



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS

COLEGIO DE GEOGRAFÍA

**“ANÁLISIS GEOGRÁFICO DEL ÁREA DE INFLUENCIA DEL
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “JOSÉ SAYAGO” UBICADO EN EL
MUNICIPIO DE ACOLMAN, ESTADO DE MÉXICO”**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN GEOGRAFÍA**

P R E S E N T A :

SÉRGIO VÁZQUEZ HERNÁNDEZ



**ASESOR:
DR. ENRIQUE ZAPATA ZEPEDA**

CIUDAD UNIVERSITARIA



2005

m343049

**FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS
COLEGIO DE GEOGRAFÍA**



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.

Entrego a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a demandar en formato electrónico o impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Sergio Vazquez Hernandez

FECHA: 11 Abril 2005

FIRMA: [Firma manuscrita]

A MI PADRE:

DOMINGO VAZQUEZ RAMIREZ (†)
QUE LO QUIERO MUCHO DESDE DONDE ESTE.

A MI MADRE:

MARIA HERNANDEZ VDA. DE VAZQUEZ
QUE HA SIDO, ES Y SERA MI FORTALEZA ANIMICA Y LE DEDICO ESTE
ESFUERZO CON TODO MI CARINO Y MI CORAZON. GRACIAS POR TODO.

A MIS HERMANOS:

EDUARDO
DOMINGO
HUMBERTO
JESUS
MARJO
GERARDO
ARMANDO Y
ELENA

A MI ESPOSA

CELIA,
POR APOYARME EN TODOS ESTOS MOMENTOS.

A MIS HIJOS:

MARLENE SARANYA Y ALTHAIR,
POR ALEGRARME MI EXISTENCIA INFINITAMENTE: HIJOS, DISFRUTEN
CADA MOMENTO DE SU VIDA.

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO "JOSE SÁLAGO"

**A CADA UNA DE LAS MUJERES QUE SE ENCUENTRAN INTERNADAS, PARA
QUE ENCUENTREN LA LUZ.**

INDICE.

INTRODUCCION.....	I-V
1. CONCEPTOS FUNDAMENTALES.....	1
1.1 Salud.....	1
1.2 Salud Mental.....	2
1.3 Enfermo Mental.....	3
1.4 Hospital Psiquiátrico.....	4
1.5 Área de Influencia.....	5
2. FACTORES GENERALES QUE AFECTAN LA SALUD MENTAL.....	
2.1 Aspectos sociales.....	6
2.2 Aspectos ambientales.....	10
3. ANTECEDENTES DE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS EN MÉXICO.....	14
3.1 Época prehispánica.....	15
3.2 Época virreinal y siglo XIX.....	21
3.3 El Manicomio general de La Castañeda (1910-1966).....	25
3.4 Hospital psiquiátrico "José Sayago" (1963-2001).....	30
3.5 Área de Psiquiatría y médica.....	34
3.5.1 Unidades.....	35
3.5.2 Central médica.....	35
3.5.2.1 Consulta externa.....	35
3.5.2.2 Odontología.....	35
3.5.2.3 Laboratorio.....	36
3.5.2.4 Rayos X.....	36
3.5.2.5 C.E.Y.E.....	36
3.6 Área paramédica.....	36
3.6.1 Psicología.....	36
3.6.2 Enfermería.....	37
3.6.3 Trabajo Social.....	37
3.6.4 Farmacia.....	38
3.6.5 Terapias.....	38
3.6.6 Archivo clínico.....	38
3.6.7 Dietología.....	39
3.7 Área administrativa.....	39
3.7.1 Recursos humanos.....	39
3.7.2 Recursos financieros.....	40
3.7.3 Recursos materiales.....	40
3.7.4 Servicios generales.....	40
3.7.4.1 Mantenimiento y jardinería.....	40
3.7.4.2 Lavandería, ropería y limpieza.....	41
3.7.5 Transportes.....	41
3.8. Enseñanza e investigación.....	42

4. LOCALIZACION GEOGRAFICA DEL MUNICIPIO DE ACOLMAN.....	43
4.1 Coordenadas, límites, superficie.....	43
4.2 Ubicación del hospital psiquiátrico “José Sayago”.....	45
4.2.1 Vías de comunicación.....	46
4.2.2 Transporte.....	46
5. CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS PACIENTES DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO “JOSE SAYAGO”.....	47
5.1 Origen de las pacientes.....	47
5.2 Edad de las pacientes.....	48
5.3 Años de internamiento.....	49
5.4 Padecimiento.....	51
6. AREAS DE INFLUENCIAS DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO “JOSE SAYAGO”.....	52
6.1 Áreas de influencia en el Estado de México.....	52
6.2 Áreas de influencia en el Distrito Federal.....	54
6.3 Áreas de influencia en otros estados.....	55
7. CONCLUSIONES.....	56
8. BIBLIOGRAFIA.....	59
9. GLOSARIO.....	61
10. ANEXOS.....	62

INTRODUCCION.

Es la Geografía una ciencia que estudia las actividades sociales, su dinámica y evolución; su relación con su espacio y cómo el mismo espacio va modificando a la sociedad a través del tiempo.

Una forma temática de ver a la Geografía y a su espacio es el área de la salud, que se le ha denominado Geografía Médica. El origen de los estudios de Geografía Médica, de forma sistemática, se remonta a las topografías médicas, a finales del siglo XVIII, si bien su proliferación tiene lugar en gran parte del siglo XIX y se reduce su producción a finales del mismo siglo al entrar en crisis el enfoque higienista. Realizada por médicos, su contenido era una auténtica geografía regional clásica. A pesar de la tradición del estudio de la influencia del medio en el hombre y la relación de ambos a partir de Ratzel, el inicio de la Geografía Médica como disciplina geográfica no se produjo hasta los años 20, quizás por el desprestigio del determinismo geográfico. En esta primera época (1926-1970) la Geografía Médica es concebida como el estudio de la distribución de los complejos patógenos. Se analizan las áreas de extensión de una enfermedad endémica o epidémica, como área de extensión de un complejo patógeno, centrándose en el estudio de las diferencias de la distribución de patologías sobre el espacio. Prácticamente sólo eran estudiadas las enfermedades infecciosas y parasitarias.

Al ampliar la Organización Mundial de la Salud el concepto de salud, influye en los geógrafos y amplían los límites del complejo patológico, compuesto por factores patológicos (agentes causales, vectores, anfitrión, etc.) a los que se les denomina "pathogens" y los geográficos físicos y humanos (culturales, demográficos, socioeconómicos) a los que se les llaman "geogens", el objetivo sigue siendo determinar las áreas de incidencia de las enfermedades infecciosas y cartografiar su localización.

Aunque desde los años 50 se enriquecen los contenidos, el enfoque ecológico físico permaneció como predominante y en algunos países como único. A partir de 1970 la disciplina experimenta un fuerte despegue, la gran mayoría de los trabajos ya no se refieren a los países y enfermedades tropicales, sino a enfermedades infecciosas que afectan a las zonas templadas (hepatitis, gripe, brucelosis, tuberculosis), centrándose en aspectos de difusión. Las enfermedades no infecciosas, las crónicas se convierten en objeto prioritario. No sólo cambian las enfermedades que se estudian, sino que los países desarrollados son ahora los más estudiados y se modifica igualmente la escala de análisis, que suele ser urbana e intraurbana.

La influencia del paradigma neopositivista hizo que los temas de localización entraran a formar parte de los estudios de Geografía Médica, al considerar el equipamiento como medio para la restauración de la salud y su carencia como factor patológico.

En la actualidad los contenidos se han extendido en temáticas sobre adaptabilidad al medio, espacios interiores y microescalas de análisis y la realidad cotidiana presenta un abanico de nuevos factores de riesgo (ruido, contaminación, accidentes de tráfico, envejecimiento de la población, etc.), que es necesario utilizar.

La Geografía Médica es la disciplina, por lo tanto, que estudia la distribución espacial de los factores ambientales, naturales, de equipamiento, socioeconómicas, y culturales que determinan alguna patología, las condiciones del entorno que relaciona al agente patógeno y al huésped, la incidencia y prevalencia del binomio salud-enfermedad así como distribución espacial de los recursos para la salud, esto comprende una gran cantidad de técnicas que no se apartan de los fundamentos generales que se les confieren a la Geografía como ciencia. La Geografía Médica requiere de gran diversidad de técnicas de las ciencias de las cuales se vale para el conocimiento analítico de los datos implicados, tanto históricos como estadísticos, en la multicausalidad de los estudios que le preocupan.

Dentro de esto, se encuentra el área de la salud mental, en donde tiene que ver en gran medida el hábitat de la población. No hay un estudio científico completo que determine que es y cómo debe ser un hábitat humano, pero esto no impide asegurar, y lo demuestra la experiencia personal y social, que el hábitat urbano actual no corresponde a las necesidades psicofisiológicas del hombre, en otras palabras, no podemos decir cómo debe ser el hábitat idóneo, pero sabemos que el actual no es el adecuado, ya que genera grandes cantidades de estrés, la degradación y sobrepoblación en las grandes urbes, *per se*, esta produciendo severos trastornos en la población.

Se han establecido muchos hospitales para atender a pacientes con enfermedades mentales en sitios estratégicos, generalmente ubicados lejos de las aglomeraciones urbanas. A pesar de esto, los servicios de estas instituciones psiquiátricas siguen teniendo una influencia permanente y necesaria para la población que requiere de sus servicios.

Resulta importante conocer el funcionamiento y su área de influencia de estas instituciones, ya que no se tiene conocimiento de las mismas en el ámbito geográfico. El presente trabajo es un análisis de una de estas ubicadas en el Estado de México, principalmente la que se encuentra en el municipio de Acolman. En este municipio fue habilitado el hospital psiquiátrico "José Sayago", que tiene la particularidad de ser exclusivamente para mujeres.

La idea del espacio que enferma-el espacio que cura ha existido siempre, si bien la posición que adopte el hombre respecto a ese espacio hace variar la concepción de las relaciones hombre-medio; percepción del medio como algo amenazante o sintiendo al hombre como un componente del espacio, es decir, como un ser vivo que forma parte del paisaje en equilibrio más o menos inestable.

El hombre aprende a vivir con algunos de los riesgos ambientales de su entorno próximo, se producen inmunizaciones, se adopta, se acostumbra, siempre que no sean especialmente graves. Pero el problema surge cuando esos riesgos se intensifican o se acumulan, cuando aparecen otros nuevos o cuando inciden de manera catastrófica. Ese contacto con lo nuevo ha sido un factor epidemiológico de primera magnitud. Un aspecto muy interesante es el sentido de lugar, las relaciones de las personas con el espacio, que siente su espacio como algo propio o como algo ajeno, algo que se unen con afectividad o a lo que odian y que les hace experimentar arraigo o desarraigo, considerando al desarraigo como factor de morbilidad; la falta de unión con ese espacio genera malestar psicológico y agresividad.

