

Al cuestionarle sobre las patologías más frecuentes de los pacientes geriátricos ella comentó: “En realidad no tenemos pacientes que estén completamente demenciales, son pacientes que han estado internados desde que eran jóvenes porque cometieron algún delito y estuvieron encerrados en el cinco y posteriormente, ya controlados, los mandaron para acá; otros, porque presentan alguna esquizofrenia, retrasos mentales y por algún motivo han estado abandonados”.

Este es un pabellón más que ya presume el título de Unidad Terapéutica, pero su funcionamiento aún no lo demuestra en su totalidad, digamos que apenas se empieza a sistematizar, que está iniciando el proceso del cambio.

Los problemas siempre han existido y existirán. Ahora se carece de instalaciones adecuadas, falta personal, sillas de ruedas, andaderas, recursos que necesitan los usuarios minusválidos, a veces agua y medicamento (que no está en el cuadro básico). La doctora señaló: “Si lo vemos desde el punto de vista ideal estamos mal, pero si lo vemos desde el punto de vista de que estamos trabajando, luchando porque esto salga adelante, creo que estamos muy bien porque creemos que vamos a mejorar”. Nosotras esperamos que no se queden en el “creer”; deseamos ver una total transformación y modernización, de las cuales se habla demasiado, pero todavía falta visualizarlas en la realidad, no tan sólo en proyectos y nombres sino en hechos.

3. 8 El territorio del psiquiátrico donde la libertad está prohibida

Unidad Terapéutica de Contención

Es una área de castigo, así la tienen conceptualizada los pacientes. Recopilando datos y opiniones de los que habitan el nosocomio, nos encontramos con Jesús García, un paciente que dice tener cuarenta años de edad y dos de vivir encerrado en este mundo apartado de la sinrazón.

-- ¿Le gusta vivir aquí? Le preguntamos.

-- *Sí, está bien el lugar, pero nos tienen amenazados de que nos van a meter al cinco.*

-- ¿Y por qué los amenazan?

-- *Por cualquier cosita que hagamos mal.*

-- ¿Qué le gustaría que hubiera en el hospital?

-- *Me gustaría que ya no hubiera castigos.*

-- ¿Cómo cuáles?

-- *Que ya no existiera ese pabellón cinco para que ya no nos tengan amenazados.*

La mala fama que tiene el pabellón ha crecido porque dicen que ahí están los más peligrosos, los que matan. Claro, así lo imaginan los que nunca han ingresado al temible lugar. Pero aquellos que ya lo han habitado por temporadas, hablan de manera distinta.

Con la ropa sucia y rasgada, un hombre delgado y alto se acercó para pedirnos un cigarrillo. Su voz gruesa y clara nos decía:

--- *Señoritas, ¿tendrán un cigarro que me regalen?*

--- No tenemos, pero mañana te traemos.

--- *Si señoritas, muchas gracias.*

--- ¿Cómo te llamas?

--- *Armando Rafael Daniel Rivera, El Carcelario, El Soldado Negro del Ejército. Mi padre tuvo una esposa y una mujer. Yo soy hijo de la reina de Castilla nacido en Alemania...*

--- ¿Te gusta vivir aquí?

--- *No, no me gusta. Tengo todo lo necesario pero no me gusta porque voy a acabar sin ropa y eso es injusto. Las mujeres comprometen en todo al hombre, no se enojen, pero traen al niño desnudo y al hombre también. Es tanto descuido del hombre como de la mujer, y la policía ya está castigando a las mujeres que andan desnudas allá afuera. Es el colmo con Zedillo, lo voy a acusar, a torturar, lo voy a matar...*

--- ¿Cuáles son tus inconformidades de este hospital?

--- *Que es injusto que nos golpeen. Los guardias nos golpean en el cinco (...) La única inconformidad que tengo es que nos quiten la ropa y que nos golpeen para entender. Los guardias me tienden la ayuda porque soy el que más la hago, sé karate. ¿Entienden que soy el mejor peleador? en cualquier momento golpeo a uno y le saco sangre, lo mato con karate...*

--- ¿Conoces a los agresivos del pabellón cinco?

--- Ahorita hay uno, ya me enfrenté un tiro con él y se lo gané; es igualito a mí, es mi hermano gemelo que no conocía. Hasta a Fulgencio que sale a matar le eché pleito. Conozco a Beltrán, con él me agarré y luego ya muerto lo revivió el diablo y me cerró el ojo...

Unas semanas después de esta conversación que tuvimos con El Soldado Negro del Ejército, entramos al pabellón cinco, y cuál sería nuestra sorpresa que al ingresar lo vimos en el patio de la unidad con un aspecto deteriorado y agresivo. Ya no nos reconocía. Algo había hecho mal en el exterior de este lugar.

Hasta el momento hemos presentado los nuevos programas terapéuticos para los pacientes internados, pero que gozan de mayor libertad y de ciertas ventajas en comparación con aquellos que habitan la Unidad Terapéutica de Contención, mejor conocida como el pabellón cinco.

Es como una ciudad prohibida dentro de un país desconocido. Tiene sus propias leyes, normas y reglas. Sus bardas parecen la muralla que marca estrictamente el territorio de su dominio.

---Lo siento, no pueden pasar sin autorización. Necesito que traigan un oficio para que se les permita la toma de fotografías y la grabación. Nos indicó el vigilante de la unidad.

En efecto, sólo con haber mostrado el papelito donde se especificaba el permiso para acceder al pabellón, las puertas y las rejas fueron abiertas. Aunque el responsable de la unidad, el psiquiatra Rafael Ortiz, no aceptó la grabación de la entrevista que le realizamos, ni tampoco permitió que platicáramos con algunos de sus pacientes.

Todas las actividades se realizan en el interior de la unidad. Allí comen, duermen, juegan, se les brinda atención médica, allí todo. Salvo en ocasiones, dos o tres pacientes salen a algún paseo terapéutico con el grupo de enfermos seleccionados, o bien, para dirigirse a los diferentes programas de rehabilitación dentro del mismo hospital.

El especialista indicó que atiende a una población de treinta y tres pacientes, con diversos trastornos, pero que presentan un grado de agresividad o agitación psicomotriz y tienen el riesgo de fuga, por lo tanto requieren estar bajo las medidas de seguridad que ofrece este lugar.

El pabellón se encuentra dividido en dos alas, como las llaman en el psiquiátrico, pero sólo una funciona, la otra está cerrada por mantenimiento, en ésta se observan todavía las dos celdas de castigo: unos cuartitos apartados, fríos e incómodos que afortunadamente ya no

se utilizan, pero que durante años fueron la residencia de varios pacientes. Al entrar a esta ala, se pueden ver las condiciones de vida que llevaron los faltos de la razón del cinco. Las camas, si es que se les puede llamar así, eran bases de concreto con cuatro agarraderas en los extremos que sujetaban a los enfermos cuando estaban agresivos. Los baños aún se pueden observar percutidos y en las peores condiciones. Todo parece indicar que en el momento en que se decidió clausurar esta área sólo trasladaron a los usuarios, sus pertenencias y las cosas más servibles porque lo demás quedó igual: las paredes rayadas por los enfermos, el piso sucio y todo el lugar mal oliente.

El sitio donde actualmente permanecen los temidos del cinco tiene otra presencia, por lo menos sí hay camas y limpieza. Dentro del extenso dormitorio, a un lado de la central de enfermería, se encuentra una celda de cuatro por cuatro metros aproximadamente, con una barda de 1.50 metros de altura y de ahí al techo una reja de fierro. Allí vive Fulgencio Blanco Torres, hombre que ha presentado mayor riesgo para su vida y la de los demás, razón por la cual su celda está acondicionada con lo indispensable para evitar su salida: baño y cama. Es como el rey de la selva: un león, sólo que capturado en la jaula de un circo. Pocos son sus amigos y muchos le temen, y con razón: en agosto de 1991 asesinó con una arma fabricada por él mismo a Daniel Estrada Méndez, su compañero de pabellón. Al parecer tiene bien desarrollada la capacidad para elaborar objetos punzocortantes, ya sea con un pedazo de alambre u otro material servible para este tipo de artículos.

Al preguntarle al doctor Ortiz sobre cuáles eran los objetivos del programa de la Unidad terapéutica de Contención, aseguró desconocerlos porque éstos son planteados por las autoridades. Su equipo y él solamente hicieron propuestas pero no colaboraron directamente en el plan de trabajo. Entre los beneficios de la unidad destacó la organización y la disposición de su personal para trabajar en equipo. Agregó que por ser un lugar cerrado, el sitio posee ventajas como la observación más cercana del paciente. Las desventajas: el encierro que a la vez promueve el morbo. En cuanto a las carencias: falta personal de todo tipo, pues asegura que son bastantes pacientes para un sólo psiquiatra, en ocasiones hay carencia de medicamento, capacitación y estimulación para el personal.

Y al igual que en todo el hospital, aquí también existen los pacientes líderes, y no precisamente positivos. El poseer café, pero sobre todo cigarros, da poder, autoridad y

liderazgo sobre los demás internados, ya que con cierta facilidad logran manipularlos. Son capaces de vender sus zapatos para obtener unos cuantos cigarrillos.

Es frecuente ver por el patio a algún paciente fumando y dos o tres detrás de él pidiéndole una probadita, pero el afortunado se da su importancia y comienza a ofenderlos o intenta golpearlos para alejar a quienes lo acosan; sin embargo, los otros se retiran un poquito nada más, pero siguen pendientes de que el cigarro se consuma hasta quedar la colilla o una mínima fracción, entonces el propietario lo tirará y ellos rápidamente irán a recogerlo. Gran parte de los pacientes tienen las yemas de las manos quemadas, todo por mantener hasta donde sea posible un poco de tabaco encendido entre sus dedos.

En este centro hospitalario se maneja el cigarro y el café como reforzadores, el área de rehabilitación así los utiliza. Ante esta situación el doctor encargado de medicina preventiva mencionó: “No hay pacientes con tuberculosis, pero existen tocedores crónicos porque el índice de tabaquismo es bastante alto; sin embargo, se mantiene en vigilancia”, aunque enfatizó que se han tomado medidas para combatir el problema, resulta difícil eliminarlo.

--- Se necesita cambiar los reforzadores, evitar el ingreso de cigarrillo, pero principalmente realizar una conscientización con el personal de base, porque también entre ellos existe un alto índice de tabaquismo. Declaró el galeno.

El contador Isidro Osornio nos comentó que en las facturas no puede aparecer la compra de cigarrillos porque va en contra de los principios de un hospital, entonces se ven ante la penosa necesidad de disfrazarlo como adquisición de dulces. Agregó que para la obtención de los reforzadores se invierte al año un promedio de cinco mil pesos, entre galletas, chocolates y otros artículos.

Viendo la dimensión del hospital y todos los gastos que implica mantenerlo, le preguntamos sobre la asignación presupuestal anual que se otorga a la institución: “Gira aproximadamente en mil pesos, el cual se destina principalmente a la conservación y mantenimiento del nosocomio, a la adquisición de medicamento y a los servicios subrogados de alimentación, limpieza y vigilancia”.

3. 9 El hospital dentro del hospital

Unidad Terapéutica de Atención Continua

Algo nuevo que tiene cerca de tres meses de existencia es la Unidad Terapéutica de Atención Continua, donde se canaliza al usuario que haya pasado al servicio de consulta externa y requiera ser hospitalizado. En este lugar puede permanecer cuatro semanas en promedio. Si se resuelve el problema psicótico entonces será dado de alta, de no ser así lo enviarán a cualquiera de las unidades, dependiendo de sus características.

Así, este programa piloto busca brindar --en una estancia breve-- un tratamiento intensivo, adecuado y un seguimiento continuo, expresó el psiquiatra Ignacio Martínez Palacios, encargado del área.

El especialista mencionó que regularmente son pacientes jóvenes los que ingresan a este servicio, debido a trastornos mentales provocados por el uso de sustancias tóxicas. Otras patologías frecuentes son las epilepsias y esquizofrenias

En esta unidad se trabaja con la familia del recién ingresado.

--- Se hace un esfuerzo tremendo para ir adiestrándola. Primero que acepte a su paciente, segundo: conozca el manejo que pudiera tener desde una perspectiva familiar. Otro aspecto, que entienda la patología: comprender por qué alucina, por qué dice cosas tan bárbaras o por qué se desnuda y sale a la calle.

Es difícil lograr el interés de la familia por uno de sus miembros cuando éste carece de razón y juicio; sin embargo, los padres son los más preocupados por el bienestar de sus hijos, son ellos los que han presentado mayor compromiso para continuar con el tratamiento. Desafortunadamente no todos los faltos de cordura cuentan con este apoyo, a ellos sólo les queda conformarse y atenerse a la atención que les brinden los extraños.

La unidad, mejor conocida por la sigla: UTAC, está creciendo, aunque con algunas carencias materiales y humanas. El psiquiatra Martínez afirma que ha tenido las facilidades pertinentes por parte de las autoridades para llevar a cabo el proyecto.

3. 10 Las manos que se entrelazan para coadyuvar al enfermo mental hospitalizado

La atención que reciben los pacientes internados no depende sólo de los psiquiatras, sino que se encuentra repartida entre varias disciplinas. Esto con la intención de conformar un equipo multidisciplinario dedicado a tratar la enfermedad desde varios enfoques. Dicha diversidad obstaculiza la coincidencia de opiniones, lo cual propicia rivalidad y lucha, dando como resultado repercusiones en los enfermos. El principal enfrentamiento ocurre entre los psicólogos y los médicos psiquiatras. Los primeros afirman que los otros se creen Dios porque sólo ellos pueden prescribir “chochos”, mientras tanto los psiquiatras aseguran que aquéllos no saben nada ¿Y el paciente?

3. 10. 1 Psiquiatría

Si en alguien recae la responsabilidad y el mayor peso de compromiso que tiene la institución, primeramente con las personas que lo habitan y también con la sociedad, es en la especialidad médica dedicada a la salud mental: psiquiatría. Es la parte medular que sostiene el proceder de los proyectos y programas de este centro hospitalario.

Según lo referido por el psiquiatra Mario Tercero Cortés, jefe de Hospitalización Continua, son unos veinte médicos especializados en esta rama quienes sirven a los faltos de la razón internados en El Samuel Ramírez. Unos son responsables de los diferentes pabellones y de sus respectivos programas como Unidades Terapéuticas, mientras que otros coordinan diversas áreas del hospital, que van desde la Subdirección, División de Enseñanza, hasta la División Paramédica e informática.

Todos quieren ver cambios en este nosocomio y ciertamente ha llegado a resultar difícil llevarlos a cabo; sin embargo, parece ser que nadie se quiere quedar atrás, y con mayor motivo los principales motores que provocan el avance del hospital: los psiquiatras, quienes deben realizar evaluaciones periódicas sobre el trabajo médico que se brinda, así como calificar, implementar y valorar los nuevos programas.

Hoy se puede observar que existe inquietud por hacer las cosas en forma distinta para darle movilidad, dinamismo, ¡vida! a un hospital que se estaba perdiendo en el valle del olvido.

Aún no se puede hablar de supervisión de los programas recién implementados, aseguró Mario Tercero, porque precisamente en ese paso se está trabajando: en implementar los proyectos

Al pensar en los diseños de los programas del hospital, diríamos que es una actividad específica de los psiquiatras; sin embargo, ellos también forman parte de un equipo multidisciplinario, donde junto con psicología, trabajo social, medicina no psiquiátrica y rehabilitación, aporta su granito de arena para formular las bases sobre las que se trabajará. Pero en la actualidad, los psiquiatras se dedican a la reubicación de los pacientes: a qué unidad se trasladarán, por qué, cómo se trabajará con ellos, etcétera.

Todo está en un proceso de transformación: “Se calcula que a fines de este año, las unidades, para como están definidas, trabajen establemente. En diciembre realizaremos el primer corte de avance”. Mencionó el galeno, quien aseguró que conforme a las necesidades que se vayan presentando, se modificarán los programas.