Los cambios sociales demasiado rápidos, por otra parte, producen conflictos emocionales en la población sometidos a ambientes diversos que se traducirán en trastornos de la esfera mental como son: estrés, neurosis, ansiedades, etc.

El hombre no ha cambiado tan rápido como la organización social; el ambiente moderno se ha complicado demasiado, y el hombre no ha cambiado emocionalmente en la misma proporción. La salud mental no es una condición estática, está sujeta a variaciones e influida por factores tanto biológicos como sociales. Es una manifestación ecológica de la relación individuo-ambiente.

Cuando se distribuye la frecuencia de estos trastornos en la población, se nota que no es uniforme su organización sino que se relaciona con la condición económica, cultural y con el ambiente social en que se vive.

Por otro lado, la industrialización creciente, la urbanización, la situación política y económica plantea conflictos individuales y colectivos que modifican los sistemas de valores éticos, los valores individuales y los papeles tradicionales de autoridad del hombre y la mujer; estos hechos cambian la dinámica familiar e influyen en las actitudes y personalidad individual.

Esto no significa que el desarrollo social produzca necesariamente trastornos de la salud mental. Todos los aspectos de la transformación social y del progreso pueden ser hechos benéficos si alcanzan a todos y a cada uno de los individuos de la población, favoreciendo así el proceso de adaptación ecológica y social. La dificultad estriba que los cambios sociales que acompañan al progreso implican nuevas responsabilidades para el gobierno y los individuos y nuevas exigencias en el proceso ecológico de adaptación. Tal vez los cambios sociales se estén produciendo con mucha mayor rapidez que las variaciones biológicas adaptativas y que por lo tanto, la inadaptación o desadaptación se produzcan por incapacidad biológica nuestra para adaptarnos con rapidez a una situación compleja y variable. Este tipo de inadaptaciones crean enfermedades que se tratan en lugares y con personal especializados para lograr la rehabilitación de estos enfermos.

En este informe se analiza uno de estos nosocomios, para rehabilitar a pacientes con características mencionadas anteriormente es el hospital psiquiátrico "José Sayago" se encuentra localizado en el municipio de Acolman, Estado de México; a una distancia de 33.5 kilómetros de la ciudad de México sobre la carretera federal México-Pirámides.

Como se menciona en los primeros párrafos, se ha comprendido algunos de los motivos por los cuales la población ve alterada emocionalmente. Anteriormente, en la época precolombina y principalmente en el virreinato, la causa, según la gente, era que espíritus malignos se habían posesionado del cuerpo de la persona. Se crearon instituciones para atender a personas con enfermedades mentales, que tenían un propósito fundamental, la hospitalidad más que la consecución de la salud fisiológica por medios científicos, de ahí que se adoptaran medidas para la seguridad de los enfermos que, a la vez que los protegían, limitaba y anulaban su libertad.

La visión de los hospitales para dementes había generado en la mayoría de la población mexicana de principios de siglo XIX, era plena de temor, leyendas y misterios, propia de la magia y alejada de las explicaciones científicas; la mayoría de la gente guardaba conceptos equívocos sobre la génesis y dinámica de las enfermedades mentales. Como consecuencia, la relación hospital-comunidad no se daba y los familiares de los enfermos eran considerados de tal forma que parecía que no existían para los hospitales.

La aglomeración de las pacientes, entre otras causas, tuvo como resultante la necesidad de construir nuevos hospitales. Fue hasta 1905 cuando se realizaron obras públicas para conmemorar el centenario de la independencia, que se inició también la construcción del Manicomio General de La Castañeda y en 1910 se inauguró este nosocomio trasladándose a los enfermos mentales a este lugar.

Este hospital permaneció en operación hasta 1966, año en el que fue cerrado por causas similares que tuvieron los hospitales anteriores no sin antes haber contribuido a grandes avances en la investigación. Se crearon hospitales campestres, desconcentrando hacia estos la población que existía en el Manicomio General, entre el que se encuentra el hospital psiquiátrico "José Sayago". Estos hospitales fueron construidos en zonas aisladas, lejos de las zonas urbanas creando algunos problemas para la atención hacia la población.

Teniendo en cuenta esta situación, resulta importante conocer que los hospitales psiquiátricos, que a pesar de estar alejados de los centros urbanos, tienen una gran área de influencia. Sin embargo, la falta de recursos destinados a estos hace que también sea un elemento que influye en la adecuada atención hacia las pacientes.

También es necesario conocer que la falta de planeación adecuada en la construcción y/o distribución de estos tipos de hospitales pondrá en entre dicho la voluntad del Estado por mejorar las condiciones de salud de su población, ya que al encontrarse con los puntos anteriormente mencionados, la población de escasos recursos difícilmente irá a estos centros ya que resulta oneroso el gasto en transportación y tiempo.

Una de las mejores maneras de tratar a las personas con padecimientos mentales sería: la construcción de hospitales adecuados en áreas de mayor demanda; dichas construcciones tendrían una construcción periférica a los centros urbanos con una capacidad necesaria para manejar una cantidad de población afectada por dichos males. Esto se haría en base a estudios climatológicos y médicos para que las pacientes no se vean afectadas por los elementos y de esta manera se lograrían más beneficios para las enfermas.

Otra forma es con la que se ahorrarían recursos de toda índole, es establecer políticas educativas y dando orientación de lo que es la salud mental en los centros de salud, hospitales y clínicas para reducir en un mínimo los ingresos a los hospitales psiquiátricos.

CAPITULO

1

1. CONCEPTOS FUNDAMENTALES

1.1 SALUD:

La noción de salud implica ideas de variación y de adaptación continuas, tanto como la enfermedad implica ideas de variación y desadaptación. No puede, entonces, admitirse que la salud sea sólo ausencia de enfermedad y viceversa; entre los estados de salud y enfermedad existe una escala de variación con estados intermedios, que va de la adaptación perfecta hasta la desadaptación que llamamos enfermedad.

Tanto la salud como la enfermedad presentan síntomas clínicos directos y, en estas condiciones, ambos estados se excluyen mutuamente. Pero no sucede lo mismo con la salud y enfermedad latente, no advertida.

Salud y enfermedad, dos grandes extremos en variación biológica, son la resultante del éxito o del fracaso del organismo para adaptarse física, mental y socialmente a las condiciones de nuestro ambiente. Por lo tanto, un individuo sano es aquel que muestra y demuestra una armonía física, mental y social con su ambiente, incluyendo las variaciones (puesto que ningún estado biológico es definitivo, salvo la muerte) de tal forma que puede contribuir con su trabajo productivo y social al bienestar individual y colectivo. Se trata entonces de un estado orgánico de equilibrio entre los medios internos y externos del individuo, estado que toma en cuenta las diferencias genéticas entre los individuos y las diferencias en sus condiciones de vida.

Considerada así, la salud no es una condición inevitable que recibimos o no por herencia. Lo que se recibe por herencia es una estructura biológica; más concretamente un programa, que puede desarrollarse bien, mal o medianamente en relación con nuestro equipamiento biológico y en relación con los múltiples factores, adversos y favorables, del ambiente a los cuales nos enfrentamos a diario. Por lo tanto, salud es un estado muy variable que debe ser constantemente cultivado, protegido y fomentado.

El concepto de salud es dinámico, histórico, cambia de acuerdo con la época y más exactamente con las condiciones de vida de las poblaciones. Por lo tanto, la idea que la gente tiene de su salud no es siempre la correcta; está limitada por el marco social en la que actúa.

Comparar la salud con una sensación de bienestar físico, mental y social complica mucho el problema de evaluar o medir el estado de la misma, debido a que introduce un factor altamente subjetivo, ya que toda una frustración podría ser considerada como enfermedad. Por otro lado, ésta definición de la salud olvida que ésta es un estado en esencia variable y la coloca así en el plano de la utopía irrealizable.

La noción de salud es relativa y reposa sobre criterios objetivos y subjetivos (adaptación biológica, mental y social) y aparece como un estado de tolerancia y compensación físico, psicológico, mental y social fuera del cual todo otro estado es percibido por el individuo y/o por su grupo, como la manifestación de un proceso mórbido.

La Organización Mundial de la Salud adopta un enfoque prospectivo y dinámico, pero no asequible a todas las sociedades: "La salud es un estado de bienestar completo (físico,

psíquico y social) y no simplemente la ausencia de enfermedad o de invalidez¹. Ésta definición presenta un objetivo por obtener y puede, pues, integrarse en la planificación de la salud. Pero el objetivo formulado es difícil de alcanzar, aún para los países más desarrollados; es por completo más complicado en los países menos desarrollados donde la mayoría de la población vive en condiciones ambientales infrasanitarias y por donde por lógica el bienestar es más difícil de encontrar.

Algunos países menos desarrollados, especialmente los africanos, han propuesto la llamada "*definición estratégica de la salud*" que estipula: "el mayor estado de salud de la población de un país corresponde al mejor estado de equilibrio entre los riesgos que afectan la salud de cada individuo y de la población y de los medios existentes en la colectividad controlar estos riesgos, teniendo en cuenta la cooperación activa de la población"².

1.2 SALUD MENTAL

El concepto de salud mental corresponde a los conceptos de salud: procesos sociales que determinan alteraciones biológicas y/o psicológicas en el individuo a través de la relación entre los factores social y natural en que vive el hombre. En estas condiciones, la salud mental aparece como la capacidad de desarrollar una perspectiva integradora de la realidad y de construir con ésta vínculos dinámicos y estables que permitan resolver las necesidades y alternativas de la vida en movimiento. Es decir, la salud mental la concebimos como una manifestación ecológica de la relación individuo-ambiente. El concepto de salud mental implica la capacidad de un individuo para establecer relaciones armoniosas con otro y para participar en la transformación del ambiente físico - social o de contribuir a él de modo constructivo, implica capacidad para obtener una satisfacción armoniosa y equilibrada de sus propios impulsos instintivos, potencialmente en conflicto, implica además, que un individuo ha logrado desarrollar su personalidad en forma tal, que le permite hallar una expresión armoniosa para realizar sus potencialidades, esto se refleja en sus relaciones interpersonales, su nivel de satisfacción en la vida, su flexibilidad y el grado de madurez obtenido.

La "salud mental", así como la salud "orgánica", se origina en la satisfacción de las necesidades esenciales concretas del hombre y las de los individuos agrupados en sociedades y comunidades humanas.

En ésta forma, la salud mental como los trastornos mentales se producen en estrecha relación con las situaciones psicosociales y psicoculturales del ambiente social de la vida de las comunidades y con la situación de la calidad de vida de la población.

De una manera general, la salud mental de los habitantes de un país no es ajena a su salud. Ambas dependen de condiciones de la sociedad tales como la estabilidad económica, la educación, la calidad de la convivencia social y la integración familiar y también de

¹ Doabedian, 1988. Citado por Zoraya Ceja Romero, p-8, 1999.