3. 10. 2 Psicología

Todos buscan cubrir un objetivo y el departamento de psicología no es la excepción. Lograr la reinserción del paciente a la comunidad y mejorar su nivel de vida en el interior del hospital, son las metas vigentes, asegura el responsable del área, el psicólogo Ezequiel Fernández.

Con veintiún psicólogos, el área se encuentra inmersa en las diversas Unidades Terapéuticas de hospitalización continua, así como en el servicio de consulta externa para adultos y niños. Sin embargo, no se pueden ocultar las carencias con las cuales trabajan. Las pruebas psicológicas y cubículos especiales para entrevistar a los pacientes son tan sólo algunos de los faltantes.

Una de las peticiones que ha realizado constantemente es la de incrementar el número de personal en su área, porque como él mismo lo dice: “Un psicólogo para setenta pacientes no es suficiente; además, el pabellón dos carece de atención psicológica”.

No obstante, a pesar de todas las dificultades a las que se enfrentan diariamente, los ánimos no se desvanecen por completo, y tratan de ver con optimismo el presente: “Creo que vamos

mejorando cada vez más (...) Todo es un proceso, lo bueno es que cada día existe más gente que se quiere integrar”.

Al preguntarle al psicólogo sobre las actividades que realizan sus colegas en las diversas unidades, contestó:

--- Elaboran entrevistas con los pacientes, llevan a cabo diferentes técnicas en cuanto a evaluación para llegar a un diagnóstico, efectúan reuniones con el equipo multidisciplinario para diseñar propuestas, hacer trabajos grupales o individuales.

Con relación a los cambios que sufrirá este departamento con el proceso de modernización, destacó los objetivos: “Se va a buscar que los pacientes tengan una mejor calidad de vida. Antes había pocas posibilidades de egreso, de reinsertar al paciente a la sociedad; ahora debemos dar un viraje a estos cambios con la rehabilitación psicosocial. Tenemos que poner en marcha lo que le corresponde al psicólogo clínico: trabajar más directamente con el enfermo, ya sea en grupo o en forma individual”.

Después de laborar quince años en el nosocomio, el psicólogo Ezequiel Fernández almacena en su memoria numerosas anécdotas con relación al psiquiátrico. Con agrado nos compartió una de ellas:

--- Trabajaba en el pabellón cinco. A mí siempre me ha gustado el deporte, entonces seguido realizaba con los pacientes alguna actividad de basquetbol o futbol. En ese tiempo venían muchos grupos de estudiantes a conocer el hospital y visitaban el cinco, pero sólo pasaban por afuera del alambrado. Ese día me encontraba con los enfermos jugando en las canchas, todos sucios. Pasó el grupo y le preguntaron a la enfermera que si podían entrevistar a alguno, ella les dijo que sí. Entonces se acercaron conmigo y me dijeron que si me podían entrevistar, yo les dije que sí. Y nos fuimos a sentar a una banquita. ---Oiga, ¿cuánto tiempo lleva aquí? ---Pues ya llevo un buen, unos seis o siete años. ---¿Y cómo se pasa aquí la vida? --- Pues yo trabajando como ves ahorita. Vengo, checo, trabajo y me voy. --- Perdón, ¿qué no es un paciente? ---No, soy psicólogo de este pabellón. ---¡Ay perdón! es que se parecen.

3. 10. 3 Medicina no psiquiátrica

Con respecto a los cambios que está sufriendo el hospital, existen críticas positivas, negativas y otras realistas. El doctor Pedro David Zavala Caballero, encargado del área de medicina no psiquiátrica, quien lleva siete años laborando en el nosocomio, nos habló sobre la perspectiva que tiene de la situación actual del nosocomio.

En una oficina prestada, porque carece de una, el médico general se mantuvo decidido a declarar sus inconformidades. En primera instancia manifestó que anteriormente se carecía de personal y por consiguiente los pacientes no eran bien atendidos. Ahora el número de empleados es mayor y asimismo los problemas: “Las relaciones interpersonales se vuelven hasta privativas para tratar al enfermo. La calidad de los psiquiatras ha disminuido considerablemente; créanme, los que hay ahora, no sé si es por la cantidad de pacientes, pero la calidad de su atención deja mucho qué desear; otros están desarrollando actividades administrativas”.

Enfocando la conversación sobre su área, comentó que el servicio del cual está encargado se creó hace cuatro años, a partir de darle la jefatura. Su objetivo es detectar, dar tratamiento y controlar los padecimientos no psiquiátricos que se presenten. Señaló que en la actualidad se cuenta con un cirujano y un rehabilitador físico, además de los servicios de odontología, medicina general e interna.

--- ¿Cómo trabaja medicina general? Le preguntamos.

--- La llevan a cabo los médicos adscritos a cada pabellón. Su función es el control de todos los pacientes y estar al tanto de cualquier interurrencia para atenderla. Los padecimientos más frecuentes son las infecciones en vías de respiración altas y los padecimientos de piel, como los hongos.

--- ¿Ante qué carencias se enfrenta medicina general?

--- Con mayor frecuencia, la falta de recursos. Algunos de ellos no tienen consultorio, un lugar específico para dar atención, hasta la falta de elementos tan simples como un baumanómetro. Esto se reporta, pero siempre se atienden las prioridades de tipo político-administrativas.

--- ¿En cuanto a cirugía general ¿cómo funciona?

--- Bueno, ahorita no está funcionando como tal, tenemos a un médico cirujano, quien a partir de su ingreso al hospital, hace unos ocho meses, nos hace el favor de facilitar los trámites para realizar una cirugía. Si el pabellón está en condiciones de realizarla allí, adelante, si no, se traslada a la Unidad Terapéutica de Atención Continua. En ocasiones se hacen traslados a otros hospitales tanto del Departamento como de Salubridad para llevar a cabo el tratamiento.

Como ven no contamos con quirófano tampoco con buen instrumental.

Al cuestionarle sobre la labor del médico internista, subrayó:

--- El médico internista es el que tiene el acervo máximo de conocimientos; pues ha cubierto todas las especialidades, inclusive abarca las urgencias. Tenemos uno por la mañana y otro por la tarde.

--- Y ¿cómo trabaja el servicio de odontología?

--- Quien me consta que trabaja es la doctora que viene de lunes a viernes. En ocasiones esta área carece de material, a veces no hay agua. En cuanto a la participación de los mismos pacientes para su mejoría dental, pues el mismo medicamento les provoca alteraciones, su misma condición psiquiátrica les impide mantener una técnica higiénica en el uso del cepillo. Cuando es indicación médica, las enfermeras se encargan del cepillado.

Al interrogarle si medicina no psiquiátrica participa en programas de enseñanza y capacitación, el doctor Zavala, ya conocido por sus compañeros de trabajo por ser un hombre en constante crítica y en desacuerdo con los cambios que se efectúan en el nosocomio, respondió:

--- No. Es difícil creer en departamentos que no muestran su buen funcionamiento. Si un médico asiste a un curso es por sus propios medios y no porque haya la comunicación sobre éstos.

--- ¿Asiste usted a las juntas de trabajo con las autoridades del hospital?

--- Sí, asisto a las juntas de servicio, pero no se logra nada. No hay un cubículo para esta jefatura, pueden encontrar tres o cuatro para trabajo social, pueden ver una para servicios subrogados. Desde hace cuatro años estoy así, no tengo un cajón para guardar papeles, menos una silla para sentarme o un lugar para recibirlas a ustedes.

- ¿Cuál de los servicios que existen en el hospital considera usted el más conflictivo?
- Por la cantidad, creo que enfermería, aunque también trabajo social porque tienen muchos objetivos que no se cumplen, ni manejan de manera adecuada, se deslindan de su quehacer.
- ¿Qué opina acerca del laboratorio?
- Es pura pantalla político-administrativa. Hace cuatro años se compró el equipo, pero no lo han utilizado, lo único que esto generó es la contratación de personal: un radiólogo, un técnico en encefalografía, un técnico en laboratorio; eso me parece una aberración. Es como cambiarle de nombre a los pabellones, con eso no se curan los pacientes. Primero se debió haber capacitado al personal y después hacer los cambios. Esto no es funcional y no sé de donde parta esa disfunción.
- ¿Qué opina sobre los planes de modernización para el hospital?
- Es una placa que le pusieron, es una disfunción de las autoridades que no dice nada. En psicogeriatría, para llenarlo de ancianos, cuando no tienen gente preparada para hacerlo. De noche, un Hospital de Noche ¿con una doctora que viene de día? Por favor.
- ¿Participó usted en la realización de los programas?
- No, son decretos aquí. Para mí no existe tal modernización porque no está la gente capacitada. Es incongruente que dos psicólogas estén manejando dos áreas: Hospital Parcial y Psiquiatría Comunitaria ¿qué no deberían ser psiquiatras? El doctor Erazo, que se ha vuelto un irresponsable, se me hace muy desperdiciado. Deberían reacomodar al personal. Primero me presentan a Jorge como psicólogo y después me dicen: es comunicólogo; bueno, ya no se me hace raro, el director es epidemiólogo. En fin, estamos en un manicomio.
- Desde su punto de vista ¿qué se debería hacer para que se dé una verdadera modernización?
- Habría que buscar psiquiatras de calidad, y entre todo el equipo hacer los programas, que la gente asumiera su responsabilidad y esto levantaría en calidad, pero lo que se está haciendo es un sueño.

- ¿Cuándo cree usted que llegará a cambiar el hospital?
- Es un proceso que se llevará algo de tiempo, es cuestión de actitud y mentalidad. Se debe conscientizar y estimular al personal, sobre todo en enfermería. Aquí se estila mucho subir a uno que trapea a enfermería. No tengo nada con los compañeros, pero sí les digo: ahora pide que te capaciten, y al jefe: capacítalo. Es absurdo, todo es absurdo, como tener a un psiquiatra manejando las computadoras.
- ¿Qué peticiones realizaría a la Secretaría de Salud?
- Que capacitara al personal, que tuviera un filtro más estricto, que se hiciera un ajuste de tuercas. En **Qué crees** y **Se vale soñar** está mejor que aquí, porque allá todo se planea para que salga bien, pero aquí no.
- ¿Cree que se cumplan los derechos humanos de los pacientes?
- Yo creo que sí en su mayor parte, no todo está bien, ni todo está mal. Yo me encuentro con una exposición de fotografías en el metro Zaragoza de un fotógrafo de **La Jornada** que entró a nuestro hospital y hasta un librito sacó del pabellón cero. Y veo a los pacientes, escucho los comentarios de las personas y digo ¿es permitido esto por Derechos Humanos? ¿Es permitido exhibir así a un paciente psiquiátrico? Esas fotografías no muestran más que lo nefasto que podría ser en el instante de la fotografía, con el paciente desnudo o defecando ¿Será necesario mostrar esas imágenes para que venga la gente a ayudar o a trabajar? Aquí han habido plazas para psiquiatras y no vienen, no quieren trabajar entre pacientes olientes a excremento.
- ¿Qué nos puede decir acerca del trabajo que realiza el área de rehabilitación?
- En el tiempo que llevo aquí no he visto a un paciente rehabilitado. Los talleres y todo es una simple pantalla político administrativa. No es lo adecuado. Escogen a los más facilitos “ah, es que son los rehabilitables”, ¿y los demás? Los llevan a las Pirámides de Teotihuacán, ¿a qué los llevan?, los exponen a riesgos. Por ejemplo ¿a qué los llevan a La Villa? si tienen sus trastornos alucinatorios místicos, con la sangre corriendo de los santos, y el otro con el corazón de fuera ... por favor. Nos explicaba indignado.
- Bueno, y entonces ¿qué esperanza hay para estos pacientes?
- Que el equipo verdaderamente se ponga a trabajar con ellos. El psiquiatra y el psicólogo deben determinar la rehabilitación psicosocial con un programa individualizado para cada

paciente. Los psicólogos están platicando en los pabellones en vez de trabajar. A veces no tenemos con qué tomar la presión e improvisamos. Ellos que piensen, que no estudiaron ni tienen iniciativa. Si no tengo nada, pues lo hago con lo poco que haya y le echo clínica.

Para finalizar la entrevista el doctor Zavala agregó:

--- He sido la pesadilla del director por un buen rato. También he sido la diversión de todos. Cuando no asisto a una junta ésta resulta de lo más aburrido porque yo contradigo y les hago ver la realidad. No soy bien visto por muchas personas porque siempre estoy señalando quién trabaja y quién no.

De esta manera el médico siempre se mostró decidido a hablar, e indiferente por lo que pudieran decir los demás, el tiempo que lleva laborando en este nosocomio le ha permitido ver las fallas, las necesidades, y ahora duda de los procesos de modernización que tanto se habla dentro de este mundo de la sinrazón.

3. 10. 4 Rehabilitación

Después de varios días, ya nos habíamos ganado la confianza de algunos pacientes. Nos identificaban y llamaban por nuestros nombres, creían que éramos doctoras o psicólogas debido a la bata blanca que usamos por indicaciones de nuestro asesor en el hospital, según él para “correr menos riesgo”.

Escuchamos a lo lejos una voz que nos gritaba afanosamente:

--- ¡Señoritas, señoritas! Se trata de Manuel Flores, un paciente de Hospital de Noche. Su aspecto bonachón, baja estatura y sobrepeso, aunado a las gesticulaciones infantiles y amabilidad que lo caracterizan, le dan un toque de extrema ternura, parece un niño de tres años de edad, a pesar de tener alrededor de cuarenta y cinco.

--- *¡Buenos días señoritas! ¿cómo están?*

--- Bien ¿y usted cómo está?

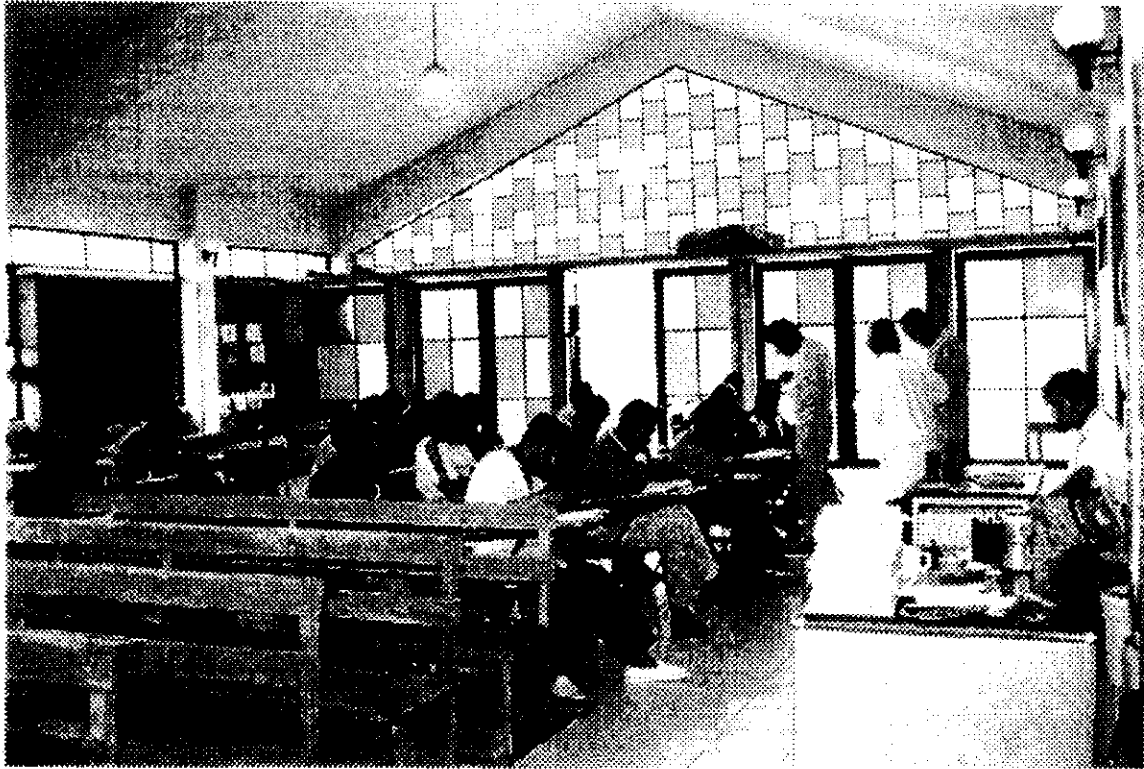
--- *Muy contento porque ya me voy al taller.*

--- ¿A cuál de todos los talleres?