² San Martín, Hernán. Tratado general de la salud en las sociedades humanas, 1992. tomo 1 p 27

determinantes más específicos como el empleo, la habitación, etc. Es un hecho establecido que la ruptura severa de la relación del hombre con su medio físico, socioeconómico y cultural genera tensiones que las personas vulnerables no pueden tolerar.

La salud mental implica en la trama general de la vida de las poblaciones y depende de su cultura y de sus condiciones socioeconómicas como es la pobreza y lo que conlleva consigo: insalubridad, desnutrición, ignorancia, desorganización familiar y marginación social inciden negativamente en la salud mental, e imprimen su propia huella en los problemas universales y generan otros que son propios de nuestra sociedad.

La salud mental es el bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en aspectos cognitivos, afectivos y conductuales y, en último término, el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación entre otros.

1.3 ENFERMO MENTAL.

La alteración de los pensamientos, sentimientos y conductas es el campo propio de la enfermedad mental, además de ser el ámbito de expresión del ser humano como persona. El enfermar mentalmente se determina como proceso social en que el grupo establece cuando una persona está enferma.

A lo largo de la historia, la enfermedad mental y su tratamiento han estado intrínsecamente relacionados con los conceptos sociales que están vinculados con el desarrollo de un comportamiento o pensamiento determinado.

El concepto a la enfermedad mental ha estado profundamente impregnado de condiciones sociales, concepciones mágico-religiosas que posibilitan la aceptación o el rechazo total sobre la base de las supuestas intenciones divinas, características de las sociedades más primitivas y que aún permanecen en ciertas culturas.

Los enfermos mentales son personas que sufren ciertos trastornos mentales tanto leves como graves que dificultan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales en relación con aspectos de su vida diaria, y que además dificultan el desarrollo y/o mantenimiento de su autosuficiencia económica, social y cultural y ambiental. Un enfermo mental llega a un momento en que deja de "estar enfermo o de tener una enfermedad" para "ser un enfermo o ser una enfermedad".

Los enfermos mentales crónicos son aquellas personas que sufren ciertos trastornos mentales o emocionales, además de otros padecimientos que erosionan o impiden el desarrollo de sus capacidades funcionales sobre tres o más aspectos primarios de la vida personal: higiene y autocuidado, autonomía, relaciones interpersonales, transacciones sociales, aprendizaje, ocio, etc., y menoscaban o impiden la propia autosuficiencia económica³.

³ Rodríguez González, Abelardo. Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. 1997. p 40.

La enfermedad mental crónica se caracteriza en general por un curso largo con recaídas periódicas y a veces deterioro progresivo. Estas recaídas son las que provocan habitualmente ingresos hospitalarios cada vez más largos y deteriorantes. El mismo deterioro progresivo contribuye a la desubicación sociocultural del enfermo, el aislamiento social y, por ende, a convertirse en un factor de riesgo añadido por la aparición de nuevas crisis⁴.

Otros factores que parecen conducir al desarrollo de un grado elevado de inhabilitación social, que se pueden corregir o prevenir en cierto grado, son los ambientes sociales hostiles o con carencias, la falta de oportunidades para desarrollar aptitudes sociales o vocacionales, los estigmas, la pobreza, el desempleo, el desamparo y otras experiencias desfavorables semejantes, ocurridas antes y/o después del episodio traumante.

1.4. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO.

El hospital psiquiátrico es la institución que proporciona asistencia a los enfermos mentales que presentan severos problemas de conducta y están fuera de la realidad, debido a lo cual ponen en peligro su propia vida y las de quienes los rodean. En estas condiciones requieren hospitalización para recibir un tratamiento oportuno, eficaz y adecuado. Este hospital es de tercer nivel por atender a enfermos especiales y tiene como finalidad primordial ayudar al paciente a lograr el máximo bienestar además de una mejor comprensión de sí mismo y su enfermedad.

Se puede considerar al hospital psiquiátrico como una forma de organización instrumental dirigida hacia un fin, está destinado a servir ciertos objetos valorados por toda la sociedad, y sus funciones oficial y culturalmente legítimas pueden enunciarse de diversas maneras. Incluyen, como mínimo, las siguientes:

- a) Protección de la comunidad mediante el encierro en un medio controlado, de los individuos comprendidos en la amplia e indiscriminada designación por "enfermedad" (función de *reclusión*).
- b) Protección de las personas "enfermas" contra sus propios impulsos autodestructivos (función *mantenimiento de la vida*).
- c) Conservación y cuidado de la persona "enferma" en el período durante el cual se le juzga irresponsable, es decir, incapaz de manejarse por sí misma como ciudadano independiente (función de *cuidado*).
- d) Diversas formas de intervención en la mente, en el cuerpo o en la situación vital del paciente, para que reduzca su vulnerabilidad y desarrolle sus recursos internos de modo que pueda proseguir su vida en sociedad (función *terapéutica-rehabilitante*)⁵.

Ahora bien, el hospital psiquiátrico moderno sustituye con ventaja a los grandes manicomios tipo asilo. Idealmente, debe contar con no más de 150 camas y disponer de las instalaciones necesarias y el personal adecuado en número y capacidad.

⁴ Ídem.

⁵ Levinson, Daniel J. *Sociología del enfermo mental*. 1997. p 30

Los viejos asilos, ya inaceptables, no deben confundirse con los hospitales psiquiátricos modernos, éstos nunca innecesariamente restrictivos, activos y regidos por principios humanísticos como los formulados en términos de "comunidad terapéutica". El hospital psiquiátrico ha incorporado los avances tanto farmacológicos como psicoterapéuticos y de rehabilitación.

Un hospital psiquiátrico tipo cuenta con un servicio amplio de consulta externa, laboratorio, rayos X, electroencefalografía y facilidades para la separación de enfermos agudos, agitados, tranquilos y crónicos rehabilitados, ocupa áreas estructurales y funcionalmente separados de las destinadas a enfermos deteriorados y poco rehabilitables. El hospital debe contar con dos cuartos de protección para estancia transitoria de enfermos agitados. En estos hospitales se pone el acento en programas de terapias y rehabilitación. El hospital ha de estar fluidamente relacionado con servicios médicos y quirúrgicos que puedan surgir. Debe contar con programas estructurados para el asesoramiento y la educación de los familiares y el seguimiento de los enfermos en remisión⁶.

1.5 AREA DE INFLUENCIA

La teoría del lugar central trata de explicar el número, tamaño y distribución de los asentamientos y elaborar un sistema a partir del cual pueda estudiarse la estructura; esta teoría mantiene que los asentamientos humanos actúan como centros que proporcionan uno o más servicios a las zonas circundantes, su importancia varía según la cantidad y tipos de asentamientos diferentes que dependan de aquellos y según la cantidad y clase de servicios o funciones que les proporcionen. También clasifica los servicios, entre los de orden o rango inferior se encontrarían los suministrados por la tienda de un pueblo y entre los de orden superior estarían los ofrecidos por unos grandes almacenes o un hospital.

La teoría del lugar central también tiene en cuenta la distancia que los individuos están dispuestos a recorrer para obtener un servicio (alcance). Esta distancia, a la que se denomina alcance del producto o alcance del servicio, determina la extensión del área del mercado de un asentamiento, es decir, la zona de influencia, donde reside la mayoría de la gente que hace uso de los servicios de esa área.⁷

La influencia de los centros médicos y quirúrgicos, constituidos por la ciudad se define por la localización de la clientela. Nos encontramos ante el hecho de que la reputación de un especialista o de un hospital en particular puede sobrepasar con mucho los límites de la influencia general de la ciudad. En caso de los hospitales de gobierno, su existencia depende en principio de la política de salud, y posteriormente depende de la demanda de la población.⁸

⁶ Attié, Thalia. El lenguaje silencioso en una institución psiquiátrica. 1994. p 16

⁷ Enciclopedia Encarta. Teoría del lugar central. Microsoft Corporation. p 1

⁸ Derrau, Max. Geografía Humana. Vicens - Vives. p 441 - 450

2.- FACTORES QUE AFECTAN LA SALUD MENTAL.

Los problemas de salud mental no son comprensibles del todo si no se les examina en términos de relación del hombre con el medio ambiente. Nuestro entorno es el paisaje que nos troquea: el aire que respiramos, los alimentos que ingerimos, el medio rural o urbano, las condiciones de nuestra vivienda y de nuestro ámbito de trabajo y también la vida en la familia y la clase social a la que pertenecemos, es decir, las circunstancias naturales y psicosociales en las que se desenvuelven y transcurren nuestras vidas ⁹.

2.1 ASPECTOS SOCIALES.

Probablemente hoy más que nunca podamos decir que nos ha tocado vivir en un mundo profundamente desconcertante y antagónico. Mientras millones de personas mueren material y literalmente de hambre, hay sociedades cuyo nivel de vida les permite no ya la simple comodidad, sino la más insultante ostentación y despilfarro. Mientras en muchos países del planeta la pobreza y/o el subdesarrollo se erigen en las fuentes y razones más comunes de la enfermedad, no menos típicas, abundantes y dramáticas son los desórdenes a que están sujetas las sociedades con un avanzado nivel de desarrollo.

La vida moderna ha precipitado un conjunto de fenómenos que pone continuamente en peligro el bienestar de los ciudadanos. La implosión de la población materializada en la creación de grandes núcleos, la creciente falta de trabajo, la brutal competitividad y el incontrolado consumismo, el deterioro del ambiente físico y de sus recursos naturales son algunas de las señas de identidad de esta "civilización moderna".

Ahora bien, una de las señas de identidad más peculiares de estos tiempos modernos es el trato agresivo y desconsiderado que se ha tenido con el medio ambiente; este ha sufrido un indiscriminado saqueo, una manipulación muy poco cuidadosa y que se está volviendo en una de las principales fuentes de enfermedad. Los ciudadanos de ésta sociedad supermoderna y tecnificada viven bajo la presión de la competitividad y de la producción indiscriminada, bajo la amenaza del desempleo, bajo la presión del consumo, bajo el miedo de la pobreza hacinándose muchas veces en monstruosos e impresentables núcleos de población carentes de los más indispensables servicios sanitarios y educativos y caracterizados por lo general, por un alto índice de deterioro social.

Paralelamente a este deterioro, en este estado de cosas producido por el trato descuidado que el hombre ha tenido con el medio ambiente, se han desarrollado unas manifestaciones patológicas que, a decir de muchos entendidos, van muy parejas y hermanadas con las señas de identidad más características de nuestra civilización en particular de salud: cáncer, problemas cardiovasculares, trastornos mentales, enfermedades respiratorias, etc.

Uno de los lugares que presenta mayores trastornos o padecimientos para la salud mental es la ciudad, la cual es un ecosistema en que la diversidad de formas de vida está limitada, con una preponderancia de seres humanos.

⁹ De la Fuente, Ramón. Salud mental en México. 1997. p 41

En las inevitables relaciones que el individuo establece continuamente con las diversas modalidades de que se reviste el ambiente (natural, construido o social), éste puede sobrecargar al sujeto de tal modo que le exija un excesivo esfuerzo para hacerle frente, un esfuerzo tal que supere las posibilidades y las fuerzas que dispone el propio sujeto, produciendo un estado de estrés de posibles consecuencias y repercusiones negativas para su salud.

La concepción más ajustada de estrés se concentra probablemente en una metáfora proveniente de la Física y denota la fuerza interna generada dentro de un cuerpo sólido por la acción de cualquier otra actuante sobre el que pone a prueba su resistencia y elasticidad.

Son tres fases por las que pasa el organismo cuando se concentra en una situación de estrés, y forma parte del llamado síndrome general de adaptación ¹⁰:

Fase 1 o reacción de alarma. En esta el individuo se ve expuesto a una situación que le resulta difícil de adaptarse, no sólo en función de estímulos físicos, sino también de la apreciación cognitiva del ambiente como amenazante. Es una reacción de choque que tiene múltiples manifestaciones.

Fase 2 o de resistencia. Es aquella en la cual el organismo hace intervenir todos sus mecanismos de defensa y adaptación, se producen procesos cognitivos de defensa y tomas de decisión sobre estrategias de cómo luchar, huir o alcanzar un compromiso. Si la situación estresante persiste, se puede llegar a un tercer estadio.

Fase 3 o agotamiento. Es la que acaba con las reservas adaptativas del organismo y le puede producir la muerte.

Cada persona tiene un nivel de estimulación ambiental óptimo; este nivel cambia en función de la exposición al medio y este cambio en el nivel óptimo se conoce como *adaptación*, entendida como cambio cuantitativo y cualitativo en la distribución de la percepción del lugar o lugares establecidos.

Un aspecto muy interesante es el sentido de lugar, la relación de las personas con el espacio, que sienten su ambiente como algo propio o como algo ajeno. En los humanos se ha podido identificar un espacio vital, el cual nos rodea y tiene forma de burbuja, si alguien invade este espacio se genera angustia, estrés y conductas evitatorias o agresivas. Sólo baste recordar, a manera de ejemplo las sensaciones que despiertan nuestras experiencias en los transportes colectivos de las grandes urbes¹¹.

En forma paralela a lo anterior, las megalópolis han generado otro fenómeno que algunos estudiosos han definido como *anomia* que consiste en que todos somos extraños para todos, no sabemos quién vive en el departamento de enfrente, a que se dedica, qué le gusta; por lo anterior tampoco importa lo que a él le moleste o le pase. De ésta manera podemos transitar indiferentes ante un herido en la calle o el accidente de un *extraño*. Si

¹⁰ Rico Díaz, Humberto. Contaminación ambiental y salud mental. 1995. p 89 - 91

¹¹ Ídem.

bien este mecanismo nos permite una mejor adaptación a las grandes ciudades, genera también severos sentimientos de soledad¹².

Otro de los mecanismos de defensa empleados en el ámbito colectivo ha constituido en reducir nuestro ámbito de acción, existiendo grandes áreas de nuestra ciudad por las cuales nunca transitamos, es decir, para nuestro conocimiento no existen, por ende no nos preocupa lo que en esa parte de la sociedad suceda.

La tensión social, el peligro del hombre por el hombre manifestada en la violencia, agresividad, criminalidad y los malos tratos, no sólo produce heridos o muertos, sino que puede producir estrés por inseguridad, unidos al conjunto de hechos que agrupa *social incivilities*: peleas callejeras, puntos de venta de droga, vandalismo, disturbios y ruidos durante la noche en zonas de discotecas; la inseguridad en la propia vivienda, en los parques o en los transportes colectivos. La patología social crea patología física y mental.

El desarrollo industrial y el crecimiento urbano experimentado en los últimos tiempos, por otra parte, han originado una serie de efectos negativos entre los cuales se encuentra la degradación en general de los espacios (medio ambiente, vivienda, social, etc.)¹³

Entre los factores que contribuyen a ésta degradación, el ruido a que se encuentra sometida la comunidad es de los más repetidos y molestos. La Organización Mundial de la Salud define al ruido como sonido no deseado cuyas consecuencias son molestia para el público, con riesgo para la salud física y mental¹⁴.

Desde tiempo inmemorial, el ser humano ha tratado los efectos nocivos del ruido; sabemos que desde el año 720 a. C., se estableció en la ciudad de Sibaris, puesto de avanzada de la civilización griega en Italia, una zona de distritos industriales aislada de los distritos residenciales. En el siglo I a. C., Julio César prohibió que los carros circularán durante las noches por las calles de Roma. En la época contemporánea, las autoridades japonesas establecieron a partir de 1975, un impuesto sobre el ruido a pagar a todos los pasajeros tanto al despegar como al aterrizar en los aeropuertos del Japón¹⁵.

Los ruidos con una cantidad de hasta 50 decibeles (calles tranquilas) son óptimos para un individuo normal, de 50 a 70 decibeles (calles medianamente ruidosas) pueden ser bien toleradas, los ruidos de 70 a 90 decibeles (calles ruidosas) originan alteraciones físicas y psíquicas agudas, y cuando rebasan los 90 decibeles (aviones de reacción, fábricas metalúrgicas, etc.) provocan trastornos graves¹⁶.

Los daños producidos por ruidos son: insomnio o sueño no reparador, fatiga física e intelectual, irritabilidad, trastornos del carácter, trastornos cardio-circulatorios y sordera. Los estados de fatiga o desequilibrio afectivo y neurovegetativo engendran con frecuencia hipersensibilidad al ruido.

¹² Ídem.

¹³ Jiménez Burillo, Florencio. Introducción a la psicología ambiental. 1986. p 130

¹⁴ Ídem.

¹⁵ Rico Díaz, Humberto. Contaminación ambiental y salud mental. 1995. p 92

¹⁶ Ídem

El incremento en la densidad de población conlleva, lógicamente, un incremento en el nivel de ruido. De hecho, se puede afirmar que en las ciudades ha quedado abolido el silencio en términos absolutos; esto implica que durante las 24 horas de nuestra existencia estemos expuestos a una estimulación acústica constante e ininterrumpida.

El medio construido o el espacio construido, en el que se desarrolla la casi totalidad de la vida humana, presenta a veces gran incidencia patológica, además el medio construido ofrece en primer lugar estímulos perceptivos; en segundo término, actúa a modo de filtro (así, un edificio deja entrar aire y luz, pero no ruidos y lluvia) y, finalmente favorece o inhibe las interacciones personales.

No todos los espacios construidos son cerrados; también pueden ser abiertos. Los espacios cerrados dan lugar a riesgo interno, mientras que los abiertos pueden suponer riesgo externo para los usuarios.

Los espacios cerrados, como las viviendas, oficinas, grandes centros comerciales, los centros de trabajo (altos hornos, naves industriales de productos químicos u otros), escuelas y discotecas, son a veces ambientes tóxicos. Los materiales y las técnicas de construcción y de aislamiento desconectan el cuerpo humano de las energías naturales (las bioenergías y los biorritmos naturales). Los efectos negativos suelen actuar lentamente, pero otras veces dan lugar a catástrofes, como suceden con los materiales plásticos fácilmente inflamables que convierten a las viviendas y centros de reunión social en lugares de gran riesgo en caso de incendio, no sólo por la rápida propagación sino por los gases tóxicos que despiden su combustión.

El término de hacinamiento connota un número amplio de personas, amontonadas sin orden, estrechamente apiñadas. Desde el punto de vista más formalizado, se entiende por hacinamiento un estado derivado de una condición social caracterizada por una alta densidad y restricción de espacio territorial.

Sin embargo, especialistas proponen distinguir entre densidad y hacinamiento, en el sentido de entender la densidad como un concepto meramente designativo de una condición física - la limitación de espacio- un tanto el hacinamiento vendría a significar un estado de pobreza e higiene (entre otras cosas) originados por una demanda de múltiples necesidades que excede al disponible por parte del individuo.

Alta densidad, entonces, sería un antecedente o condición necesaria - pero no suficiente - de la experiencia de hacinamiento.

Otras veces el problema deriva de la calidad de la vivienda y de otras características que determinan el grado de hacinamiento¹⁷:

- a) Su dimensión (< 10 metros cuadrados / habitante es considerado hacinamiento y < de 8, hacinamiento severo).
- b) Humedad (en techos, paredes y techos).
- c) Sequía excesiva.

¹⁷ Olivera, Ana. Geografía de la Salud. 1993. p 55 - 57.

- d) Número de familias por vivienda y número de habitantes por habitación.
- e) Equipamiento y dotación de vivienda.
- f) Orientación, ventilación e iluminación.
- g) Presencia de sustancias biológicas y animales parasitarios (ácaros, piojos, etc.).
- h) Existencia o no de calefacción, grandes diferencias de temperatura entre unas habitaciones y otras.
- i) Los materiales utilizados para la combustión en la cocina: carbón, leña, gas, etc.
- j) Nivel deficiente en la higiene en la vivienda.
- k) Convivencia con ganado sin la separación adecuada suficiente

La incidencia del diseño en salud mental ha sido un tema muy estudiado por los expertos, ya que un mal diseño, una dimensión inadecuada, puede actuar como estresor psicológico, mientras que un buen diseño, con forma, dimensión y coloración apropiadas produce bienestar e incluso puede ayudar en determinadas terapias. Se han analizado el tipo de diseño que presentan los espacios dedicados a la curación de enfermedades mentales y se ha comprobado que la mayoría de los centros psiquiátricos el diseño es "sociofugo", e impide o al menos no favorece al proceso de curación; mientras que un diseño "sociopeta", con múltiples espacios comunes, anima al desarrollo de relaciones interpersonales ¹⁸.

Estos son algunos puntos, que en mayor o menos grado, explican como hay ciertos factores que alteran la salud mental que como sociedad no hemos tenido en consideración, pero son mucho más aspectos tanto particulares como generales.

2.2 ASPECTOS AMBIENTALES.

Los elementos del clima forman parte del ambiente en que el hombre desarrolla su cotidianidad, sin embargo, algunos o varios elementos pueden constituir bajo circunstancias específicas agentes que condicionan una determinada patología, o bien, pueden ser los mecanismos de transición, o elementos que pongan en contacto al agente patógeno.

Vientos. Ciertos vientos son famosos por la facultad que presentan de alterar, tanto física como psicológicamente, a la población en general y en particular a personas susceptibles o hipersensibles. Dependerá de su intensidad, origen, dirección, temperatura y humedad ¹⁹.

De tiempo atrás se han relacionado algunos efectos psicológicos con ciertas clases de vientos formados por corrientes de aire descendentes, como el *Foehn* de Suiza y del sur de Alemania o el *Chinook* de las montañas Rocallosas. Estos vientos se calientan al descender por las faldas de sotavento de los sistemas orográficos.

Se ha observado que los periodos del *Foehn* han coincidido con un aumento de la actividad general, con trastornos circulatorios o mentales, con suicidios y aún con accidentes de trabajo y de tránsito. Al parecer estos efectos patológicos ocurren sin cambios

¹⁸ Ídem.