--- *A la escuela.*

--- *¿Qué aprendes ahí?*

--- *Ya sé las letras y los números.*



Haciendo el intento por aprender el abecedario

El taller de alfabetización forma parte de la amplia gama de actividades que conforma al Departamento de Rehabilitación. Pero vamos por partes. Comencemos por anotar la descripción de la Organización Mundial de la Salud a dicho concepto: “La rehabilitación, genéricamente hablando es un término que se aplica a los impedimentos físicos y mentales, y consiste en el uso racional de procedimientos de validez, como son las medidas médicas, sociales, educacionales y vocacionales, que tienen por objetivo adiestrar o readiestrar al individuo, para tratar de llevarlo, de acuerdo con sus posibilidades reales, a los niveles más altos de capacidad funcional.”

El servicio de rehabilitación se viene dando en el psiquiátrico desde hace cinco o seis años aproximadamente. Ahora hay veintiséis personas que intentan cumplir con el objetivo de

rescatar las capacidades residuales de los pacientes, así como desarrollarles otras para un adecuado desenvolvimiento a nivel socio-laboral-recreativo.

El jefe del mencionado departamento, el médico psiquiatra Juan Millet, despejó algunas de nuestras interrogantes.

--- ¿Qué tipo de pacientes reciben rehabilitación?

--- Todos. De hecho el departamento está más o menos fundamentado sobre una base teórica de brindar atención de tipo social a todos los usuarios que estén en posibilidad de recibirlo.

Digo “posibilidad” porque hay pacientes que debido a su estado, no son factibles de recibir rehabilitación psicosocial, tal es el caso de los enfermos de asilo y custodia del pabellón 2-B

El horario de los talleres es de diez de la mañana a una de la tarde. Durante este lapso hemos observado a varios pacientes durmiendo sobre el césped, sentados en las bancas, deambulando por todo el hospital o custodiando la reja de acceso para pedir dinero y cigarros a cualquier visitante.

--- ¿Por qué estas personas no asisten a las actividades ?

--- Parece ser que han llegado a una especie de hastío porque llevan más de veinticinco años hospitalizados. En algún momento de su vida han pasado por las distintas etapas del departamento. En la actualidad ya no se sienten motivados porque son personas mayores.

El médico continuó insistiendo en la edad avanzada de estos pacientes, aunque en realidad la mayoría son hombres jóvenes. No olvidemos que hay algunos a quienes no les gusta hacer nada e inclusive cualquier intento por motivarlos les parece poca cosa o simplemente nada les interesa.

El programa general de rehabilitación consta de nueve subprogramas dirigidos a cada tipo de necesidad. Hablaremos en primer lugar de las fases: 1, 2 y 3. Aquí se intenta que el paciente logre mayor coordinación en los movimientos de las manos. Para desarrollar o no perder estas habilidades, en la fase 1 hacen rasgado de papel, pintan varios tipos de texturas con lápices de colores o pintura de agua, también realizan ensamble básico a través de pegado.

Conforme van avanzando en las fases, el trabajo se vuelve más fino y minucioso. De esta forma es como en la última encontramos artesanías como relojes de madera, pinturas, cerámica y alcancías hechas de papel. Estos productos se encuentran a la venta en los mismos talleres o

en las exposiciones montadas dentro del hospital, y a veces, en algunos bazares fuera del nosocomio.

En cuanto a las actividades de la vida diaria, se trata de educar o reeducar a los pacientes para que se bañen y coman en forma adecuada, mantengan su arreglo personal, asistan al cortado de uñas y pelo, aprendan o reaprendan a rasurarse.

La terapia sociocultural y sociorrecreativa consiste en ofrecer actividades lúdicas con el fin primordial de la distracción y ocupación cívica, lo cual contribuye a elevar su seguridad, valor, sentido de pertenencia a un grupo, disciplina, socialización y prestigio social. De este modo es como salen de paseo a museos, centros de diversión, circos, teatros.

Existen las llamadas actividades de ergoterapia, donde los pacientes se entrenan para efectuar un oficio. Es así como encontramos las tareas agrícolas en la hortaliza, sin olvidar la jardinería, el lavado de autos y la carpintería.

También cuentan con un profesor de educación física dedicado a la organización y coordinación de actividades deportivas: --- Una porra para el equipo de Hospital de Noche, se escucha decir a un grupo de pacientes-espectadores en pleno partido de fútbol.

El subprograma más elevado, por llamarlo de alguna forma, dentro del sistema de rehabilitación, es la “casa tipo”. Consiste en colocar al paciente dentro de una casa modelo. Ahí aprenden a barrer, trapear, hacer la limpieza doméstica, lavar su ropa y a veces hasta a cocinar. Se rumora que hay pacientes con muy buen sazón. Hombres hechos y derechos limpiando ventanas, exprimiendo trapeadores, tallando ropa, preparándose para no representar una carga para su familia en caso de ser externados, todo con tal de ser aceptados y bienvenidos.

Los psicólogos y los rehabilitadores hacen posible todo esto. Al hablar con varios de ellos, coincidieron en señalar que cuentan con muy poco y a veces ningún material para desempeñar su trabajo, he aquí otro grave problema. Dicen que en la viña del Señor se da de todo, pues en el hospital Samuel Ramírez también. Hay quienes dicen: “Si no me dan material, no hago nada”. Otros tranquilamente aseguran: “Hago como que trabajo y ellos hacen como que me pagan”. Unos más se cansan de solicitar cierto material a las autoridades. Los menos, aquellos que buscan la forma de conseguir la materia prima: la compran, la piden a través de donativos, hacen hasta lo imposible por darles actividades a sus muchachos.

Aquí entran en juego múltiples factores: la personalidad de cada terapeuta, su vocación, el deseo de trabajar, el contacto con posibles fuentes de donativos y hasta sus posibilidades económicas. Pero como de costumbre, los enfermos son los únicos que gozan o padecen la conjunción de todo esto y más.

3. 10. 5 Trabajo Social

Otra de las áreas encargadas de buscar el bienestar de los pacientes es la de trabajo social, ahí hay veintitrés personas distribuidas en los cuatro turnos. Tres de ellas cuentan con la licenciatura, veinte son técnicas; la mitad de estas últimas tienen la especialidad en trabajo social enfocado a la psiquiatría.

La licenciada en trabajo social psiquiátrico, Alicia Velasco Ramos, comenta que el compromiso con el paciente es coadyuvar con el equipo multidisciplinario en cuanto a la clínica del paciente. De aquí se desprende en primera instancia la clasificación de cuotas de recuperación, tanto para Consulta Externa como para los internados. “Todo hospital tiene un costo, entonces a cada usuario le aplicamos una ficha socioeconómica donde nos indica el nivel a pagar, tomando en cuenta los ingresos y egresos económicos, el tipo de vivienda, lugar de origen, etcétera”.

Es así como encontramos la cantidad a cobrar en cada uno de los servicios que ofrece el hospital.

<u>HOSPITALIZACIÓN</u>	<u>MENSUAL</u>
Nivel 1-----	\$ 15.00
Nivel 2-----	\$ 277.50
Nivel 3-----	\$ 534.00
Nivel 4-----	\$ 716.00
Nivel 5-----	\$ 959.00
Nivel 6-----	\$ 2580.00

PSIQUIATRÍA Y PAIDOPSIQUIATRÍA

Consulta de primera vez----- \$ 23.00

Subsecuentes:

Nivel 1----- \$ 2.50

Nivel 2----- \$ 6.00

Nivel 3----- \$ 10.00

Nivel 4----- \$ 18.00

Nivel 5----- \$ 33.00

Nivel 6----- \$ 58.00

TERAPIA INDIVIDUAL

Nivel 1----- \$ 1.50

Nivel 2----- \$ 3.50

Nivel 3----- \$ 6.00

Nivel 4----- \$ 11.00

Nivel 5----- \$ 20.00

Nivel 6----- \$ 35.00

TERAPIA CONYUGAL

Nivel 1----- \$ 2.50

Nivel 2----- \$ 4.00

Nivel 3----- \$ 8.00

Nivel 4----- \$ 14.00

Nivel 5----- \$ 23.00

Nivel 6----- \$ 35.00

TERAPIA FAMILIAR

Nivel 1----- \$ 2.50

Nivel 2----- \$ 4.00

Nivel 3----- \$ 8.00

Nivel 4----- \$ 14.00

Nivel 5----- \$ 23.00

Nivel 6----- \$ 36.00

A pesar de que estas cuotas son simbólicas, mucha gente no puede pagarlas, y aunque a veces queden exentos no tienen dinero ni siquiera para transportarse al hospital. “Mucha gente dice no poder comprar los medicamentos, se quejan... pero qué tal cuando los tienen internados, tampoco vienen a visitarlos”. Se les manifiestan los días y horarios de visita, pero no acuden, no quieren participar en los grupos de orientación ni pagar. Entre semana trabajan, los domingos están ocupados; vienen una vez al mes. Son pocos los familiares que se hacen responsables de su paciente; estaríamos hablando del cinco por ciento, por eso es difícil trabajar con ellos, asevera la licenciada Velasco.

Otra función de Trabajo Social es la de apoyar en las referencias y contrarreferencias de los pacientes; es decir, cuando el médico necesita de un servicio con el cual el psiquiátrico no cuenta; por ejemplo, alguna cirugía o la toma de placas. Ellas realizan la canalización, el trámite administrativo y llevan al paciente al hospital en donde será atendido.

Relacionado con el punto anterior encontramos la coordinación institucional que realiza Trabajo Social para efectuar exámenes de laboratorio, pues el Samuel Ramírez no cuenta con las instalaciones ni con el equipo para tal labor. También tienen la responsabilidad de llevar las muestras; anteriormente porque no había un técnico laboratorista, y ahora que ya cuenta con uno, se quedó la costumbre. Ante esto Alicia responde:

--- No es nuestra función, no nos corresponde.

--- ¿Cree que se llegue a modificar?

--- Yo tengo fe en que sí. Con este nuevo programa que vamos a presentar espero que tengamos el apoyo por parte de las autoridades, que entiendan en dónde está la función de Trabajo Social. No podemos desperdiciar a un elemento allá afuera entregando muestras o recogiendo resultados.

--- ¿Entonces no ha quedado clara su función?

--- Yo creo que no y eso se ha notado. En parte la culpa es de nosotras porque lo permitimos desde años atrás, estoy hablando de hace quince años o tal vez desde la creación de este hospital (...) Le fueron encargando a Trabajo Social ciertas actividades tanto administrativas como de otras áreas porque no había personal suficiente, pero ahora ya hay un laboratorista.

El médico decía: cómo voy a ir a dejar muestras. La enfermera: estoy ocupada bañando,

cambiando, dando de comer; que vaya Trabajo Social. Además; sólo había cinco trabajadoras sociales, les era cómodo, a quién no le gusta salir a la calle: paso a almorzar, a ver a mi mamá, cambio mi cheque.

La licenciada continúa con las funciones que Trabajo Social ha ido perdiendo.

--- En cuanto me doy cuenta que mi paciente no es visitado le llamo por teléfono a su familia.

Antes nadie hacía nada y así pasaban los años. ¿Cómo vas a localizar a la familia ?

Lo mismo ocurrió con las cuotas de recuperación. Los meses se vencían y nadie tomaba en cuenta si pagaban o no. Podían visitar a su paciente durante un año y nadie les decía: oiga, ya debe setecientos pesos, nadie lo hacía.

A Trabajo Social también le corresponde formar grupos de orientación con los familiares de los pacientes, esto de acuerdo con los variados tipos de padecimientos mentales. El objetivo es dar pláticas informativas para que sepan en qué consiste la afección de su enfermo, cuáles son los síntomas, pero principalmente que aprendan la manera correcta de tratarlos.

--- ¿Cuántos grupos hay en el hospital?

--- Anteriormente teníamos cuatro, pero ahorita no tenemos ninguno porque ya les comentaba que esa función se ha perdido. A veces algunas compañeras no muestran interés en querer cambiar porque esto es cuestión de cambio. Les explico y responden: me conviene estar como estaba, ¿por qué voy a sensibilizar a los familiares? Todavía no conceptualizan esa situación.

Otra participación de Trabajo Social se encuentra en el manejo de quince pacientes subrogados del ISSSTE, quien paga su hospitalización, atendiendo a la cuota más alta. El único inconveniente es que tardan en pagar; por ejemplo, ahorita llevan seis meses.

---¿Pero pagan?

--- Sí, pero imagínate, cuando el hospital necesita el recurso no lo tenemos. Estamos hablando de una fuerte cantidad de dinero.

El abanico de actividades asignado a esta área va más allá. A veces llevan a casa, en el interior de la república, a ciertos pacientes externados, pues tal vez sus consanguíneos carecen de recursos para comprar un boleto de autobús y venir por su paciente.

Igual de importante es la participación de las trabajadoras sociales en un programa llamado “Red social”, éste consiste en buscar alternativas y apoyos fuera del hospital para contribuir en

la rehabilitación del enfermo. Ejemplo de ello es el proyecto de Hospital de Noche, donde hacer los enlaces con posibles fuentes de empleo es una importante tarea.

¿Recuerda usted esos comerciales del Canal cinco donde anuncian a gente extraviada?, pues bien, ahí anunciaron a ciento ochenta pacientes del Samuel Ramírez. La estirpe de cinco de ellos corrió presurosa al verlos en su aparato televisivo.

Dicho servicio es ofrecido por el Centro de Apoyo a Personas Extraviadas y Ausentes (CAPEA). En febrero del año pasado fue cuando comenzaron a ser transmitidas las fotografías de los pacientes, tres de ellas aparecían durante quince días. Fue necesario que la encargada de Trabajo Social hablara con la directora del programa, pues el costo de cada foto era de treinta pesos, así fue como CAPEA absorbió todos los gastos.

Las familias que acudieron al rescate fueron muy pocas si tomamos en cuenta al número de pacientes programados a través del medio electrónico, por ello vislumbran otras opciones.

--- El recurso de la televisión ya está agotado. Queremos ir a las revistas comerciales para que nos apoyen. Sería bueno imprimir la fotografía del paciente en la contraportada, una cada mes. Finalmente Alicia describe el caso de un enfermo psiquiátrico aparecido en la pantalla chica.

--- Una señora vio a su hermano por televisión. Fue sincera y me dijo que no quería venir por él, pero pasaban los días y no podía dormir por estar pensando ¿cómo estará? , ¿qué será de él?, tal vez está enfermo. La mujer se presentó pero no se lo llevó porque argumentó ser casada, tener familia, quería apoyarlo de otra forma, no con los gastos de la hospitalización, mucho menos llevandoselo. Viene a visitarlo, le trae lo que necesita y nada más.

El ejemplo es patético pero a dicho paciente se le podría considerar como uno de los pocos afortunados. Cuántos no desearían contar con algún tipo de ayuda. Cuántos teleespectadores anhelarían observar en la pantalla a ese ser querido que desapareció desde hace tiempo y no saben si está vivo o muerto. Para algunos tal vez sería preferible encontrarlo en el Samuel Ramírez a vivir el resto de sus días en la incertidumbre e inquietud clavadas en el pensamiento.

3. 10. 6 Enfermería

Al igual que los demás servicios, enfermería presenta una serie de carencias, en este caso se trata de medicamento, instrumental, mobiliario, inclusive de personal. Sobre ello el jefe de esta área, el enfermero Marco Bonifacio Silva Cortés, habló de la disposición existente para resolver los problemas: “Es un poco complicado. Satisfacer las necesidades del personal no es sencillo. En cuanto a recurso materiales e instalaciones es constante que estemos pidiendo para que se nos resuelva después de un mes aproximadamente”.

Una problemática que permanece latente y se ha visto reflejada en la atención que recibe el paciente internado en este nosocomio es el número y la calidad del personal de esta área. Con 204 elementos distribuidos en los diferentes turnos: matutino, vespertino, nocturno A (lunes, miércoles y viernes), nocturno B (martes, jueves y sábado) y el de guardias especiales. Enfermería busca cubrir su objetivo principal de brindar el servicio con calidad y eficiencia durante las veinticuatro horas de los trescientos sesenta y cinco días del año; sin embargo, Silva Cortés señaló que existe gente con puestos de enfermeros generales que carecen del sustento académico, pues a lo largo de su trabajo y antigüedad en el hospital han ido subiendo en el escalafón. “Yo calculo que serán unas cuarenta personas, incluso no podrían siquiera estudiar la carrera porque solamente tienen la primaria”.

En cuanto al medicamento, muchas veces se llega a agotar, quizá ya no en la medida de hace unos cuatro años, pero en ocasiones el personal de enfermería se queja por no tener las cantidades suficientes. No obstante, con la realización de cateos efectuados en el nosocomio, se han encontrado --en los lockers destinados al uso del paciente-- medicamento almacenado por los mismos enfermeros, aunque ellos argumentan hacer esto para garantizar el tratamiento del enfermo. ¿Será por esta actitud que existe el rumor de que el personal trafica con los fármacos? El encargado de enfermería explicó que ha implementado una serie de organización para controlar la dotación del medicamento y así evitar los pequeños almacenes o una acumulación exagerada.

Con relación a los cateos, le preguntamos la finalidad de esta acción y contestó:

--- Los llegamos a solicitar porque en ocasiones se encuentran armas, cuchillos que no son los convencionales del hogar, de la cocina, sino que son armas horribles. Hace un mes

encontré una horrible, y digo horrible porque tal vez estaba fabricada para una intención desagradable; era una daga que tenía un gancho. Se halló porque se iba a realizar una fumigación en la Unidad de Contención, en donde están algunos pacientes con antecedentes penales, creo que son dos: Ariel Méndez y Fulgencio. Al momento de sacar a Fulgencio, el compañero de enfermería detectó algo que tenía en su cinturón, lo revisó y logró quitarle el cuchillo que estaba envuelto en un periódico. A raíz de este caso se solicita la realización de los cateos.

Es así como el equipo de enfermería, aún con carencias, trabaja en contacto directo con otros servicios como psicología, psiquiatría, medicina general, rehabilitación y dietología, para brindarles información sobre las conductas, avances y retrocesos del paciente, y éste sea valorado y controlado.

3. 10. 7 Comedor de pacientes

Caminamos por el pasillo semicircular que pasa frente a todas las instalaciones médicas. Faltaban cinco minutos para la una de la tarde cuando percibimos un intenso aroma a comida proveniente del comedor para pacientes. Éstos se encontraban formando filas de acuerdo con su Unidad Terapéutica. Fueron ingresando después de lavarse las manos; a veces es necesario hacerlo sin jabón porque no hay.

“Avancen los del cuatro”, dice un vigilante. En el interior se encuentran más de cien charolas colocadas sobre las mesas de concreto y granito, dispuestas en forma de media luna. En caso de requerir una dieta especial, es decir, una dieta asignada por el médico general debido a ciertos padecimientos aunados al psiquiátrico, el nombre del paciente aparece al lado del plato. Tal es el caso del régimen alimenticio especial para los diabéticos, los gorditos o para quienes no tienen dientes.

No falta el paciente que intenta tomar el guisado o el postre del vecino, en este caso el personal de enfermería y/o rehabilitación ponen el orden.

--- A ver Jaime, ese plato no es tuyo, déjalo ahí, le indica una terapeuta en tono firme, ya que cada enfermo obtiene el número de calorías que necesita.

Este personal se encarga de vigilar la correcta ingesta de alimentos, así como de mantener la disciplina entre los pacientes. De este modo les corresponde corregir de inmediato a quienes intentan comer con las manos, desvanecen las iniciativas de pleito o cualquier otro tipo de agresión.

Las enfermeras cuentan el número de dietas normales y especiales, donde la más común es la dieta blanda. Al mismo tiempo verifican el contenido de cada una para luego insistir con ciertos enfermos, principalmente los de edad avanzada.

--- Por favor, cómase aunque sea la fruta.

--- *No me gusta, ya le dije que no me gusta.*

--- Está sabrosa. Además está bien picada para que se la pueda comer.

--- *No quiero, no quiero, de veras.*

Aquí, como en cualquier otro lugar, no es difícil observar contrastes. Un enfermo sin apetito, otros se quedan con hambre, hay a quienes no les gusta cierto platillo, y hasta los vegetarianos de corazón. Éste es el caso de Federico, cuando en su plato encuentra carne de cualquier tipo: *“Yo no como carne porque se me hacen gusanos en la panza”*. Menciona con seguridad.

--- *A mí me falta el yoghurt.* Dice otro paciente. “Voy a pedirlo”. Responde una enfermera al momento en que se dirige hacia la barra donde se encuentran las ollas de aluminio repletas de alimentos.

De repente, la calma y la rutina se esfuman al escucharse un ruido estruendoso dentro del comedor. Pepe acaba de aventar su charola por los aires, menos mal que es de plástico, pero aun así un plato volador golpeó a alguien y la comida salpicó a otros más.

Al observar la agresión de Pepe, de inmediato dos vigilantes de los que siempre se encuentran aquí durante la hora de los alimentos, se apresuran a sujetarlo como les enseñaron en el curso de trato a los pacientes. Luego lo llevan con su médico para que lo atienda.

--- ¿Qué le pasó? Le preguntamos a un terapeuta.

--- Así son sus berrinches. A veces, cuando quiere algo que no le podemos dar, así se pone.

Parece niño.

--- ¿Qué quería?

--- Veinte pacientes salieron de paseo y él quería ir, pero su médico no lo consideró pertinente

en este momento. Ya será para la otra.

Los pacientes hacen uso de su comedor a las ocho de la mañana, a la una y cinco de la tarde. La atención, el cuidado y el alimento parecen ser buenos, al menos eso pudimos observar. Los marginados por la sociedad deben sujetarse a un horario estricto, sentarse siempre a la misma mesa de concreto sin mantel y ver pasar en todo momento a quienes los atienden. ¿Cómo se sentiría usted, querido lector, al encontrarse en una situación similar? Dicen que siempre es necesario pagar un precio porque en esta vida no podemos tenerlo todo; los enfermos del Samuel Ramírez también abonaron el suyo.

3. 10. 8 Medicina preventiva

También existen otros servicios que laboran para el enfermo en forma indirecta, tal es el caso de Medicina Preventiva, la cual coadyuva en la disminución de riesgo en las enfermedades transmisibles, ambientales y crónico-degenerativas. Coordina actividades como el monitoreo de cloro en el agua de consumo humano, lavado de cisternas, cuidado en el manejo de residuos peligrosos, campañas para combatir la fauna nociva con fumigaciones o con la captura de animales domésticos, además de vigilar la higiene de los alimentos.

Fue a partir de 1995, con el envío de la Norma Oficial Mexicana 025-SSA2-1994 que se fortaleció este departamento, pues anteriormente no se tenía nada, ni espacio, ni programas. Tal vez sea por esto que el doctor Ordaz se ha encontrado con problemas que obstaculizan el óptimo desarrollo de Medicina Preventiva: “Parece ser que al personal no le queda muy claro cuáles son las acciones del servicio, quizá ha faltado difusión. Cuando hemos operado en cuanto a los programas, existe resistencia por parte del personal. Además carecemos de recursos materiales y humanos; por el momento somos tres elementos. Hemos solicitado el apoyo de una enfermera y de un epidemiólogo, pero no se ha tenido respuesta; sin embargo, nosotros tenemos que seguir avanzando en las acciones”. Señaló el galeno.

3. 10. 9 Auxiliares de diagnóstico

Dentro del organigrama del hospital encontramos un espacio que atrajo nuestra atención, se trata del servicio de Auxiliares de diagnóstico. Es decir, ahí se presume la existencia de los recursos necesarios para efectuar estudios de laboratorio (exámenes de sangre, orina, etc.) y de tipo radiólogo y eléctrico (radiografías, electroencefalogramas y demás) Decimos “se presume la existencia” porque en realidad no existe nada de esto.

Nos causó aún más asombro enterarnos de la contratación de un técnico laboratorista, uno en rayos X, y uno más en electrodiagnóstico. Dentro del hospital no hay ningún lugar dedicado al cumplimiento de tales fines. Entonces ¿qué hacen ahí estas tres personas?

Hablamos con el laboratorista encargado del supuesto servicio, quien por cierto se encontraba en su oficina acompañado de un camarada, leyendo el periódico del día y tomando café. Lo anterior nos llevó a decirle:

---Entonces ustedes no están en función

A lo cual Daniel Bustillos, el jefe del área desde hace ocho meses, respondió:

---En función real, no. De hecho, la única función que se hace de momento es la toma y recolección de muestras para los estudios de laboratorio. Luego recogemos los resultados para entregarlos a los médicos.

Los técnicos dicen realizar diariamente un recorrido por todas las Unidades Terapéuticas para recolectar las solicitudes de los médicos. El inconveniente se presenta al requerir un resultado en forma urgente, esto a consecuencia de que todos los estudios se realizan en otras instituciones.

Dentro de las nuevas construcciones de Consulta Externa se encuentra un área destinada a los Servicios Auxiliares: “La mayor parte de la obra ya está terminada, faltan algunos detalles y la instalación del equipo”, asegura el señor Bustillos. Pero por el momento los enfermos deben ser trasladados a otros hospitales, los cuales a veces no pueden responder positivamente a una petición del Samuel Ramírez.

El técnico mencionó que tienen el equipo y material de laboratorio.

--- ¿Qué equipo tienen?

--- Supuestamente contamos con todo el equipo para montar el laboratorio, pero falta el

espacio físico.

--- ¿Por qué dice usted: “supuestamente”?

--- Bueno... No se ha hecho una revisión a conciencia, no se ha hecho el inventario, pero sí, el equipo está en el almacén de activo fijo. Aquí sólo tenemos una parte, principalmente vidriería.

Luego mencionó que el equipo está nuevo, en cuatro años de almacenamiento nunca le han dado uso. Como se trata de instrumentos poco modernos, básicamente de tipo manual, no necesitan de gran calibración, por eso no se ve perjudicado al permanecer guardado, según Daniel, el responsable del laboratorio.

--- ¿Cuál es el sentir de un técnico laboratorista que no desempeña su trabajo como tal, además de observar su equipo echando raíces en un cuarto de almacén?

--- Pues... Hay frustración porque todos los empleados de Auxiliares de Diagnóstico fuimos contratados para una determinada función y no la estamos realizando. De momento es un poco frustrante.

Teníamos la idea de que debido al tipo de enfermos en este hospital, los auxiliares de diagnóstico habían recibido algún curso de inducción, o bien, sobre el manejo de pacientes psiquiátricos.

--- Ni siquiera te explican las funciones que debes cubrir. Nada más te dicen: hay esto, a ver cómo le haces. Últimamente las autoridades han querido cambiar esa idea y han implementado cursos, esperamos que algún día den resultados porque de momento no se ven reflejados.

--- ¿Le parece que las autoridades tienen la disposición suficiente para solucionar estas carencias?

--- Sí hay disposición en cuanto a las autoridades, pero no depende únicamente de ellos, es más, la mayor parte es algo externo al hospital: Salud Pública, las políticas de salud a nivel nacional, la Secretaría de Salud, etcétera.

El técnico tiene razón, en muchas ocasiones las respuestas a estas problemáticas rebasan los muros del nosocomio, van más allá de la voluntad y del esfuerzo de quienes realmente buscan dar alivio al sufrimiento de los enfermos psiquiátricos. A estos últimos no les sirve absolutamente de nada la existencia de ornatos políticos, justo como lo es el laboratorio

fantasma que cuenta con equipo almacenado desde hace cuatro años, y hasta con recursos humanos. ¡Qué ironía!

3. 10. 10 División de enseñanza, capacitación e investigación

Otra área es la División de enseñanza, la cual busca capacitar al personal del hospital, con el fin de mejorar la calidad de la atención, a través de una serie de cursos, simposiums y diplomados, esto según lo expresado por su titular, el psiquiatra Ricardo Gerardo Hidalgo Luna.

Enseñanza se encarga de programar cursos para capacitar básicamente al personal médico y paramédico. Ante estas circunstancias, el nosocomio ha incrementado su comunicación con estancias educativas como: UNAM, UAM y Conalep, para establecer un intercambio de conocimientos a través de conferencias, sesiones clínicas, programas de capacitación, entre otras actividades; sin embargo, existen otras instituciones que se niegan a participar debido a la lejanía con el Samuel Ramírez e incluso a la mala imagen que aún conservan de este centro hospitalario.

--- ¿Quién diseña los programas?

--- Participa la subdirección, dirección y el área administrativa. Nosotros realizamos las propuestas y buscamos apoyo. A través de encuestas detectamos las necesidades para plantear, planear y organizar los programas para los siguientes meses. Por ejemplo, el servicio de enfermería es el que ha solicitado más en este año.

El galeno aclaró que las actividades se encuentran apegadas a la norma oficial y a todos los documentos oficiales que establecen el proceso de capacitación, pues aseguró que se encuentran en la mejor disposición de convertir a la institución en un hospital-escuela.

3. 11 Contribuyendo a la salud mental de la sociedad

Ya que el Samuel Ramírez pretende abordar la enfermedad mental a todos los niveles, la primera etapa es la de prevención, la cual le corresponde específicamente al área de Psiquiatría Comunitaria. Ésta se dedica a dar a conocer al exterior los servicios que ofrece el hospital así

como a detectar y canalizar algunos casos. En la fase de tratamiento se encuentra la población infantil del Programa de Atención a Niños y Adolescentes. Dentro de la Rehabilitación Psicosocial tenemos a Hospital Parcial, espacio creado para enseñar un oficio a los pacientes e incrementar la socialización.

3. 11. 1 Psiquiatría comunitaria

“Se decía que un ochenta por ciento de los problemas escolares eran causados por motivos emocionales. Ahora puedo asegurar que es hasta un noventa por ciento. Me refiero a problemas de conducta, bajo rendimiento, hiperquinesis, etc.”, asevera la licenciada en psicología, Lidia Zambrano, jefa del servicio de Salud Mental Comunitaria.

El objetivo del servicio es promover la educación, encaminada hacia la salud mental, a través de pláticas informativas, para luego detectar, identificar y canalizar los casos encontrados en la comunidad. Aquí interviene un equipo conformado por psiquiatras, psicólogos, trabajadoras sociales psiquiátricas, enfermeras psiquiátricas y pasantes de las mismas áreas. Su labor la desempeñan en escuelas primarias, secundarias, de nivel medio superior, de educación especial y también en grupos específicos como Alcohólicos Anónimos (AA); todo ello dentro de la delegación Tláhuac.

Estos profesionales ofrecen información sobre los servicios que presta el Samuel Ramírez. --Había mucho desconocimiento, pensaban que el hospital psiquiátrico era sólo para hombres.

Cuando llegamos a ciertos lugares la gente se ríe o pregunta si los vamos a vacunar. Yo les digo: ¿Por qué se ríen? ¿Saben qué es un hospital de tercer nivel? La respuesta era negativa.

Entonces yo continuaba con la explicación. Es necesario cambiar la imagen de estos centros.

A Psiquiatría Comunitaria también le corresponde eliminar los prejuicios y actitudes de rechazo hacia el paciente psiquiátrico, esto al brindar un conocimiento adecuado de la enfermedad mental.

--- Damos pláticas informativas, orientativas y de capacitación porque a través de ellas logramos identificar y detectar a varias personas con problemas, e inclusive los canalizamos en ese momento a Consulta Externa o Paidopsiquiatría del Samuel Ramírez o a otra institución.