¹⁹ Fuentes Aguilar, Luis. Climatología médica. 1990. p 34 - 72

perceptibles en algunos de los elementos geofísicos de superficie, puede ser que ni siquiera los pacientes se den cuenta que el tiempo meteorológico es "malo", en el sentido visual.

Entre otros vientos que se mencionan por sus efectos sobre la salud, se tiene al *Siroco* que es un viento ardiente que sopla sobre el sureste del Mediterráneo y sobre las costas del norte de África. Disemina una sensación de opresión y agresividad en la población. Se cuenta que este viento árido puede transportar fragancias extrañas y polvos coloreados. En Malta, en Egipto, en Israel, es llamado *Khamsin*. De acuerdo con un grupo de médicos israelitas, las reacciones depresivas y ansiosas se exacerbaban en las personas de edad, el comportamiento psicopático aumenta entre los jóvenes cuando corre este viento.

El *Mistral* es un viento violento, frío, seco que sopla del norte o del noroeste en el sur de Francia, se hace sentir sobre todo en el valle del Ródano. Cuando corre el *Mistral*, el cielo está despejado, sin nubes, el sol brillante, la sequedad y el frío son intensos. Este viento puede hacer estragos sin descanso durante meses, agobiando considerablemente a las personas a su paso.

Frentes meteorológicos. Este aspecto se basa en la premisa de que en el curso de los eventos atmosférico, los cambios violentos de la presión están asociados con la actividad frontal y cuando prevalece este tipo de tiempo meteorológico, los sistemas homeostáticos del hombre se alteran sensiblemente. No se sabe por qué este tipo de cambios conducen a la depresión mental que puede llevar a la autodestrucción, pero es obvio que para suicidarse es necesario que una persona susceptible, es decir, un enfermo que presenta síntomas de desequilibrio psíquico y cuya decisión de terminar con su vida se puede dar en presencia de un cambio barométrico de tipo frontal²⁰.

Un frente meteorológico, como elemento modificador ambiental importante, por sí mismo, no puede dar lugar al suicidio, sino se debe insistir sólo cuando actúa en un tipo susceptible que presenta aquellas condiciones psicofísicas relacionadas con la tendencia o predisposición a la muerte.

En este problema son importantes los factores determinantes de la reacción personal que depende de la constitución, del temperamento, del índice de inteligencia, de la capacidad de adaptación, de la crítica reflexiva, del carácter, de la experiencia y de la influencia que el marco de una nueva situación ejerce en la determinación del acto suicida.

La persona afectada necesita encontrar en el ambiente las condiciones propicias a la oportunidad para suicidarse. De igual manera, las condiciones del medio aunque sean pésimas, requieren actuar sobre un carácter o sobre un estado mental especial para arrastrar al sujeto al suicidio.

Así, pocas características del suicidio se manifiestan tan constantes como la tendencia de que este fenómeno se produzca en las últimas horas de la noche. Es en ese momento cuando el individuo se siente más deprimido, las distracciones diurnas han desaparecido y con ello se reducen los temores y los problemas y la soledad de la noche es propicia al suicidio.

²⁰ Ídem.

La noche ha significado lo desconocido, lo misterioso, que impone efectos deprimentes, sombríos y trágicos; aunado a esto, se puede señalar el hecho de que al finalizar el día las resistencias físicas decrecen, el estado depresivo o anímico presente en todo suicidio agrava su potencialidad y el individuo fácilmente se inclina a la ejecución de la autodestrucción.

La importancia que tiene el ambiente sobre el desarrollo de la personalidad humana es debido al hecho que constituye la expansión de las fuerzas y condiciones naturales, sociales, morales y económicas que circundan y acompañan al ciclo evolutivo de la propia personalidad.

El desarrollo de la personalidad, en general, y el suicidio, en particular, se halla estrechamente ligado a las condiciones del medio ambiente.

En una investigación sobre suicidios y frentes meteorológicos llegaron a ciertas consideraciones²¹:

- 1.- Las alteraciones meteorológicas provocadas por una actividad de tipo frontal, altera sensiblemente los sistemas homeostáticos del hombre. Frecuentemente estos cambios conducen a estados depresivos que se agudizan en personas susceptibles que han presentado ciertos síntomas como agresividad reprimida, estados de frustración, neurosis, psicosis, trastornos de la personalidad, trastornos emocionales, estrés, inadaptación social, etc.
- 2.- Un frente meteorológico, por sí mismo, no conduce al suicidio. Los sujetos considerados como susceptibles requieren encontrar una serie de condiciones propicias, además de la oportunidad de efectuar la autoagresión
- 3.- Los estudios sobre tiempos de reacción inducidos por cambios atmosféricos se han realizado principalmente en latitudes extratropicales y en poblaciones cuyas características culturales y socioeconómicas son muy diferentes a las de la República Mexicana.
- 4.- En este estudio no se estableció una correlación significativa entre el número de suicidios consumados en el país y la incidencia de frentes meteorológicos, básicamente por considerar que la influencia de los frentes se manifiesta en todo el territorio nacional.
- 5.- Es necesario establecer en los distintos niveles de prevención contra el suicidio, un control más estrecho sobre las personas susceptibles cuando se presenta en el ambiente una perturbación atmosférica relevante.

En un número considerable de estudios se ha mostrado la posible influencia del estado de la atmósfera y otros factores físicos del ambiente sobre las enfermedades mentales, en particular sobre la esquizofrenia.

Desde 1960, en Leiden, Holanda, se han realizado investigaciones con grupos de enfermos mentales, principalmente esquizofrénicos. Los resultados obtenidos sugieren que las fluctuaciones meteorológicas parecen relacionarse con un mal funcionamiento del

²¹ Fuentes Aguilar, Luis y Consuelo Soto Mora. "Influencia de los frentes meteorológicos en la incidencia de suicidios en México" Anuario de Geografía, año XVII. 1980.

hipotálamo que influye sobre el mecanismo termorregulador de los esquizofrénicos²².

De las observaciones que se efectuaron se puede inferir lo siguiente:

- 1.- Los enfermos se encontraron más intranquilos en los meses de noviembre, diciembre y enero.
- 2.- Las fluctuaciones diarias, estadísticamente significativas, se correlacionan con el flujo periódico y aperiódico de masas de aire continentales cálidas, tropicales marítimas y marítimas cálidas que originan un aumento gradual de la temperatura del aire y un incremento de desasosiego de los esquizofrénicos²³.

En sujetos normales el deseo urinario aumenta cuando el aire se enfría y disminuye cuando la temperatura aumentaba, pero en los esquizofrénicos sucede lo contrario. En muchas personas se sienten deprimidas y se quejan de dolencias y achaques cuando desciende la presión barométrica después de una tormenta.

Se sugiere la existencia de efectos fisiológicos importantes ocasionados por la acción enervante de frentes cálidos, particularmente en sujetos con un sistema nervioso parasimpático sensible. Muchos de estos síntomas son: migraña, depresión mental, irritabilidad, disminución del control de velocidad y de reacción, etc.

²² Ídem.

²³ Ídem.

3. HISTORIA DE LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS EN MEXICO

Si bien todas las civilizaciones documentadas presentan enfermedades mentales diferenciadas culturalmente, es poco lo que se sabe de ellas en culturas antiguas. La razón de esto responde tanto a la carencia de registros como a la naturaleza clandestina de su diagnóstico y tratamiento que, como en la Edad Media, se circunscribían a los dominios de la magia y religión, en los cuales el pecado y el demonio desempeñan un papel importante en todo tipo de enfermedades, especialmente en las enfermedades mentales. Semejante actitud no sólo limitó el avance de la medicina científica, sino que también obstaculizó la transmisión de la información sobre semejantes enfermedades.

El incipiente progreso que experimentó la medicina en el siglo XVI llegó a afectar las concepciones imperantes sobre las enfermedades mentales. El cambio resultó notable en el para entonces casi revolucionario concepto de Paracelso en el sentido de que las enfermedades mentales no eran resultado de la acción del demonio o de los fantasmas, sino que eran enfermedades "comunes y corrientes".

Este cambio llegó a España, y es posible que ésta haya sido una de las razones que permitieron que los cronistas nos transcribieran información acerca de las enfermedades mentales y su tratamiento en el México precolombino.

Los conquistadores españoles que llegaron a México a principios del siglo XVI quedaron bastante impresionados por el desarrollo del conocimiento y los logros de los aztecas el grupo dominante en la época de su advenimiento, lo cual no sólo incluía el majestuoso esplendor de la arquitectura y las artes y una casi perfecta organización social, sino un amplio conocimiento médico plasmado en la utilización de la herbolaria nativa, en ocasiones muy superiores y mucho más eficaces al compararla con la medicina europea de la época.

Los logros nahuas, incluyendo su competencia en el tratamiento de un buen número de enfermedades, han sido descritos por diversos cronistas, los cuales llegaron a México con el advenimiento de las huestes españolas o poco después. En semejante empresa también participaron algunos "médicos" indígenas auspiciados por los propios conquistadores. Estas fuentes nos permiten concluir que los nahuas reconocían un número considerable de enfermedades mentales, que eran tratadas, entre otras formas, por medio de una rica herbolaria.

Si bien existieron diversos cronistas sobre el territorio conquistado, destaca Fray Bernardino de Sahagún, un monje franciscano que llegó a dominar el náhuatl, y bajo su supervisión se produjo el llamado Códice Florentino. La información obtenida por Sahagún en náhuatl incluye el conocimiento de prominentes médicos, de quienes obtuvo testimonios de primera mano.

3.1 EPOCA PREHISPANICA.

Religión, magia y enfermedades mentales.

La concepción y el tratamiento de las enfermedades entre los nahuas, así como el origen que les atribuían eran radicalmente distintos de los nuestros, aun cuando existían ciertas similitudes con los españoles de principios del siglo XVI. Para los nahuas, las enfermedades

eran enviadas por los dioses como castigo de un mal comportamiento y por haber pecado. Por otra parte, existía un conocimiento bastante desarrollado de las propiedades curativas de muchas plantas medicinales y otros productos curativos²⁴.

Los nahuas estaban convencidos de que la gente estaba predestinada por lo menos para "ciertos acontecimientos de su vida". Su predestinación obedecía al día y la hora de su nacimiento de acuerdo con el *tonalamatl*. Ello determinaba la propensión del sujeto a ciertas enfermedades, como los trastornos mentales. También había días relacionados con la buena suerte, la valentía y la felicidad, pero los nacidos en otros días estaban predestinados a una vida desafortunada. Las desgracias relacionadas con los días malos incluían enfermedades físicas y mentales, a la par que la inclinación a las borracheras, al robo, y a otros delitos.