Al llegar a la escuela correspondiente, cada uno de los profesionales de la salud mental conoce su tarea. Algunos platicarán con los alumnos, otros más con los padres de familia o los profesores, mientras los médicos se dedican a las valoraciones psiquiátricas. “Es bonito porque llegamos bien organizados, con los enlaces hechos. Nos brindan espacio, el tiempo necesario y su disponibilidad”, dice la licenciada Lidia.

La mayoría de los maestros desconocen datos importantes de sus alumnos: si tienen padres, la presencia de la figura femenina así como la de autoridad, si es hijo de madre soltera o de padres divorciados, lo cual contribuye al incremento de los índices de reprobación, deserción, ausentismos. Es aquí donde entra la participación del equipo multidisciplinario para enseñar a los profesores a identificar y canalizar a sus alumnos a las instituciones correspondientes.

La falta de formación normalista, la sensibilidad para hacer una dinámica de grupo y demás, dan como resultado que los profesores no sepan ni siquiera cómo organizar a los niños en los pupitres. Y de vez en cuando también manifiestan al equipo frases como: “No me siento capaz de dominar al grupo, tengo problemas personales, estoy muy angustiado”.

Después de la charla con los alumnos, nunca faltan aquellos que se acercan con alguien del equipo para expresar, en forma confidencial, demandas de apoyo: “Soy acosada por mi padrastro”. “Estoy embarazada”. Seguramente por eso los temas de mayor demanda son los relacionados con la sexualidad. La duración y frecuencia de cada curso depende del acuerdo entre los equipos médico y académico.

Pero no todo es llegar a un salón de clase y conversar tranquilamente. Antes de que el servicio surgiera como tal, fue necesario que las tres personas que lo integraban crearan enlaces con la delegación Tláhuac para obtener toda la información de su interés, pues era necesario conocer a la población con la cual iban a trabajar. Además laboraron con los dos inspectores escolares de zona, con doce supervisores de zona y con treinta y siete directores de escuelas. Fue una labor ardua la de conocer sus demandas, organizar la forma de trabajo, habituarse a los directorios escolares y los mapas para localizar a cada institución, todo con la finalidad de ofrecer un mejor servicio y organización.

Poco después empezaron a crear redes institucionales con otros centros capaces de contribuir, en forma directa o indirecta, al bienestar de los usuarios. Es así como encontramos una estrecha relación entre Salud Mental Comunitaria y la Universidad Nacional Autónoma de

México (UNAM), los Centros de Integración Juvenil (CIJ), el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), la Secretaría de Educación Pública (SEP), entre otros.

A la licenciada Lidia Zambrano le es imposible ocultar un rictus de emoción y satisfacción al expresarse de su equipo. Considera que su trabajo bien vale la pena. Desearía que llegaran a laborar en los turnos vespertinos o más allá de Tláhuac, pero como por el momento es imposible, se consuela al observar las cartas de agradecimiento enviadas por los centros de estudio, así como al recordar las diversas muestras de cariño por parte de los docentes, padres de familia y alumnado.

3. 11. 2 Servicio de paidopsiquiatría

Podría parecer un tanto extraño observar en el psiquiátrico a algunos niños, acompañados por un adulto, dirigiéndose a consulta. A nivel general, pocas personas se encuentran enteradas de la existencia del programa dedicado a niños y adolescentes, pues por falta de información es poco conocida la rama de la psiquiatría dedicada a tratar los problemas del desarrollo infantil, es decir, aquellas cuestiones de tipo orgánico que de una u otra forma alteran el comportamiento. Nos referimos a la especialidad denominada paidopsiquiatría.

A la cabeza de dicho programa se encuentra la doctora Maricela Plascencia , quien junto con un colega, cuatro psicólogos, una terapeuta en lenguaje, una trabajadora social y una enfermera, dan atención de primera vez a un promedio de cuarenta niños al mes, mientras la cifra se incrementa al doble en cuanto a las consultas de pacientes subsecuentes.

En un consultorio en donde el escritorio de la doctora Plascencia y el del otro médico se encuentran a un metro de distancia, rememora cómo era el Programa de Atención a Niños y Adolescentes (PANA) hace dos años, cuando llegó a laborar en el Samuel Ramírez.

--- Para empezar, el programa no existía. Éste era un lugar ocupado únicamente por los psicólogos que buenamente le pusieron el nombre que tiene hasta la fecha. No había ningún programa de trabajo ni la gente capacitada para ofrecer el servicio. Creo que esa fue la razón para ponerme como jefa, porque esto estaba a la deriva.

Ninguno de los psicólogos cuenta con la especialidad en niños, lo cual ha traído como consecuencia ciertas fricciones entre paidopsiquiatras y psicólogos, asegura la responsable del servicio.

--- Ellos traen choque con los paidopsiquiatras, no entiendo porqué, o sea, todavía no me cabe en la cabeza. Nos dedicamos a lo mismo pero cada quién en su área. Tenemos roces porque ellos quieren hacer las cosas a su manera y cuando no pueden entonces sí vienen y piden ayuda, eso ha pasado en innumerables ocasiones. Cuando tienen a un niño en terapia durante dos años y no pasa nada, ni avanza ni retrocede, dicen: “mándaselo a la doctora, a ver qué le hace”.

Debido a su falta de experiencia, los psicólogos están viendo un mundo nuevo y nosotros estamos aprendiendo, no debería ser así porque si tuviéramos psicólogos especializados estaríamos viendo situaciones más avanzadas. Fue necesario retroceder para poder avanzar, porque no conocen gran cosa del manejo de estos pacientes.

Inmediatamente le preguntamos si ha externado a las autoridades dicha necesidad.

--- Sí, pero desgraciadamente no todo es como uno quisiera. Lo hemos hablado en las juntas de gobierno que se hacen cada mes en la dirección. Esto se hace con la finalidad de que los jefes de servicio expresemos nuestras inquietudes, problemas, etc. Me he cansado de pedir: por favor, uno, uno solo, un psicólogo especializado en niños. No me dicen que no, la mayoría de las veces el director me dice que sí, pero ese “sí” tiene dos años y hasta ahora no me lo han mandado. Algún día llegará.

Los pacientitos son canalizados gracias a la promoción que realiza Salud Mental Comunitaria. Esta labor la efectúan tanto en instituciones escolares para niños “normales”, así como en algunas de educación especial. Aunque tampoco debemos olvidar que la atención la puede recibir cualquier chiquitín necesitado de ella.

Ahora bien, la otra cara de la moneda es el elevado nivel de deserción entre los chicos. ¿A qué se debe?

--- La principal causa, no la van a creer pero es la falta de dinero. No se trata de que no hagamos bien nuestro trabajo o de que no convenzamos a la gente, dice la doctora Plascencia con cierta decepción. No pueden pagar ni siquiera dos pesos con cincuenta centavos. Dejan de venir con mucha frecuencia, no les puedo decir el porcentaje porque

nunca nos hemos tomado la molestia de ver cuántos nos abandonan, pero sí es alto el índice.

--- ¿Qué nos puede decir de los reingresos?

--- Son super frecuentes porque hay niños que no pudieron venir por cierta causa, cursaron otro año escolar y continúan en las mismas. Entonces la nueva maestra le dice a la mamá: “Llévelo al doctor porque sigue igual o peor”. En ese momento regresan y es necesario volver a empezar. En los dos años que llevo aquí hubieron cerca de cincuenta reingresos.

En cuanto a los niños que son dados de alta cada mes, la galena hace un poco de historia al mencionar un detalle anterior a su llegada, ya que en el hospital no habían paidopsiquiatras, por lo tanto, otros médicos interesados o regularmente instruidos en el tema, se dedicaban a la atención infantil. La doctora agregó:

--- Tengo los expedientes de niños tratados aquí desde hace seis o siete años. Nunca han sido dados de alta porque se ausentan y luego regresan. Cuando los paidopsiquiatras llegamos a trabajar aquí hicimos planes para dar de alta a los pacientes. No van a estar aquí hasta que cumplan diez y ocho años de edad y después pasen a consulta externa para adultos.

Afortunadamente ahora externamos más o menos a diez pacientes al mes, esto es un logro enorme porque antes no se tenía esa intención. Recordemos la frase de: “Un paciente psiquiátrico es un paciente para toda la vida”. Pero en este programa no es así, aquí los despachamos para su casa.

Las edades de los pacientes fluctúan entre los ocho y los once años, luego les siguen los adolescentes de trece y quince. En ellos encontramos al retraso mental como el padecimiento número uno debido a los padres de familia que escucharon la promoción de PANA por parte de Salud Mental Comunitaria en cuatro o cinco escuelas de educación especial. Los problemas de aprendizaje se encuentran en segundo lugar, mientras los trastornos del desarrollo ocupan el tercero, y en cuarto lugar tenemos a los trastornos emocionales mixtos.

No es difícil encontrarse con un número considerable de pequeños pacientes provenientes de familias disfuncionales. Ante esta situación el hospital decidió crear un curso para padres, impartido tres veces al año. Aquí tocan, en doce temas diferentes, diversos aspectos de las problemáticas infantiles.

También existe la llamada Escuela para padres, enfocada a los progenitores de niños con retraso mental. Este curso de fines de semana es impartido dos veces al año, ahí aprenden el trato adecuado para personitas con dicho padecimiento.

Cuando la familia es demasiado disfuncional, la envían a las terapias especiales para estos casos, o bien, a terapia de pareja. De esta forma toma menos validez la frase de: ...“es que nadie nos enseña a ser padres”; más bien se trata del interés por aprender.

Una cuestión importante es saber si el programa cuenta con el material necesario para desarrollar su labor, a lo cual la doctora Maricela declara:

--- En el área de paidopsiquiatría como tal, tenemos material. En psicología necesitamos dos o tres pruebas que hemos estado pidiendo, pero están muy caras. Una de ellas es un inventario para la articulación de lenguaje, creo que cuesta nueve mil pesos por eso no la han comprado.

También requieren de material sencillo pero imprescindible para hacer valoraciones de tipo mental. Como ejemplos encontramos juegos de rompecabezas, memoramas, cuentos para leer e iluminar. ---Y déjenme decirles que se tardaron dos años en darme ese material, porque antes no había presupuesto ni siquiera para eso, menciona la paidopsiquiatra.

En ese momento surgió la interrogante: ¿hay medicina para los casos de urgencia? Después de todo tardaron dos años para comprar un memorama.

--- Aquí específicamente no contamos con fármacos para urgencias porque estas situaciones son canalizadas a otras instituciones. En psiquiatría de niños hay pocos casos de este tipo, uno de ellos es el intento de suicidio. Casi nunca se presentan problemas similares y por lo tanto no necesitamos el medicamento. Debería haber alguna reserva de medicina para cuando haya alguna crisis convulsiva o una agitación psicomotriz. Hemos tenido dos casos de este tipo en los dos años que llevo aquí. Es rarísimo, por eso necesitamos un botiquín.

--- Todo esto se encuentra íntimamente relacionado con las carencias del servicio, ¿cuáles son?

--- Ahorita ya medio nos surten algunas cosas, pero antes debía traer hojas, colores y juguetes de mis hijos porque aquí no había nada. También requerimos de un mayor número de paidopsiquiatras para dar más consultas. El tiempo de atención más amplio redundaría en un mejor servicio.

Un paciente de primera vez es tratado en cuarenta y cinco o sesenta minutos aproximadamente.

--- Nos hace falta un espacio físico porque no es posible que los dos médicos estemos dando consulta aquí al mismo tiempo. La gente se molesta si no respetamos sus citas. También necesitamos a otra enfermera, la que tenemos no alcanza a cubrir todo el trabajo.

La doctora respondió sin vacilaciones sobre su sentir en cuanto a las instalaciones dedicadas a PANA.

--- Esto es un embrollo. Estamos esperando que abran las nuevas instalaciones de consulta externa. Aquí estamos de refugiados porque esta área pertenece a la Unidad de Atención Continua. En forma provisional contamos con cuatro consultorios, en la área nueva tendremos seis.

--- ¿Cómo califica la disponibilidad por parte de las autoridades para erradicar las carencias?

--- Es buena. Ellos siempre están dispuestos a proporcionar lo que uno pide. Nunca dicen: “No hay, olvídale”. Desgraciadamente esto pasa por muchos filtros. Me he dado cuenta que a veces no es el hospital el que no te da las cosas a tiempo, sino que de aquí hacen las peticiones a otro lado y en un lugar distinto la autorización, eso nos atrasa. El director, el subdirector, el jefe administrativo, todos ellos están en disposición de comprar las cosas. Finalmente, la doctora Plascencia aprovechó para dar un consejo a los padres de familia: “En el momento en que noten un detenimiento o algo raro en el desarrollo de sus chiquitines, acudan de inmediato al médico, tomando en cuenta más de una opinión porque es frecuente escuchar al pediatra: “No, no se apure, su niño es flojito, si va a caminar”. Y luego te das cuenta de que el flojito sigue igual, mientras se perdieron valiosísimos años de tratamiento”, concluyó la paidopsiquiatra.

3. 11. 3 Hospital parcial

Algunos pacientes de Consulta Externa y de Pre-alta cuentan con una opción para aprender un oficio y al mismo tiempo socializar. Incluso una vez dados de alta tienen la alternativa de seguir asistiendo. Nos referimos al programa de Hospital Parcial.

Como su nombre lo indica, se aboca a usuarios que no requieren de hospitalización continua sino de medio tiempo. Para ingresar deben cumplir con los siguientes criterios de inclusión: ser varones, carecer de deficiencia mental, estar controlados psiquiátricamente, encontrarse alejados de alguna fase aguda o psicótica de su padecimiento, así como la asistencia de lunes a viernes de ocho de la mañana a dos de la tarde, sin dejar de lado la existencia de un responsable legal.

Desde el momento en que fue creado, en 1992, el objetivo de Hospital Parcial ha sido reincorporar al paciente, principalmente crónico, a su contexto familiar, social y laboral. Ésta es la tarea a cumplir con los diez usuarios que asisten el día de hoy.

Tienen un taller multimodal donde la actividad mañanera da inicio con la lectura de periódicos, revistas y cuentos, esto con la intención de conocer la capacidad de concentración y análisis de los enfermos. Por medio de las actividades deportivas les infunden el respeto por ciertas normas o reglas.

Al mismo tiempo, durante dos horas diarias intentan crear un ambiente lo más parecido al laboral. Les exigen un producto terminado (principalmente artesanías), cierto nivel de calidad, cumplir con la actividad en un tiempo determinado. Aquí el propósito es lograr que obedezcan órdenes e instrucciones durante cierto horario, pues muchos de ellos han perdido la tolerancia a estos requerimientos indispensables para laborar en cualquier sitio. Luego continúan con las actividades grupales como son el debate de películas, psicoterapia grupal, musicoterapia, asamblea de pacientes, etcétera.

La filosofía de este programa es buscar la confianza del paciente para que éste se sienta al mismo nivel del equipo multidisciplinario. Así, el usuario deja de sentirse reprimido para expresar sus opiniones, quejas, sugerencias.

Hospital Parcial debe crear en sus pacientes la sensación de ser diferentes a quienes se encuentran en hospitalización continua. Su compromiso y responsabilidad se ve recompensada al permanecer en un espacio independiente a las Unidades Terapéuticas. Dietología les lleva la comida a su propio comedor. Cuando hay gas, ellos mismos preparan sus alimentos en la cocina del taller. El trato con los usuarios internados es mínimo.

--- No lo prohibimos, pero tratamos de que no entren a los pabellones, esto por los pacientes farmacodependientes. No podemos decir que lo hagan pero como de todo se da,

pueden juntarse por ahí y conseguir pastillas. Para evitar problemas les decimos que no vayan para allá. Afirma la psicóloga Maricela Campos Muciño, responsable de Hospital Parcial.

En este programa trabajan con la colaboración de otras instituciones, tal es el caso del Centro Delegacional Promotor del Empleo, Capacitación y Adiestramiento (CEDEPECA), quien los ha apoyado con la capacitación en distintos oficios, al mismo tiempo que ofrece un estímulo económico a los pacientes participantes.

Por otra parte, nos resultó sorprendente enterarnos de la alta participación de los familiares a pesar del compromiso y el gasto que implica el programa. Deben pagar el pasaje de su enfermo, el medicamento, además de la mensualidad.