También se creía que el cuerpo humano tenía varias entidades anímicas, cada una con funciones específicas y complejas, y la salud era la armonía entre ellos. El *tonalli*, especialmente concentrado en la cabeza, era una fuerza que se relacionaba al hombre con el cosmos. Se captaba bajo la forma de irradiación solar y se introducía en el niño en los primeros trece días de vida. Su función era el pensamiento en su aspecto más puro, el más desprovisto de sentimiento y emoción y normalmente abandonaba cada noche al cuerpo durante el sueño y, definitivamente al morir.

La segunda entidad, la más importante, era el *teyolia*, cuya sede era el corazón. Era el pensamiento relacionado a la emoción, a la voluntad y a la memoria. Generaba vigor vital y era inseparable del ser humano. En ella se daba la sabiduría, la locura, el entendimiento, la contemplación, el amor, la felicidad, la conciencia, el desmayo, la duda, la virtud.

Aspectos generales.

Entre los nahuas había un número considerable de denominaciones para referirse a las alteraciones del estado de ánimo o a los trastornos físicos y mentales, que fueron traducidos por los españoles con muy pocas palabras. Esto constituye una de las limitaciones que heredamos de las transcripciones de los cronistas. Por ello, en ocasiones no sabemos el significado preciso de las palabras utilizadas por los cronistas para describir las enfermedades mentales. A veces tampoco está claro si su significado ha cambiado en el transcurso de los siglos, o si en ocasiones llegan a ser utilizadas como sinónimos o poseían un significado específico. Sin embargo con base a las palabras utilizadas por los cronistas para las enfermedades mentales podemos dividirlos en 5 grupos:

- 1) ansiedad y aflicción.
- 2) miedo patológico.
- 3) locura.
- 4) melancolía.
- 5) histeria.

Para los estados mentales en los que participa el miedo, en náhuatl se utilizaban palabras que casi no llegaban a usarse para la ansiedad o para los sentimientos generales de infelicidad o inquietud. Algunas de las palabras utilizadas para denotar miedo también

²⁴ Elferink, Jan. Las enfermedades mentales entre los Nahuas. 1993. P58 - 66

significan cobardía. Esto demuestra que el miedo era una de las características más negativamente valoradas, particularmente por los aztecas, guerreros por definición, quienes la valentía era muy apreciada. En el caso de la locura, es Hernández ²⁵ el que establece la diferenciación más exacta: menciona el delirio, la demencia, el frenesí, la posesión por el diablo, y la locura precoz.

En el cuadro 1 se presentan algunas de estas palabras en náhuatl con la traducción que proporcionan los propios cronistas. Parece que las palabras del primer grupo se utilizaban no sólo para describir los estados de ansiedad, sino -tal como indica el vago significado de la palabra "aflicción"- para todo tipo de malestares físicos tenues, incluyendo una combinación variable de tristeza, pena, angustia y ansiedad. Hasta que punto estas palabras podían utilizarse como sinónimo o denotaban una condición claramente definida es algo difícil de afirmar con toda certeza, pero es posible que entre las más cercanas existiera, por lo menos un cierto grado de traslape.

CUADRO 1

Palabras nahuas que se refieren a trastornos mentales

NAHUATL	ESPAÑOL
Elaqui	Estar angustiado
Elletemi	Estar lleno de angustias
Nentlamachiliztli	Angustia, aflicción
Patzmiquiliztli	Congoja
Tlacaellotl	Angustia, aflicción
Yollotoneualiztli	Dolor de corazón
Mauhcamiquiliztli	Miedo mortal
Mauiztli	Miedo, temor
Tlaacoyaliztli	Tristeza
Chauhneococoya	Endemoniado
Chicotlateota	Delirar
Chicotlauehiloc	Loco, iracundo
Motlopololtiani	Desatinado, loco
Nextecuillotl	Locura
Quatlauehiloc	Loco
Tlatlapolotilli	Enloquecido
Yollococoliztli	Enfermedad del corazón
Yollococoxqui	Loco (enfermo del corazón)
Yollopohuiliztli	Locura (pérdida del corazón)
Yolmociui	Sufrir delirio
Yollotlauehilocayotl	Locura ²⁶

El corazón se considera como el órgano relacionado con las enfermedades mentales y los estados de ánimo, lo cual resulta evidente por la inclusión de *yollo* "corazón" en un número considerable de palabras que se refieren a los estados de ánimo o a las enfermedades mentales. El nombre de la planta para curar este tipo de enfermedades es, precisamente, *yollopatti* "medicina del corazón". Este nombre no era exclusivo de un solo tipo de planta,

²⁵ Hernández, F. Historia Natural de Nueva España. En: Obras completas. U. N. A. M., México, 1959

²⁶ Molina, A. Mencionado por Jan Elferink.

sino una serie de ellas, destinadas al tratamiento de los trastornos mentales

Es notable la relación que tanto españoles como nahuas encontraban en los trastornos mentales y la epilepsia, ambas, relacionadas con el corazón. Esto se ilustra con las respectivas formas para describir ésta enfermedad: "mal de corazón" y *yollomiquiztli*: "muerte del corazón". Algunas palabras también resultan indicativas del vínculo atribuido al corazón y la mente: "*yolcuepa*", cambiar de opinión; "*teyolia*", espíritu; alma, "*teyolmalacachoani*", inducir la locura por medio de hechizos y brujería.

Otra indicación respecto a la incidencia de las enfermedades mentales se encuentra en el trabajo de Duran²⁷: al describir el calendario y al hablar de los esclavos destinados al sacrificio, que eran vendidos en el mercado y que no debían de tener ninguna enfermedad, menciona algunas enfermedades. En ambos casos se menciona la locura.

Hay pocas indicaciones respecto a la concepción moral náhuatl de la locura. Sahagún²⁸, en su descripción de los distintos grupos de la sociedad, subdivide a la gente en buena y mala. Ciertamente el "*yolloitlauehiloc*" o "*yolpolihqui*" el lunático agitado, pertenecía al segundo grupo. Se le describe como perverso, pobre, enfermo y poseído. Entre otros estigmas, bebe aguamiel, es irrespetuoso y se encarga de extender el odio. También es notable que tanto los criminales como los aquejados de alguna enfermedad física o mental se mencionan al unísono como aquellos sujetos nacidos bajo un signo desfavorable de acuerdo con el calendario nativo, el "*tonalamatl*".

El tratamiento de las enfermedades mentales.

Como en la mayoría de las culturas antiguas, había dos formas de enfrentarse a la enfermedad en el México antiguo. Uno era por medio de prácticas mágico-religiosas, rezos y encantamientos. Este método es el resultado de la creencia de que la enfermedad es causada por una relación desequilibrada con las fuerzas sobrenaturales, y que su mejoramiento implica también una mejoría del estado de salud. La otra forma es el tratamiento de la enfermedad por medio de las propiedades terapéuticas de la herbolaria y otros productos naturales, incluso utilizando métodos, como la cirugía, basados en la observación y la experiencia cotidiana. Como regla general, ambas formas se aplicaban simultáneamente. Un ejemplo de cómo se usaba la magia, lo proporciona el Códice Badiano²⁹, que menciona que para el remedio contra el miedo y el desmayo del corazón se menciona una serie de combinaciones de plantas y animales junto con otros productos naturales, para formar un unguento, cuya eficacia, por lo menos en parte, es mágico-religiosa. Los ingredientes incluyen: sangre de zorra, sangre y excremento de golondrina, triturado y mezclado con agua y espuma de mar. La naturaleza de por lo menos algunos de estos elementos es mágica.

El códice permite asomarse a las categorías fundamentales del pensamiento en relación con las enfermedades mentales, las que se desempeñan como parte de la dualidad náhuatl entre el frío y el calor. La dualidad es una categoría omnipresente en la cosmovisión náhuatl, lo cual se manifiesta también en la manera en que se ordena la comprensión y el tratamiento

²⁷ Duran, D. *Historia de las Indias de la Nueva España*. 1967. p 85 - 193.

²⁸ Sahagún, Fray Bernardino. *Historia general de las cosas de la Nueva España*. 1969.

²⁹ Elferink, Jan. Ídem

de las enfermedades mentales, métodos que, en ocasiones, eran muy avanzados para su tiempo³⁰.

Se puede decir que en caso del tratamiento de la epilepsia, en realidad se trataba de una forma de desintoxicación y, sobre todo, de purificación, con lo que se sugiere el aspecto sacro obnubilado por la persecución religiosa. Es difícil imaginar lo que sería tomar las pócimas elaboradas prescritas, en las que se vislumbran aspectos mágicos que incluían la ingestión de pelos de muerto y sesos de tlacuache, relacionadas con las cualidades mágico-religiosas³¹.

Son productos naturales, principalmente de origen botánico, los utilizados más frecuentemente para el tratamiento de las enfermedades mentales. Cuando una planta se consideraba de especial importancia para curar una determinada enfermedad, entonces el nombre de la propia enfermedad formaba parte del nombre de la planta. Un gran número de plantas lleva en su nombre la referencia a una determinada enfermedad mental. (Cuadro 2)

CUADRO 2
Nombres de plantas nahuas que se refieren a enfermedades mentales.

Nombre en Náhuatl	Traducción
Micaxihuitl	Medicina de la muerte
Mimiquixihuitl	Hierba de los muertos
Neyoltzayanalizpatli	Medicina de la rotura del corazón
Cualancapatli	Medicina del hombre airado
Tetlahuelicpatli	Medicina de los que deliran
Teyolchipahuac	(planta) que alegra el corazón
Tlahuelilocapatli	Medicina de la locura
Tlahuelilocaquahuitl	Arbol de la locura
Tlahuelilocaxihuitl	Hierba de la locura
Yolcocopatli	Medicina del corazón enfermo
Yolmimiquipatli	Medicina del corazón mueriente
Yolopatli	Medicina del corazón
Yolpolihuilizpatli	Medicina del corazón perdido

Fuente: Hernández, F. Historia natural de la Nueva España.

Es importante conocer aquellas plantas que se usaba contra los malestares mentales. El número de plantas que se usaba contra la locura es considerable de aquellas que la provocaban (cuadro 3).

³⁰ Farfán, A. Tratado Breve de medicina. Mencionado por Jan Elferink.

³¹ López, A. Descripción de medicinas en textos diversos. Mencionado por Jan Elferink.

CUADRO 3
Plantas nahuas contra la locura

Náhuatl	Descripción de la enfermedad
Acaxilotic	Demencia
Cacauaxochitl	Estupor mental
Capancapacua	Enajenación mental
Cocotlacotl	Poseídos por el demonio
Poztecpatl	Demencia
Cuauhyayahual	Frenético, enajenado
Quetzalcoaxihuitl	Frenético
Tecopalcuahuitl	Delirium
Teotlaxihuitl	Locura reciente
Tetlahuelicpatli	Delirio, demencia
Tlahoelilocapatli	Demencia
Tlahtlacotic	Estupor mental
Xomilxihuitl	Delirio
Yolloxochitl	Estupor mental
Yauhtli	Demencia

Fuente: Ídem.