--- ¿Cuál es la mensualidad para este servicio?, le preguntamos a la psicóloga Campos.

--- No hay una cuota oficial. El servicio se cobra como la hospitalización completa porque no se ha hecho la modificación.

Al familiar de un paciente recién integrado a Hospital Parcial le despejan todas las dudas en cuanto a la enfermedad mental. Luego lo conscientizan y sensibilizan sobre la mejor forma de tratar al enfermo. Después viene la terapia familiar donde algo importante es trabajar los lazos afectivos a nivel paciente-familia, pues normalmente se encuentran difusos o definitivamente perdidos.

Después de haber pasado aquí seis meses o un año, lo más probable es que el paciente haya cubierto los objetivos del programa y por ende sea candidato a egresar. Este fue el caso de cinco pacientes en lo que va del año, sólo dos de ellos tienen familia.

--- ¿Qué ocurrió con ellos?

--- Lo que hacemos es darles seguimiento durante seis meses, luego pasan a Consulta Externa.

Algunos se quedaron en casa porque su capacidad para trabajar no pudo ser habilitada, continúan con el tratamiento psiquiátrico y vienen a consulta. Sus familiares saben cómo controlarlos. Los otros dos pacientes adquirieron empleo y siguen en Consulta Externa.

Finalmente le pedimos a la psicóloga Maricela que narrara alguna anécdota relacionada con su labor dentro del psiquiátrico.

--- Cuando entras a un hospital de este tipo piensas que debes cuidarte de los pacientes. Con el paso del tiempo te das cuenta que son ellos quienes te van identificando, te cuidan. Hay un

enfermo que me espera todos los días, sin necesidad de decirle: ayúdame, me ayuda con lo que traiga en las manos y me acompaña hasta la oficina. Ellos saben exactamente a qué hora vas a llegar y te esperan.

3. 12 El respeto a los derechos humanos de los pacientes del Hospital Samuel Ramírez Moreno

Como parte de los derechos humanos se encuentra el derecho a la protección de la salud física y mental. Este último es reconocido en el artículo cuarto, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, además de ser reglamentado por la Ley General de Salud. “De igual manera, se recoge en pactos, convenios y tratados internacionales suscritos y ratificados por nuestro país, así como en otros documentos consensados por la comunidad internacional, principalmente los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, aprobados por la Organización de las Naciones Unidas”.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos publicó en 1995 el folleto: *Derechos humanos de los pacientes psiquiátricos*, donde toma en cuenta veinte puntos dedicados tanto a quienes se encuentran internados como a los que no. En la segunda parte aborda los derechos de los usuarios hospitalizados.

Ahora bien, lo realmente importante es la ejecución de tales derechos. Durante nuestra estancia en el Hospital Psiquiátrico “Dr. Samuel Ramírez Moreno”, agudizamos todos los sentidos para percibir su cumplimiento, pues preferimos no dejarnos llevar por la corriente del rumor, aunque a veces era bastante tentadora e interesante. Para nosotras era necesario contar con las pruebas que avalaran dichas murmuraciones, debido a nuestro respeto por el lector y ética profesional.

Consideramos pertinente analizar uno a uno los derechos de los pacientes psiquiátricos. Por cierto, ni a éstos ni a sus familiares o representantes legales no se les da a conocer nada relacionado con sus derechos dentro de la institución.

1) Recibir un trato digno y humano por parte del personal de salud mental, independientemente de su diagnóstico, situación económica, sexo, raza, ideología o religión

(principio 1.2 de los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales, de la ONU; numeral 1 de la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental, aprobados por la Organización de las Naciones Unidas; numerales 1 y 2 de la Declaración de los derechos de los impedidos, aprobada por la Organización de las Naciones Unidas).*

Dicen que en este mundo todo es relativo y nada es absoluto. Entonces sólo podemos escribir sobre lo observado dentro del nosocomio, ni más ni menos. Nunca notamos ningún maltrato o grosería hacia los enfermos, aunque algunos pacientes nos manifestaron su inconformidad con relación a algunas agresiones por parte del personal, principalmente de los que atienden los talleres de rehabilitación.

2) Recibir atención médica especializada, es decir, por personal capacitado para el manejo y tratamiento de los enfermos mentales (artículo cuarto, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; numeral 2 de la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental, de la ONU; numeral 6 de la Declaración de los Derechos de los impedidos, de la ONU). *

En la Consulta Externa, la primera entrevista o preconsulta siempre es realizada por un psiquiatra. Cada Unidad Terapéutica cuenta con su propio especialista, médico general, psicólogo, trabajadora social, enfermeras y terapistas. Los pacientes atendidos en el Programa para niños y adolescentes no se quedan atrás con sus dos paidopsiquiatras.

3) Que tengan acceso a los recursos clínicos de laboratorio y de gabinete para lograr un diagnóstico certero y oportuno, en condiciones similares a cualquier otro establecimiento sanitario (principio 14 de los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales, de la ONU).*

Este hospital carece de laboratorio, por ende, es imposible cumplir con este punto. En este momento se encuentran haciendo todo lo posible para instalar el equipo de laboratorio y rayos X en las nuevas instalaciones de Consulta Externa, pero en lo que son peras o son manzanas, cuando requieren de este tipo de análisis, reciben el apoyo de otros hospitales.

4) Que la atención psiquiátrica o psicoterapéutica que se le preste sea de conformidad con las normas éticas pertinentes que rigen a los profesionales de la salud mental (numeral 1 de la Declaración de Hawai, principio 9.3 de los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales, de la ONU).*

La Declaración de Hawai es un documento adoptado en 1977 por el IV Congreso Mundial de Psiquiatría, celebrado en Honolulu. Aquí se ponen de manifiesto los lineamientos que orientan la práctica moral de quienes se dedican a la salud mental. Dicho documento carece de fuerza jurídica.

Hasta donde llegó el alcance de nuestra vista todo parece indicar que las sugerencias marcadas en la Declaración de Hawai son obedecidos por el personal médico y paramédico del Samuel Ramírez. En esos momentos realmente nos hubiera agradado tener el don de la ubicuidad.

5) Que toda la medicación sea prescrita por un especialista autorizado por la ley y que ello se registre en el historial clínico del paciente (principio 10 de los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales, de la ONU). *

Los médicos psiquiatras son las únicas personas encargadas de prescribir los fármacos psiquiátricos, mientras que el resto de los médicos recetan medicina de otro tipo. Nadie más desempeña esta labor.

6) Ser protegidos contra toda explotación, abuso o trato degradante (principio 13.4 de los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales, de la ONU; numeral 6 de la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental, de la ONU; numeral 10 de la Declaración de los Derechos de los Impedidos, de la ONU). *

Recordemos que hasta hace pocos años varios pacientes laboraban, como cualquier otro empleado, en las actividades de los almacenes, comedores, cocina y lavandería, incluso percibían un salario. A veces desempeñaban actividades de maquila y les pagaban por ello. Ahora todo esto ha quedado atrás.

Las únicas tareas donde participan los usuarios es en ayudar al personal de enfermería en el traslado de ropa sucia y limpia del cuarto de lavandería. A cambio reciben reforzadores como cigarrillos, refrescos o dulces.

No es difícil observar a algún paciente cargar un fardo o caja por petición de alguien del personal, luego vendrá la recompensa.

Actualmente algunos pacientes salen a la calle a trabajar, cobran un sueldo y cada uno de ellos hace con su dinero lo que le parece mejor, desde comprarse ropa interior hasta adquirir algún pequeño presente para su enfermera consentida.

7) Que la información, tanto la proporcionada por los propios enfermos o por sus familiares como la contenida en sus expedientes clínicos, sea manejada bajo las normas del secreto profesional y de la confidencialidad (principio 6 de los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales. de la ONU). *

Mientras estuvimos ahí, las únicas personas ajenas al hospital, interesadas en obtener información de los expedientes, éramos nosotras. Al sernos negada dicha petición por ser de tipo confidencial, suponemos que siempre ocurre así.

Incluso varios médicos no sabían si darnos a conocer o no cierta información sobre sus pacientes, a pesar de haber recibido la orden por parte del director del hospital para colaborar con nosotras en todo lo que necesitáramos. Luego entonces se vieron obligados a cooperar, aunque seguramente ocultaron algo, pues sin ir más lejos, ciertos médicos hacían comentarios de gran valor periodístico, pero al momento de la entrevista y con la grabadora en frente, suavizaban lo mencionado, parecían haberlo olvidado, o bien, actuaban como si nunca lo hubieran dicho.

8) Recibir información veraz, concreta, respetuosa y en lenguaje comprensible por ellos y por sus representantes legales, con relación al diagnóstico médico, así como con el tratamiento que se pretenda aplicar (principio 12 de los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales. de la ONU).*

Todo esto se le explica al familiar o al representante legal. También lo hacen con el enfermo cuando se encuentra en condiciones de ser informado.

9) Solicitar la revisión clínica de su caso (principio 17 de los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales. de la ONU). *

Esto ocurre en caso de que algún paciente o su familiar se encuentre inconforme con el diagnóstico o el tratamiento. Sólo el director de la institución y el comité de ética y vigilancia se

encuentran facultados para efectuar la revisión clínica pertinente y definir si hubo o no algún error, en caso de ser así, indican la (s) corrección (es) a seguir. Cuando se presenta algún fallecimiento, los consanguíneos pueden demandar la revisión clínica, entonces entra en acción el comité de auditoría médica y el comité de defunciones.

10) Negarse a participar como sujeto de investigación científica o, en todo caso, que dicha participación sea autorizada expresamente por el paciente o por un órgano de revisión competente e independiente establecido específicamente con este propósito, en armonía con el interés superior del paciente, previo conocimiento de los objetivos, riesgos y beneficios, y que en tal autorización no influyan presiones de ningún tipo ni que ello demerite la calidad de su atención hospitalaria (principio 11.15 de los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales, de la ONU). *

En el Samuel Ramírez no llevan a cabo ningún tipo de investigación, por lo menos eso fue lo que nos dijo el responsable del área de Enseñanza, Capacitación e Investigación mejor conocida en el hospital como área de “engañanza”.

No conformes con esta respuesta, buscamos la de otro médico, una fuente confiable, quien aseguró que sí se realizan investigaciones con los pacientes al administrarles fármacos experimentales. Los galenos pueden o no buscar el consentimiento de los enfermos y sus familiares, al ocurrir esto último, los afectados se encuentran con todo el derecho de proceder con una denuncia o demanda ante la CNDH.

11) Que a su ingreso al hospital se les informe, a ellos o a sus representantes legales, de las normas que rigen el funcionamiento del nosocomio, y saber los nombres de quienes serán los miembros del personal de salud, médicos y enfermeras encargados de su atención (principio 12 de los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales, de la ONU; numeral 13 de la Declaración de los Derechos de los Impedidos, de la ONU). *

Podemos decir que este punto se cumplió la mayoría de las veces, después de todo es el más sencillo de aplicar, ¿no cree usted?

12) Recibir atención médica oportuna en caso de sufrir una enfermedad no psiquiátrica y, de así requerirlo, de tratamiento adecuado en una institución que cuente con los recursos técnicos para su atención (artículo cuarto, párrafo cuarto, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; numeral 6 de la Declaración de los Derechos de los Impedidos, de la ONU). *

Los pacientes del Samuel Ramírez cuentan con un médico general en cada Unidad Terapéutica, al pendiente de los padecimientos ajenos a los de índole mental. También hay médicos internistas y un cirujano.

En cierta ocasión escuchamos a un especialista decir que a veces los galenos de otros hospitales les temen a los pacientes psiquiátricos al momento de encontrarse internados, como si fueran a morderlos o a agredirlos. Esto ocurre cuando el nosocomio psiquiátrico busca el apoyo de otros centros hospitalarios por carecer de los medios para atender a sus pacientes.

13) Recibir tratamiento orientado a la reintegración a la vida familiar, laboral y social, por medio de programas de terapia ocupacional, educativa y de rehabilitación psicosocial. El paciente podrá elegir el trabajo que desee realizar, por el cual recibirá una remuneración justa (principios 9 y 13.4 de los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales, de la ONU; numerales 2, 3 y 4 de la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental, de la ONU; numerales 6 y 9 de la Declaración de los Derechos de los Impedidos, de la ONU). *

Se encuentran en el intento para llegar a la tan añorada meta de la reintegración social, familiar y laboral. Éste es el sueño dorado del Samuel Ramírez Moreno y está haciendo todo por lograrlo, pero aun así no deja de parecer un sueño guajiro.

El esfuerzo es grande y al mismo tiempo nulo, todo depende del enfoque. Por ejemplo: las autoridades pueden encontrarse en la mejor disposición para cristalizar dicho anhelo, pero si tienen pocos recursos y además no reciben apoyo de otras instancias superiores, todo se detiene ahí. Tampoco olvidemos que siempre hay personal dispuesto a trabajar lo menos posible, esa es la fama de las instituciones de gobierno.

14) No ser sometido a restricciones físicas o a reclusión involuntaria salvo con arreglo a procedimientos legalmente establecidos y sólo cuando sea el único medio disponible para impedir un daño inmediato o inminente al paciente o a terceros, o se trate de una situación grave y el paciente esté afectado en su capacidad de juicio y, en el caso de no aplicarse el

tratamiento, se afecte su salud. Cuando haya limitación de libertad, ésta será la mínima posible de acuerdo con la evolución del padecimiento, las exigencias de su seguridad y la de los demás (principio 11.11 y 16.1.b de los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales. de la ONU). *

Las afamadas camisas de fuerza, cadenas, candados y cuartos acolchonados, forman parte de la historia y del séptimo arte, pues gracias a la nueva farmacología han sido reemplazados por los chochos especiales para los psicópatas, esquizofrénicos, deprimidos, sociópatas, entre otros.

El Samuel Ramírez cumple con este derecho al figurar dentro de su espacio la Unidad de Contención, abordada con anterioridad. De igual forma, el área jurídica se aboca en gran medida al antes pabellón cinco, además de tratar las cuestiones legales del hospital.

Es más, hay una manera especial de atar a los pacientes cuando se tornan agresivos, ésta es la llamada técnica de sujeción y consiste en emplear sábanas de tal forma que el paciente quede envuelto, indefenso. Minutos después un tranquilizante hará su bendita labor.

15) Ser alojados en áreas específicamente destinadas a tal fin, con adecuada iluminación natural y artificial, bien ventiladas, con el espacio necesario para evitar el hacinamiento y en condiciones de higiene (principio 14.2 de los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales. de la ONU; numeral 4 de la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental. de la ONU). *

Las Unidades Terapéuticas de Neuropsiquiatría y Pre-alta, de recién construcción, obedecen completamente a este punto. Son la carta fuerte de las autoridades.

El resto de los pabellones conservan celosamente su estructura arquitectónica de los años sesenta, tal vez por eso no les caería nada mal un poco más de ventilación. Cuando los pacientes se aglutinan para bañarse, tomar la medicina o dormir, se encierra un aroma fétido. A veces ni siquiera la unión del detergente, cloro, pino y creolina pueden combatirlo a pesar de que cada unidad es limpiada tres veces al día. Los usuarios deben desalojar el lugar para que su fragancia se marche junto con ellos.

16) Obtener alimentación balanceada, de buen sabor y aspecto, en cantidad suficiente para una adecuada nutrición y servida en utensilios decorosos. Asimismo, recibir vestido y calzado o tener autorización para utilizar los propios, si así lo desea (numeral 1 de la Declaración de los

Derechos del Retrasado Mental. de la ONU; numeral 3 de la Declaración de los Derechos de los Impedidos. de la ONU). *

Con relación al primer planteamiento no hay ningún problema, pues esa es la labor de los licenciados y técnicos en nutrición, así como del personal de cocina. De hecho, al contemplar las charolas listas hasta se apetecen: filete en trocitos, frijoles, arroz, agua de fruta y una rebanada de pastel como postre, ¿algo más?

Son pocos los pacientes que se distinguen usando ropa de calle, como dicen ellos. Todos reciben ropa (pans) y calzado (tenis). Es necesario vigilar que no los pierdan, se los roben o los cambien por una moneda de a peso, un cigarro o unos cuantos gramos de café mezclado con azúcar. Esto último es un secreto a voces, todos lo saben pero parece que nadie se da cuenta porque no hacen nada para impedirlo. ¿Quién quiere problemas con sus compañeros de trabajo? ¿Quién busca líos con el sindicato? ¿Quién se arriesga a perder el empleo?

17) Tener comunicación con el exterior y recibir visita familiar e íntima, si ello no interfiere con el tratamiento (principios 1.4 y 1.5 de los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales, de la ONU; numerales 3 y 9 de la Declaración de los Derechos de los Impedidos. de la ONU; numerales 1 y 4 de la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental. de la ONU). *

Por el momento es imposible cumplir con la visita íntima de los usuarios puesto que el nosocomio carece de las instalaciones apropiadas para ello. Sería pedir demasiado. Pero de cualquier forma, los pacientes homosexuales o bisexuales buscan encuentros íntimos con sus compañeros. No es nada del otro mundo si tomamos en cuenta que aquí no hay mujeres.

18) Comunicarse libremente con otras personas que estén dentro de la institución; enviar y recibir correspondencia privada sin que sea censurada; tener acceso a los servicios telefónicos así como leer la prensa y otras publicaciones, escuchar la radio y ver televisión (principio 13.1.c de los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales. de la ONU). *

Los usuarios cuentan con todas estas libertades, lo cual no significa que la institución les proporcione a cada uno de ellos su propia línea telefónica, el periódico de hoy y una pantalla chica. Por lo mismo, es frecuente ver que los pacientes soliciten a los visitantes alguna revista o libro.

Dentro del área de usuarios hay un teléfono público de tarjeta, ahora el problema es ¿quién les va a dar una tarjeta para llamar? El único aparato televisor se encuentra en uso en un taller de rehabilitación. Son pocos los internados que asisten a ver los programas, seguramente debido a que durante ese horario se encuentran ocupados en otros talleres. En cada pabellón debería haber uno o más aparatos receptores, pero se encuentran descompuestos.

Ésta es una forma de no desconectarse del mundo exterior, es así como observamos a algunos pacientes entonar canciones de moda, narrar alguna película o solicitarle al personal de la cocina el platillo de la receta del día, ese que preparó César Costa

19) Gozar de permisos terapéuticos para visitar a sus familias de acuerdo con el criterio médico. *

Esto es lo que ambicionan tanto los pacientes como los médicos, pero lo que al mismo tiempo aterra a los familiares por representar una carga demasiado pesada. Los permisos pueden ser otorgados por unas cuantas horas o hasta por un mes y luego ser renovados, dependiendo del acuerdo al que hayan llegado la familia y el psiquiatra, así como del estado mental del enfermo.

En caso de que este último responda favorablemente en el exterior, puede ser dado de alta por la remisión parcial del padecimiento, o bien, por mejoría. El primer tipo de externación se refiere a una mayor posibilidad de recaída; lo contrario ocurre en el segundo caso.

La pedagoga del hospital comentó el caso de un enfermo que sale de permiso generalmente por tres días. Sus consanguíneos le alquilan un cuarto de hotel para pasar la noche. Al amanecer van por él para ir de paseo y luego lo llevan a su habitación.

El Samuel Ramírez desea incrementar este tipo de permisos para luego externar a sus internos, eso sería lo ideal.

20) Recibir asistencia religiosa, si así lo desean (principio 13.1.d de los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales, de la ONU) . *

* Publicación de la comisión Nacional de los Derechos Humanos.

Derechos Humanos de los pacientes psiquiátricos. 14 pp.

Dentro de los terrenos federales del psiquiátrico se encuentra una capilla acondicionada para funcionar como aula escolar, excepto en cierto días de celebración religiosa como el miércoles de ceniza o en las fiestas decembrinas. Invitan a un sacerdote a officiar la misa correspondiente, a donde asiste todo aquel paciente interesado.

A pesar de que mucha gente no considera a los enfermos mentales como seres humanos, ellos cuentan con sus propios derechos. Estos últimos son numerosos y bien diseñados; sin embargo, llevarlos a la práctica resulta difícil, ya que existen pocas personas interesadas en luchar y supervisar su cumplimiento.

Hoy en día el Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno muestra notables diferencias en comparación con la situación que vivió hace todavía cuatro años. Debido a las condiciones pasadas, el nosocomio fue una rica fuente de noticias alimentadas por el morbo. Quienes no lo habían visitado desde esa época se asombran por el cambio.

Inmerso en la implementación de nuevos programas dirigidos hacia el mejoramiento de la calidad de atención, el centro hospitalario busca demostrar su capacidad como institución al servicio de la salud mental.

El pasado es vergonzoso, a tal grado que las autoridades pretenden erradicar todo aquello que les recuerde el amargo periodo de las críticas, denuncias y periodicazos. Empiezan a cambiar el concepto de pabellones por el de Unidades Terapéuticas aunque hasta el momento sólo tienen los títulos rimbombantes que acompañan a los proyectos plasmados en el Programa Anual de Actividades del hospital, porque las acciones no los respaldan.

Asimismo, intentan apegarse a los lineamientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana-025-SSA2-1994, lo cual implica mayor compromiso de quienes laboran al servicio del enfermo mental. Sólo falta esperar para saber si el intento dio frutos.

CONCLUSIONES

Mantener la salud del alma o curar las enfermedades de origen psíquico, conformaba una parte importante de la medicina prehispánica. La prueba fehaciente de ella se encuentra en diversos estudios históricos y antropológicos, el caso más afamado es el del Códice Badiano.

La peculiaridad de los pueblos prehispánicos se manifiesta en cuestiones tales como la creencia de la salud como resultado de la armonía entre diversas entidades anímicas contenidas en el cuerpo humano. Clasificaban a la locura en furiosa y ligera. El autor Asís Flores afirma que la medicina azteca estableció verdaderas etiquetas taxonómicas para algunos cuadros psicológicos precisos. Mientras, Parres asevera que los tlamatimines aztecas ejercían el trabajo de psiquiatras al poseer un amplio conocimiento de la naturaleza humana. El mismo papel le correspondía al tonalpouhqui, quien poseía una gran autoridad moral y el don de interpretar los destinos.

A pesar de todo esto difícilmente podemos hablar de una “psiquiatría prehispánica” puesto que la comparación de conceptos e ideas de distintas épocas es insuficiente cuando la incompreensión de sus conocimientos cosmogónicos nos impide acercarnos a la visión de las culturas mesoamericanas.

Con el transcurrir del tiempo la salud mental fue tomando fuerza y formalidad gracias a los excepcionales corazones blandos, lo cual la convirtió durante la época colonial en un acto de pura caridad y tolerancia, puesto que la participación de la medicina en esta área era incipiente. En la actualidad los psiquiatras son los “patitos feos” dentro de la ciencia médica, qué nos hubiéramos podido esperar en aquellos años.

El mejor ejemplo de lo anterior son los hospitales psiquiátricos San Hipólito y el Divino Salvador. El primero creado en 1567 por un soldado hispano, Bernardino Álvarez, que llegó a México para vivir del juego fraudulento, vicios y riñas. Con el apoyo del clero y de algunos particulares logró mantenerse dentro del camino recto al darles a sus enfermos mentales el mejor trato posible.

Una muestra más de caridad fue el Hospital Psiquiátrico del Divino Salvador, dedicado a mujeres dementes, surgido a mediados del siglo XVII gracias a José Sáyago, quien pronto necesitó del apoyo del clero y del ayuntamiento.

Ahora bien, el primer intento real por trasladar a México al mismo nivel de la psiquiatría europea fue el Manicomio General La Castañeda, inaugurado el primero de septiembre de 1910 por el entonces presidente Porfirio Díaz. El método científico rebasó a la indulgencia, pero no logró sobreponerse a la deficiente asistencia médica ni a la sobrepoblación de enfermos. Entonces fue necesario crear siete centros de atención para distribuir a los pacientes de La Castañeda.

Uno de ellos es el Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno creado en 1967, conocido en aquel entonces como hospital-granja. Un modelo vanguardista en México, el cual buscaba la rehabilitación del paciente a través de la terapia ocupacional de tipo agropecuario. Esperando ser ocupado por enfermos provenientes del interior de la república, se vio invadido por un número considerable de pacientes abandonados ya desde La Castañeda, y con ellos sus vicios, mañas y costumbres. Las consecuencias no tardaron en aparecer al derrumbarse los programas de apertura al convertirse en un asilo o depósito de seres indeseables.

Los que ahora dan testimonio de aquella situación guardan cierto recelo al callar cualquier punto que pudiera afectar la imagen de los mismos empleados y de la institución, a pesar de las situaciones humillantes dadas a conocer a la opinión pública a través de los medios de comunicación. Este hecho obliga al pensamiento a creer que innumerables sucesos negativos quedaron enterrados en la memoria de los entrevistados, puesto que ni siquiera existe algún documento que atestigüe la historia “completa y veraz” del Samuel Ramírez.

La trayectoria histórica del Samuel Ramírez Moreno ha construido un presente dañado, quebrantado por la inexistencia de responsabilidad, eficiencia, ética profesional y laboral de gran parte de su personal, además de una presencia negativa, imborrable hasta nuestros días, que repercute tanto en el exterior como en el interior del hospital. La gente manifiesta miedo ante la imagen oscura del psiquiátrico: “¿Cómo, al Samuel?! Si allí los maltratan”. Por otro lado, han existido plazas para especialistas de la salud mental, pero en ocasiones los profesionistas no las aceptan por la situación de la mala fama.

En la actualidad se está intentando aniquilar las ideas anteriores para transformarlo en un hospital de tercer nivel. Así, el nosocomio se encuentra en la etapa de la transición, implementando nuevos programas terapéuticos diseñados para alcanzar la reinserción de los enfermos a la sociedad.

Ahora sólo falta el verdadero compromiso de todos aquellos que laboran en el psiquiátrico para llevar hacia una realidad palpable los proyectos plasmados en un papel, que refleje la transformación y mejoramiento de las condiciones de vida de los internos, quienes, hasta nuestros días, no han gozado de un servicio totalmente digno.

Los enfermos mentales han sido objeto de burla, desprecio y desinterés por parte de su familia, la sociedad y el gobierno. En México se ha intentado dar un trato digno a este grupo segregado de la realidad, pero desafortunadamente la deshumanización e incompreensión que rebasa al amor, ha provocado el olvido de estos seres humanos necesitados de ayuda. A través de la historia de la psiquiatría en nuestro país, se puede observar los escasos y esporádicos movimientos interesados en el bienestar de estas personas que por tener un comportamiento torpe y rasgos extraños, han sido rechazados y estigmatizados, inclusive llegan a ser motivo de vergüenza para sus padres, hermanos o hijos. Los programas innovadores se vuelven obsoletos a través de los años. El Manicomio General La Castañeda y las granjas psiquiátricas son ejemplos claros de esa situación que, en lugar de rehabilitar a quienes son susceptibles de serlo, los desgasta.

Definitivamente, el Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno no es el mismo que causó revuelo hasta hace todavía cuatro años en los medios de comunicación masiva, debido a las condiciones infrahumanas de los pacientes hospitalizados. La desnudez, abandono, malos tratos y golpes, casi han quedado atrás, formando un cúmulo de errores con los cuales las autoridades no desean volverse a tropezar. El cumplimiento de los derechos humanos de los rechazados de la sociedad y su forma de vida han mejorado considerablemente, sin que por ello podamos evaluarlas como ideales. Por lo menos eso fue lo que pudimos constatar durante nuestra estancia en la mencionada institución, luego de hacer una comparación entre la información obtenida en fuentes documentales y el momento actual.

Es innegable la presencia de secuelas arraigadas, nacidas de un pasado vergonzoso y repugnante. La carencia y escasez de recursos materiales, humanos, así como arquitectónicos sigue latente, los empleados y las autoridades lo reconocen aunque al momento de tener enfrente una grabadora, encargada de guardar sus palabras exactas durante las entrevistas, hasta suavizaron el tono de voz, seguramente por miedo a represalias de índole personal o legal.

Las autoridades nunca se niegan ante las peticiones de los subordinados, sólo que tienen cuidado de no asegurar ninguna fecha con exactitud, ¡uff, qué alivio! Todo mundo sabe qué falta, en todos los aspectos, pero pocos de atreven a decir: podemos hacer mucho con lo que tenemos.

Hacen falta transformaciones relevantes como lo es el cambio de actitudes en todo el personal: mayor conciencia y responsabilidad, elementos imprescindibles para elevar la calidad de vida de los “olvidados”. Además, los proyectos seguramente son demasiado ambiciosos, ya que todo parece indicar que se encuentran por encima de la capacidad y eficiencia de quienes ahí laboran.

El personal que trabaja directamente con los pacientes es insuficiente y aproximadamente un diez por ciento de ellos no cuenta con el respaldo académico para el servicio que brinda, así el Samuel Ramírez, representa una fuente de ingresos y el cumplimiento de intereses individuales, dejando a un lado la vocación y el amor por este tipo de enfermos.

También se da el caso en donde los empleados se encuentran en la mejor disposición de coadyuvar en la calidad de vida de los internos, presentándose como primordial obstáculo la escasa partida presupuestal, como algo dirigido por autoridades superiores y ajenas al hospital.

Aunque los programas están diseñados para la reinserción social de los “indeseables”, el rechazo y abandono por parte de sus familiares, así como de la sociedad, se convierten en el principal enemigo para el cumplimiento del tal objetivo.

Pese a que recientemente el psiquiátrico ha sufrido diversos cambios, notorios y drásticos, como el cambiarles el nombre a los pabellones por el de Unidades Terapéuticas, no significa nada si tomamos en cuenta que los nuevos programas médicos y administrativos apenas están siendo elaborados, o bien, intentan echarlos a andar. El nosocomio se encuentra ataviado con las mieles de la “modernización”, en donde por el momento las denominaciones rebasan a las acciones operativas correspondientes. Lo importante es la calidad del servicio y no el nombre.

Los “cuerdos” hablan, opinan, aportan, critican, discuten, se pelean, defienden sus ideas para que éstas se cristalicen y den pauta a la metamorfosis. Mientras, del otro lado de la razón, se encuentra el motivo de existencia del centro hospitalario: los pacientes, quienes permanecen sumergidos en la indiferencia debido a que su tiempo y atención son absorbidos por su mundo particular infestado de alucinaciones y fantasías.

El futuro, tanto de estos seres como el del hospital, es incierto. La meta de convertir a éste último en una clínica de especialidades es el motor que mantiene vivo el interés por el cambio y propiciar la evolución de todos sus componentes. En este nosocomio encontramos ideas vagas, sueños inalcanzables, deseos frustrados, conversaciones delirantes, pensamientos inconclusos creados por las mentes de poetas, traductores, licenciados, millonarios, entre otros. Y aunque su incapacidad no les permite expresar su necesidad de apoyo, en muchas ocasiones su rostro la grita. La manera en que son tratados dentro y fuera del psiquiátrico, no es más que el reflejo del nivel de civilización de nuestra sociedad.

FUENTES DE CONSULTA

BIBLIOGRÁFICAS

- . Amar, André.
La psicología moderna de la A a la Z.
Editorial E. Belgas.
España, 1971.
247 pp.
- . Ángulo Iñiguez, Diego, et. al.
Retablo barroco a la memoria de Francisco de la Maza.
UNAM, Instituto de Investigaciones Estéticas.
México, 1974.
385 pp.
- . Baena, Guillermina.
Instrumentos de investigación documental.
Editores Mexicanos Unidos.
México, 1991.
134 pp.
- . Basaglia, Franco, et. al.
Razón, locura y sociedad.
Editores Siglo XXI.
México, 1980.
199 pp.
- . Castañeda González, Carlos.
Hospital psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".
Trabajos de investigación Vol. I.
México, 1990.
163 pp.
- . Coll César, Fons María.
Áreas de intervención de la psicología.
Editorial Horsori.
Barcelona, 1981.
282 pp.