Algunos productos de origen animal e, incluso, algunos minerales también se aplicaban contra los trastornos mentales (cuadro 4): el *coztictecpatl*, un tipo de cornalina amarilla era considerado muy eficaz contra las enfermedades mentales, aunque su uso pudo haber sido tomado de los españoles, a diferencia del *atlchipin*, de idéntico propósito y aplicación, de uso ciertamente prehispánico. Otro ejemplo es el *quiauhteucuitlatl*, que se utilizaba disuelto en agua en contra de las primeras fases de la locura.

CUADRO 4
Animales y enfermedades mentales

Náhuatl	Descripción
Cocotli	La carne de esta ave se consideraba medicinal en contra de la ansiedad y la melancolía
Huactzin	El humo de las plumas de esta ave se inhalaba para recuperar la cordura después de haberla perdido.
Huitztocatl	Una araña cuyo piquete causaba locura.
Lahualhua	Una araña cuyo piquete causaba locura.
Ocelotl	La carne de este carnívoro se consumía cuando se enloquecía como consecuencia de la brujería.

Fuente: Ídem.

Ocasionalmente, si bien la tristeza y el miedo no se representaban como situaciones patológicas, eran objeto de tratamiento por los antiguos mexicanos. Los aztecas sacrificaban a muchas personas sin preocuparse por los sentimientos de las víctimas. Sin embargo, una víctima triste y temerosa podía ser un mal presagio, por lo que se trataba de aliviarla. Los cronistas mencionan el *yauhtli* como sedante y el *itzpachtili e itzpacatl* con este propósito. Estas bebidas, de composición desconocida, eran aparentemente muy efectivas, tomando en consideración que la víctima se sometía al sacrificio con alegría, regocijo, lo que es congruente con la ideología azteca de considerarse honrado por ser parte del sustento divino.

Modificaciones del estado de ánimo inducidas por las drogas.

El alto grado de desarrollo de los nahuas para producir distintos estados de conciencia se demuestran por el inmenso número de plantas tanto para el tratamiento de malestares mentales como para inducir a ciertos estados como la locura. También había plantas para inducir al amor o el odio, u otras variaciones menores del estado de ánimo o de la condición física. Un ejemplo bien conocido, integrado a la herbolaria popular mexicana de hoy en día, es el *toloache*³². Los cronistas hablan de una bebida que se usaba para inducir el amor u odio, sin dar mayores detalles, que quizá contenían *toloache* como uno de sus compuestos. Los elementos psicotrópicos de los nahuas no se utilizaban aislados, sino que formaban parte de un complejo ideológico, manifiesto en los rituales mágico-religiosos, lo cual desde luego, ejercía un fuerte control social sobre su uso, proscribiendo el abuso. Sin embargo, la sobredosis para conseguir el afecto de una mujer también se usaba en la vida cotidiana, como lo demuestra la medicina llamada *tolpatli*, posiblemente una *datura* cuyas raíces, pulverizadas y mezcladas con otros productos, eran destinadas para este propósito. Otros ejemplos de estos incluyen el uso de hojas trituradas del *cualancapatl*, una medicina contra el enojo producido por haber sido insultado, que, además, se creía que mejoraba la condición mental y física del paciente.

Por ser guerreros los aztecas, no es sorprendente que el tratamiento del miedo resultara prominente en su inventario de cuidados médicos. Existía incluso, una extensión de este tratamiento destinado a aumentar el valor y el coraje en el campo de batalla. Para este propósito se utilizaban preparaciones hechas con animales o plantas, como la carne de ocelote que consideraban que tenía propiedades mágicas, desde luego ventajosas para la guerra. Era consumida sobre todo, por las clases guerreras altas, como los caballeros águila, a cargo del liderazgo en el campo de batalla. Además, se le atribuían propiedades medicinales contra la fiebre y actuaba también como un desafródisiaco. En contra de la falta de valor se comían la planta *caxtilatlapan*, de uso más general, y también se le daba a los niños que lloraban con demasiada frecuencia.

A partir del momento de la Conquista se intentó amalgamar la medicina indígena con la medicina europea (o más precisamente española) de la época. Ésta última sería, finalmente, la que habría de prevalecer oficialmente, al tiempo que la primera iría pasando poco a poco de lo tolerado a lo perseguido, sobreviviendo sólo bajo ciertas formas dentro del amplio campo de las "medicinas populares", que si tal vez no estaban reconocidas, sí eran buscadas por las personas más enfermas que no encontraban alivio en los remedios occidentales.

³² López, A. Descripción de medicinas en textos diversos. Mencionado por Jan Elferink.

3.2 EPOCA COLONIAL Y SIGLO XIX.

La repercusión que tuvo en la mentalidad de los antiguos mexicanos lo que se ha llamado acertadamente "*el trauma de la Conquista*", es el brusco proceso de aculturación que destruyó a la comunidad y al cuadro ritual por medio de la evolución del control y la represión de esas costumbres paganas, todo esto en el momento en el que se derrumbaron las certezas de la cosmología y se creó un nuevo equilibrio a partir de la nueva religión impuesta, afectando emocionalmente a la población autóctona.

Ahora bien, existieron personas que tuvieron la voluntad de ayudar a grupos de personas afectadas física y mentalmente por este trauma, entre las personas que socorrieron se encuentra a Bernardino Álvarez como una de las figuras fundamentales en el origen de la asistencia hospitalaria en nuestro país. Abandonando su vida de holgura para emplearlo en la atención de los enfermos más desamparados, los *locos*. En 1566 fundó una institución dedicada al amparo de los locos, los viejos, los convalecientes pobres, los "*inocentes*" o retrasados. Desde un principio obtuvo el apoyo del virrey Don Martín Enriquez y del Arzobispo Fray Alonso de Montúfar. Más tarde recibiría muchos apoyos de otros personajes importantes. Muchas personas caritativas y clérigos seculares se unieron a su empresa, por lo que pronto llegaron a formar una comunidad que se convirtió en una orden hospitalaria: Los Hermanos de la Caridad. Bernardino Álvarez formuló las reglas de esa hermandad y los sometió a consideración del Papa Gregorio XIII, aprobando su creación.

Se mostraron protectores hacia esa hermandad los cuatro Papas siguientes: Sixto V, Clemente VIII, Paulo V, y Clemente IX. Durante todo ese tiempo se le otorgó a la hermandad la calidad de congregación.

Hay textos que hablan de esta situación de Bernardino Álvarez entre el que se encuentra el Archivo General de Indias³³:

"(Hay) otro hospital que habrá veinte años poco más o menos se fundó en esta ciudad en el barrio que llaman San Hipólito, el cual se intitula Hospital de Convalecientes. Fundose con industria y cuidado de un hombre bueno y devoto que se llama Bernardino Álvarez, que habiendo estado en otros hospitales y viendo que se despedían a los enfermos en estado sanos aunque no convalecientes, se movió a fundar aquel hospital donde los pobres enfermos que salieron de otros ya sanos se fuesen aquel a convalecer y cobrar fuerza, porque con la necesidad y pobreza no tornasen a recaer. Y ha favorecido tanto su buen intento, que ha edificado el hospital de muy buena y suficiente casa, y sustenta a todos los enfermos que van a convalecer a él de los demás hospitales de México. Y además esto tiene aposento aparte donde cura a los que pierden el juicio, como se hace en Toledo y Valladolid, y otras personas; y así para esto como para pedir limosnas tiene muchos vestidos de pardo, que profesan voluntariamente este ejercicio. No tienen renta conocida más de lo que recoge de limosnas. Asiste en él el mismo Bernardino Álvarez, y el lo administra, rige y gobierna con muy buena orden. Dice misa en él un capellán de una capellania que allí ésta dotada."

San Hipólito, que comenzó siendo un hospital general, destinado a los pobres y

³³ Pérez Rincón, Héctor. Breve Historia de la psiquiatría en México. 1995. p 16 - 65

desamparados, tomó su vocación fundamental al dedicarse cada vez más en México y en América, un trato digno y respetuosos, que contrastaba con el que contemporáneamente recibían otros sitios ³⁴:

"...cuando estaban sosegados llevaban vida de comunidad paseando por patios y huertas, comiendo y durmiendo en salas comunes. Sólo los furiosos durante sus ataques, eran reclusos en "jaulas y bretes" para que no se dañasen a sí mismos ni a los demás. Se tenía un especial cuidado en la limpieza personal de ellos, así como su buena alimentación. La atención y cariño con que se trataba a estos enfermos, dimanaba de ese modo sobrenatural como Bernardino de Álvarez los consideraba. El fue quien hizo que el pueblo pensase en ellos como en los más desvalidos hijos de Dios. Velan en los locos un ejemplo que debía mover a los hombres a ordenar la vida..."

Durante los primeros años de ésta institución fue una costumbre difundida en la ciudad que los ricos colaboraran en su mantenimiento y que, incluso, asistieran a alimentar a los internos.

Por muchos años San Hipólito fue el único hospital dedicado a los enfermos mentales, terminando por ser exclusivamente un Manicomio que recibía enfermos de muchas partes del país y hasta de Cuba, tratándose tanto a españoles como a indios.

La beneficencia y la caridad que habían mantenido durante tantos años el proyecto inicial de Fray Bernardino Álvarez, decayeron con los años. Para el siglo XVIII la situación se había vuelto desesperada. En 1774, el Padre General pidió auxilio al virrey pues los pacientes se encontraban *"desnudos, sin medicinas, hambrientos y con peligro de morir por los techos que estaban desplomándose"*. El virrey Don Antonio María Bucareli quedó conmovido y pidió ayuda al Rey aprobándose una erogación para restaurar y mejorar totalmente el edificio ³⁵.

La orden de los Hermanos de la Caridad (también llamados entonces "Los Hipólitos") fue suprimida por decretos de las Cortes Españolas el 1 de octubre de 1821. A partir de esa fecha, el hospital pasó a manos del Ayuntamiento de la ciudad. Los religiosos enclaustrados se siguieron ocupando de la atención de los pacientes mentales hasta 1843, en que la atención pasó a cargo de los administradores nombrados por la autoridad civil.

El edificio del antiguo hospital de San Hipólito era tan amplio que una parte fue convertida en cuartel. En 1842, el general López de Santa Anna vendió el piso bajo y las accesorias de los costados de la iglesia. En 1846 se convirtió en hospital militar, y de 1847 a 1850 fue hospital municipal. El 1 de septiembre de 1880, una parte del edificio albergó durante 3 años a la Escuela de Medicina. Se hicieron algunas reparaciones en el año de 1848, teniendo en ese momento 90 pacientes.

En 1864 se hizo una petición al emperador Maximiliano I para que proveyera una ayuda que modificara las tan deplorables condiciones en que se encontraba la institución, describiéndose las miserables circunstancias de asistencia y alimentación en que se encontraban los pacientes, continuando así hasta los primeros años de 1900³⁶.

³⁴ Ídem

³⁵ Ídem.

³⁶ Ídem.