- . Diccionario Básico. Tomo III.
Editorial Espasa - Calpe.
Madrid, 1983.
2976 pp.

- . Frazier, Shervert H., et. al.
Diccionario de Psiquiatría.
Editorial Trillas.
México, 1990.
198 pp.

- . Fundación Tomás Moro.
Diccionario Jurídico.
Editorial Espasa - Calpe.
Madrid, 1992.
1010 pp.

- . Hernández Elizalde, Teresa.
Cuadernos para la historia de la salud.
Secretaría de Salud.
México, 1993.
121 pp.

- . Leñero Vicente, Marín Carlos.
Manual de periodismo.
Editorial Grijalbo.
México, 1986.
315 pp.

- . Master.
Diccionario Enciclopédico. Tomo III.
Olimpo Ediciones.
España, 1993.
1648 pp.

- . Merani, Alberto.
Diccionario de Psicología.
Tratados y Manuales Grijalbo.
México, 1991.
270 pp.

- . Moor, Lise.
Glosario de términos psiquiátricos.
Editorial Toray - Masson.
Barcelona, 1969.
206 pp.

- . Muriel, Josefina.
Hospitales de la Nueva España. Tomo II.
Editorial Jus.
México, 1960.
442 pp.

- . Pérez Rincón, Héctor.
Breve historia de la Psiquiatría en México.
Publicaciones del Instituto Mexicano de Psiquiatría.
México, 1995.
119 pp.

- . Poinso Yves, Gori Roland.
Diccionario Práctico de Psicopatología.
Editorial Herder.
Barcelona, 1976.
320 pp.

- . Solominos D'Ardois, Germán.
Historia de la psiquiatría en México.
SEP/SETENTAS.
México, 1976.
149 pp.

- . Székely, Béla.
Diccionario Enciclopédico de la Psique.
Editorial Claridad.
Argentina, 1975.
606 pp.

- . Tocaven, Roberto.
Higiene mental.
Editorial Edicol.
México, 1977.
100 pp.

- . Ulibarri, Eduardo.
Idea y vida del reportaje.
Editorial Trillas.
México, 1994.
281 pp.

HEMEROGRÁFICAS

- . Álvarez, Diana
“Denuncian maltrato en centros psiquiátricos”
Reforma
México, D. F.
24 de noviembre de 1993
p.12-B

- . Aviña, José Carlos
“Urgen planes para rehabilitar a enfermos mentales: ARDF”
El Heraldo
México, D. F.
31 de agosto de 1993
p. 10

- . Báez, Guadalupe
“Demandan eliminar irregularidades en el siquiátrico Samuel Ramírez”
La Jornada
México, D. F.
30 de septiembre de 1993
p. 13

- . Batista, Gina
“Cierren las puertas señores”
Mira
México, D. F.
Vol. 3, No. 120
15 de junio de 1992
pp. 24 - 27

- . Batista, Gina
“El otro lado del mostrador”
Mira
México, D.F.
Vol. 3, No. 110
6 de abril de 1992
pp. 24 - 27

- . Batista, Gina
 "Paranoia en la granja"
Mira
 México, D.F.
 Vol. 3, No. 131
 31 de agosto de 1992
 pp. 20-23

- . Batista, Gina
 "Violaciones a los derechos humanos en el psiquiátrico Samuel Ramírez Moreno"
El Financiero
 México, D. F.
 28 de noviembre de 1993
 p. 40

- . Beyes, Juan Gerardo
 "Demandan familiares de enfermos mentales un trato más humano para sus pacientes"
Excélsior
 México, D. F.
 19 de diciembre de 1991
 p. 1

- . Calderón Gómez, Judith
 "Demandan mayor respeto a los derechos de enfermos mentales"
La Jornada
 México, D. F.
 29 de noviembre de 1991
 p. 1

- . Camacho Hernández, Grisel
 "Espera la Arquidiócesis cabal cumplimiento a la recomendación de CNDH sobre un psiquiátrico"
El Nacional
 México, D. F.
 30 de septiembre de 1993
 p. 15

- . Cerda, Patricia
 "Trato inhumano para más de 400 enfermos mentales en casi 28 hospitales: A. del Valle"
Excélsior
 México, D. F.
 30 de septiembre de 1993
 pp. 4-A, 45

- . Cobo, Pilar
"Obsoletos e insuficientes los hospitales psiquiátricos"
Excelsior
México, D. F.
11 de mayo de 1993
pp. 5-A, 33-A

- . Comisión Nacional de Derechos Humanos
"Derechos humanos de los pacientes psiquiátricos"
1ª Ed., septiembre de 1995
México, D. F.
14 pp.

- . Cortés Martínez, Sara
"Piden crear comités para vigilar los hospitales psiquiátricos"
El Financiero
México, D. F.
24 de noviembre de 1993
p. 37

- . Cruz, Minerva
"En condiciones infrahumanas viven más de 13,000 enfermos mentales"
El Universal
México, D. F.
17 de marzo de 1993
p. 11

- . Cruz, Minerva
"Llama Kumate a que se denuncien las violaciones de derechos humanos en hospitales psiquiátricos"
El Universal
México, D. F.
21 de mayo de 1993
p. 13

- . Chavarría, Rosa María
"Destinarán NS3.7 millones para mejoras en el hospital Samuel Ramírez Moreno"
El Universal
México, D. F.
9 de octubre de 1993
p. 11

- . Chavarría, Rosa María
 “En condiciones infrahumanas viven los enfermos mentales”
El Universal
 México, D. F.
 24 de noviembre de 1993
 p. 23

- . “El pelón Sobera: cínico y guasón”
Relatos de presidio
 México, D. F.
 Editorial Toukan
 Año 3, No. 141
 23 de junio de 1997
 91pp.

- . Garduño Espinosa, Roberto
 “Aseguran que Salud incumple una recomendación de la CNDH”
La Jornada
 México, D. F.
 5 de noviembre de 1993
 p. 19

- . Garduño Espinosa, Roberto
 “Estudia la SSA la recomendación sobre hospital Samuel Ramírez”
La Jornada
 México, D. F.
 24 de septiembre de 1993
 p. 21

- . Garduño Espinosa, Roberto
 “No atiende el psiquiátrico Samuel Ramírez Moreno a pacientes crónicos”
La Jornada
 México, D. F.
 9 de octubre de 1993
 p. 40

- . Garduño Espinosa, Roberto
 “Salud: sólo proceden algunas recomendaciones de la CNDH”
La Jornada
 México, D. F.
 4 de octubre de 1993
 p. 15

- . Gómez Vázquez, Héctor
 “¡SOS! desde hospitales psiquiátricos”
Motivos
 México, D. F.
 31 de mayo de 1993
 pp. 44, 45

- . “Inician programa preventivo en el hospital “Samuel Ramírez Moreno””
Novedades
 México, D. F.
 31 de agosto de 1993
 p. 7-A

- . “Insuficiencia en hospitales para enfermos mentales”
El Heraldo
 México, D. F.
 14 de julio de 1992
 p. 5-A

- . Jardí, Teresa
 “Enfermos mentales y corrupción”
La Jornada
 México, D. F.
 19 de enero de 1993
 p. 19

- . Lara Barragán, Antonio
 “Deficiencias en el Hospital Psiquiátrico S. Ramírez”
El Sol de México
 México, D. F.
 23 de septiembre de 1993
 p. 18

- . Luna Herrera, Lucía
 “Maltrato de enfermos en un hospital psiquiátrico: asamblea”
Ovaciones
 México, D. F.
 31 de agosto de 1993
 p. 6-A

- . Meave Ávila, Silva
 “Insta la CNDH a la Secretaría de Salud a corregir anomalías en el psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno”
El Financiero
 México, D. F.
 26 de septiembre de 1993
 p. 21

- . Monrroy A., Hilario
 “Los derechos humanos de 444 enfermos mentales, relegados”
Uno más uno
 México, D. F.
 18 de octubre de 1993
 pp. 1, 12

- . Noriega, Catalina
 “¡Bravo, Kumate! ... ni cólera ni sida, ni enfermos mentales”
El Sol de México
 México, D. F.
 4 de mayo de 1993
 p. 3-A

- . “Nuevas políticas administrativas mejoran servicios en el hospital psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno”
El Nacional
 México, D. F.
 25 de noviembre de 1993
 p. 16

- . Diario Oficial de la Federación
 “Norma Oficial Mexicana (NOM-025-SSA2-24) para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médica-psiquiátrica”
 México, D. F.
 Tomo DVI, No. 12
 16 de noviembre de 1995
 p.10-16

- . Pérez, María Luisa
 “Sigue mal el psiquiátrico”
Reforma
 México, D. F.
 26 de noviembre de 1993
 p. 11-B

- . Ramos Maldonado, Jorge
 “Infierno de locura, el hospital Samuel Ramírez”
El Heraldo de México
 México, D. F.
 10 de octubre de 1993
 p. 1-A

- . Ramos Maldonado, Jorge
 “Los castigos a sus diferencias son el encierro y el olvido...”
El Heraldo de México
 México, D. F.
 9 de octubre de 1993
 p. 3-A

- . Reséndiz, Gerardo
 “Colgado en un hospital”
El Sol de México (Mediodía)
 México, D. F.
 23 de noviembre de 1993
 p. 1

- . Riquelme U., Cecilia
 “Respeto a los derechos humanos de los enfermos mentales”
El Sol de México
 México, D. F.
 29 de marzo de 1992
 p. 2

- . Rivera Cuevas, Laura
 “Denuncian trato inhumano contra enfermos mentales en las granjas”
La Afición
 México, D. F.
 24 de junio de 1992
 p. 17

- . Rivera Cuevas, Laura
 “Impide la SS acceso a técnicas en salud mental a un hospital”
La Afición
 México, D. F.
 27 de junio de 1992
 p.13

- . Román, José Antonio
 “Apoyan recomendación para mejorar servicio en un hospital psiquiátrico”
La Jornada
 México, D. F.
 30 de septiembre de 1993
 p. 19

- . Santos Navarro, José
 “Convenio para mejorar servicio en los hospitales psiquiátricos”
La Prensa
 México, D. F.
 21 de mayo de 1993
 p. 16

- . “Se han suicidado seis pacientes en el siquiátrico Samuel Ramírez”
Diario de México
 México, D. F.
 24 de noviembre de 1993
 p. 5

- . Vazquez Pérez, Emilio
 “Deshumanización, fallas médicas y abandono en el hospital siquiátrico Samuel Ramírez Moreno”
Uno más uno
 México, D. F.
 17 de octubre de 1993
 pp. 1, 8

- . Vázquez Pérez, Emilio
 “Entran cuerdos y los vuleven locos en el hospital siquiátrico”
Uno más uno
 México, D. F.
 19 de octubre de 1993
 pp. 1, 11

- . Venegas, Juan Manuel
 “No apoya Kumate derechos humanos en psiquiátricos”
La Jornada
 México, D. F.
 24 de noviembre de 1993
 p. 41

VIVAS*

- . **Alicia Velasco Ramos**, responsable de Trabajo Social, julio de 1997.
- . **Apolinar Cerritos**, peluquero, mayo de 1997.
- . **Carlos Humberto Gámez Mier**, director, agosto de 1997.
- . **César Bañuelos Arzac**, psiquiatra responsable de la Unidad Terapéutica de Pre-alta, agosto de 1997.
- . **Daniel Bustillos Valladares**, jefe del área de Auxiliares de Diagnóstico, agosto de 1997.
- . **David Zavala Caballero**, responsable del área de Medicina no Psiquiátrica, agosto de 1997.
- . **Enrique Herrera Domínguez**, paciente internado en la Unidad de Contención, mayo de 1997.
- . **Enrique Medellín Herrera, “Quique”**, paciente internado en la Unidad de Larga Estancia, mayo de 1997.
- . **Ezequiel Méndez**, encargado del servicio de lavandería, julio de 1997.
- . **Félix Ordaz Acosta**, médico responsable del área de Medicina Preventiva, agosto de 1997.
- . **Gregorio Lew Aloschin**, paciente internado en psicogeriatría, mayo de 1997.
- . **Guadalupe Dip**, presidenta del Comité Ciudadano del Hospital Psiquiátrico Samuel Ramírez Moreno, agosto de 1997.
- . **Guadalupe Infante**, psiquiatra responsable de la Unidad Terapéutica de Psicogeriatría, julio de 1997.
- . **Higinio Sobera de la Flor**, paciente, mayo de 1997.
- . **Ignacio Martínez Palacios**, psiquiatra responsable de la Unidad Terapéutica de Atención Continua, julio de 1997.
- . **Isidoro Requena**, paciente, julio de 1997.

* Las entrevistas se realizaron con personal y pacientes del Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno.

- . **Isidro Osornio Retana**, encargado de Recursos Financieros, mayo de 1997.
- . **Javier Zambrano Ramos**, jefe de la División de Servicios Paramédicos e Informática Médica, junio de 1997.
- . **Jesús Alba Nieto**, psiquiatra responsable de la Unidad Terapéutica de Larga estancia, julio de 1997.
- . **Jorge Ahuja Ramírez**, psicólogo supervisor de rehabilitación, julio de 1997.
- . **José Arturo Erazo Cano**, psiquiatra del área de Salud Mental Comunitaria, junio de 1997.
- . **José María Pardo Berruenco**, subdirector administrativo, julio de 1997.
- . **Juan Carlos Rueda García**, psiquiatra jefe de Hospitalización y Consulta Externa, julio de 1997.
- . **Juan José Neri Galván**, terapeuta ocupacional, mayo de 1997.
- . **Juan Millet Exzacarías**, responsable del área de Rehabilitación, julio de 1997.
- . **Lidia Zambrano Ramos**, responsable de Salud Mental Comunitaria, julio de 1997.
- . **Manuel Antero Fernández**, jefe de Servicios Subrogados, mayo de 1997.
- . **Manuel Cortés Pérez**, enfermero, julio de 1997.
- . **Manuel Flores González**, “**Bolita**”, paciente, mayo de 1997.
- . **Marco Bonifacio Silva Cortés**, jefe de Enfermería, julio de 1997.
- . **María Estela Díaz González**, psiquiatra responsable de la Unidad Terapéutica de Subsecuentes, agosto de 1997.
- . **María Inés Arébalos Salinas**, secretaria general de la Sección Sindical No. 91, agosto de 1997.
- . **Maricela Campos Munciño**, psicóloga responsable de Hospital Parcial, agosto de 1997.
- . **Maricela Plascencia Campos**, encargada del Programa de Atención a Niños y Adolescentes, julio de 1997.
- . **Mario Raymundo Andrade Pérez**, jefe de Dietología, agosto de 1997.

- . **Mario Tercero Cortés de Austria**, psiquiatra responsable de Consulta Externa, agosto de 1997.
- . **Norma Ibáñez Hernández**, licenciada encargada del Área Jurídica, agosto de 1997.
- . **Pepe Desconocido**, paciente, mayo de 1997.
- . **Rafael Castro Román**, subdirector médico, junio de 1997.
- . **Rafael Ortiz Tovar**, responsable de la Unidad Terapéutica de Contención, agosto de 1997.
- . **Ramón Apreza Patrón**, jefe del Departamento de Servicios Administrativos, agosto de 1997.
- . **Raúl Eduardo Ángeles Hernández**, terapeuta ocupacional, junio de 1997.
- . **Ricardo Gerardo Hidalgo Luna**, psiquiatra jefe de la División de Enseñanza, agosto de 1997.
- . **Rocío Barrera Zamorategui**, psiquiatra responsable de la Unidad Terapéutica de Hospital de Noche, junio de 1997.
- . **Rosa Margarita Aceves Serrano**, empleada de lavandería, mayo de 1997.
- . **Saúl Bustillos Olivas**, psiquiatra responsable de la Unidad Terapéutica de Neuropsiquiatría, julio de 1997.
- . **Víctor Ruiz**, encargado de Registros Hospitalarios, mayo de 1997.