Otro lugar para enfermos mentales era el Hospital del Divino Salvador. Había en la Ciudad de México un carpintero llamado José Sayago que vivía con su mujer siendo su casa humilde y teniendo un taller artesanal. Sayago abrió las puertas de su casa a una loca, prima de su mujer que no tenía amparo alguno. Este sencillo acto realizado con generosidad lo hizo interesarse en la tragedia de la enferma mental y penetrar al mismo tiempo, el problema que significaban las mujeres como ella en la capital³⁷.

El resultado era que numerosas mujeres pobres, con la razón perdida y abandonadas por sus familiares, vagaban por la ciudad, hambrientas y andrajosas sufriendo abusos cuando no la burla y el desprecio de los demás. Así, Sayago recogió a estas mujeres y las llevaba a su casa frente a la Iglesia de Jesús María, para cuidarlas y mantenerlas.



FIG. 1. Imagen tomada del cuadro ubicado en el área de mantenimiento del hospital psiquiátrico José Sayago representando a este mismo personaje dando alojamiento a mujeres dementes.

Ya en el año de 1687 corría la voz en la ciudad, cómo una familia compartía su pobreza con las pobres locas. El jesuita P. Juan Pérez fue simpatizante de esta acción y empezó a ayudar enviándoles limosnas. La filantropía de Sayago movió la compasión del arzobispo de México Francisco Aguiar y Seijas quien lo ayudó a trasladar a las enfermas a una casa más grande frente al colegio de San Gregorio de la Compañía de Jesús. La capacidad del edificio permitió recibir en él hasta 66 enfermas³⁸.

A la muerte del prelado en 1698, la institución quedó a cargo de la Congregación del

³⁷ Berkstein Kanarek, Celia. El hospital del Divino Salvador. 1981. p 74 - 105

³⁸ Ídem.

Divino Salvador, la que compró la casa de la calle de La Canoa quedando levantado el nuevo Hospital en 1700. Junto con esta Congregación, el hospital para mujeres dementes, el primero de ese género en la Nueva España, recibió también un gran apoyo de la Compañía de Jesús. La Congregación del Divino Salvador contaba con más de 800 miembros entre eclesiásticos y civiles prominentes del virreinato, que se dedicaban a obras pías y de caridad. A lo largo del siglo XVIII aumentaron las ayudas, lo que se tradujo en la mejoría de sus instalaciones. Otra cofradía que se ocupó de esta institución fue la Real Congregación de Nuestra Señora de los Dolores y Socorro de Mujeres Dementes³⁹.

En 1855, el hospital quedó a cargo de la sociedad de San Vicente de Paúl, quien recomendó que fueran las Hermanas de la Caridad quienes se ocuparan directamente de la atención de las pacientes. Estas religiosas actuaron con tal cuidado, que se pidió su colaboración para el hospital de San Hipólito. A partir de la expulsión de los jesuitas de los dominios borbónicos, decretada por Carlos III, el hospital quedó bajo la tutela del Real Patronato hasta la consumación de la Independencia. Un soberano decreto con fecha del 13 de julio de 1824 puntualizó que el hospital pertenecía a la nación a través del ayuntamiento de la ciudad. El 13 de junio de ese año se le concedió, para su mantenimiento, una lotería que se celebraba los viernes⁴⁰.

Paralelamente al tratamiento curativo que se establecía para las pacientes de acuerdo con los medios de la época, se atendía a sus necesidades espirituales. En 1859 se creó el Reglamento de Gobierno Interno de la institución, en el que destacaban las precauciones que deberían tenerse para impedir posibles abusos, como el hacer pasar por dementes a personas que no lo eran, para encerrarlas en el hospital por motivos extramédicos.

En el informe que Don José María Andrade envió al emperador Maximiliano sobre el estado de los hospitales para enfermos mentales, resalta la gran diferencia que existía entre el trato dado a las internas del Divino Salvador: "... el número de camas es de 90, habiendo un promedio de 70 enfermas, las que están bastante bien atendidas y se ocupan de algunos trabajos ligeros compatibles con su estado. Las camas son de fierro con dos colchones bien aseados y perfectamente provistas de ropa; es imposible sacar mayor partido de aquellas locas, ni mejorar el aseo y buen orden que en él reinan...". Juan de Dios Peza, por su lado, opinaba que "...los dormitorios y otras dependencias honrarían al mejor hospital de Europa..."

En 1871 el cabildo de la ciudad dispuso: "*que el hospital sirva de asilo de niñas y señoras para evitar la corrupción*" y las autoridades remitían a mujeres en calidad de depositadas, que convivían con las pacientes.

En 1874, como consecuencia de la Ley Lerdo de Tejada, las Hermanas de la Caridad fueron lanzadas del establecimiento y poco a poco la institución fue cayendo en un lamentable abandono, a pesar de los esfuerzos de algunas personas que se consagraron al cuidado y la organización de la institución así como médicos que lo hacían con las pacientes.

La sobrepoblación condujo a este hospital a una situación crítica: en 1882 había 203 asiladas, y en dormitorios destinados a 8 enfermas se amontonaban 25 o 30. En 1900 ya había 403 asiladas. Para 1905 más que un hospital, parecía una prisión de la época colonial, con sus gruesos muros y paredes desmanteladas; sus rejas de barrotes de hierro en las puertas,

³⁹ Ídem

⁴⁰ Ídem

separando patios y corredores; celdas con crujeas donde se alojaban aglomeradas o recluidas a las enfermas enajenadas; la casa apollada por la edad y por arcaico mueblaje. Se modifico en los límites posibles: Se pintaron a la cal los dormitorios, se cambiaron los muebles, se vistieron de blanco todas las camas, y se tuvo predilección por la Escuela de Retrasados Mentales. Pero el destino de esta institución era el de desaparecer por la construcción de lo que sería el Manicomio General⁴¹.

Un lugar más, que aunque se menciona muy poco, donde se calificaba, valoraba, juzgaba y en su caso condenaba y perseguía ciertas conductas y comportamientos era el tribunal de la Santa Inquisición. Esta institución, nacida en España y que duró casi cuatro Siglos, ejerció sus funciones durante ese tiempo en el amplio imperio español con más rigor que en las otras tierras de la cristiandad en que también se estableció. Dentro de la historia, la Inquisición personifica la intolerancia frente a la diversidad, el rigor frente a la disidencia, la violencia intransigente frente a la libertad de pensamiento que sólo se estableció realmente hasta finales del siglo XVIII con el derecho inalienable del hombre convertido en ciudadano.

3.3 EL MANICOMIO GENERAL DE LA CASTAÑEDA. (1910-1968)

El gobierno del General Porfirio Díaz centró su proyecto de modernización del país, con especial atención en el rubro de salud. En su informe de gobierno del 1° de septiembre de 1878, informó de la necesidad de modernizar las instituciones médicas y giró órdenes para la realización del proyecto y la construcción del Manicomio General, asesorado por el doctor Eduardo Liceaga. Se contaba con algunos informes en los que se relata sobre el estado deplorable en que se encontraban los enfermos del Hospital de San Hipólito y las enfermas del Hospital de La Canoa. Los médicos de la época insistían en las nuevas formas de atención al enfermo mental, que se basaba en la división de los pacientes de acuerdo con las enfermedades que padecían.

Para fines de 1881, había quedado integrada una comisión responsable de analizar la conveniencia de construir el nuevo Manicomio general. La comisión expresó sus observaciones acerca de lo que debería tener este. El primer documento trató de la organización, la administración y las bases generales, y el segundo, de las características que debería tener el terreno en donde se construyera, seguidas de la exposición de los pros y contras de los terrenos disponibles hasta ese momento. Desde principio se consideraron dos aspectos fundamentales: la construcción de un solo hospital para los enfermos de uno y otro sexo, contra la posibilidad de mantener la costumbre establecida en la ciudad de México, de hacer dos edificios independientes que sustituyeran a La Canoa y a San Hipólito.

El problema del terreno estaba ya resuelto, puesto que la Beneficencia Pública había decidido que el Manicomio se construyera en los terrenos de la Hacienda de la Castañeda. Esta hacienda contaba con los siguientes límites: al norte, la Loma del Olivar y el pueblo de Nonoalco; al sur, la Hacienda de Guadalupe y los Ranchos de Tarango y San José; al oriente, este mismo rancho y el pueblo de Mixcoac y al poniente, el rancho de Santa Lucía.

⁴¹ Ramos de Viesca, Maria Blanca. El proyecto y la construcción del Manicomio General de la Castañeda. Psiquis. 1998. p 19 - 25

Los terrenos altos comprendían el Rancho de Santa Becerra, que era una accesoria de la propiedad y que tenía los siguientes límites: al norte, el camino México-Toluca; al este, Santa Fe; al oeste, los caminos de Tacubaya, Nonoalco y Mixcoac, y al sur, Barranca del Muerto, con una extensión total de 228 hectáreas, 28 áreas y 47 centiáreas, y una casa en ruinas. Este terreno fue obtenido por la Beneficencia Pública el día 2 de diciembre de 1893, al promover juicio al hipotecario señor Manuel Carrera Lardizabal.

La Secretaría de gobernación remitió los planos del Manicomio General a la Secretaría de Hacienda, el 3 de octubre de 1904 a fin de someterlos al examen de la Comisión Técnica. Finalmente el 14 de abril de 1905 se envió al Secretario de Hacienda y de Gobernación la memoria y los planos de construcción del Manicomio General.

El hospital se planeó para que fuera mixto y cubriera las necesidades de los dos hospitales para enfermos mentales que entonces había en la capital. En enero de 1905, la cifra de enfermos contrastaba notablemente con lo que pasaba dos décadas antes: San Hipólito contaba ahora con 204 pacientes y La Canoa, con 339, en lugar de los 80 que tenían antes cada uno de ellos. Se consideró la posibilidad de aumentar el número de camas, originalmente calculada en 600 a 800 camas, y terminó estableciéndose en 1000, pudiéndose extender a 1200⁴².

En el Manicomio proyectado se dividiría a los enfermos según sus características clínicas. Las camas estarían dispuestas de la siguiente forma: 24 para observación, 192 para epilépticos, 256 para tranquilos en los pabellones grandes, 64 para ancianos, 18 para furiosos, 128 para semiagitados, 32 para sucios, 46 para degenerados, 32 para agitados, 51 para enfermos, 14 para delincuentes y algunas para pensionistas, lo que daría un total de 960. Las camas suplementarias se destinarían a los dementes enfermos que tuvieran otros padecimientos médicos o que estuvieran excitados.

Había tres enfermerías con 51 camas, 48 para aislamientos en el área de tranquilos, 4 para degenerados, 12 para epilépticos y 18 para furiosos, con un total de 133. Las áreas para uno y otro sexo estarían separadas por medio de rejas con macizos de plantas y enredaderas para evitar que tuviera el aspecto de prisión. Se permitiría la convivencia de pacientes sólo en situaciones especiales: en festivales o representaciones teatrales.

La superficie de asilo ocuparía una hectárea de construcción y tres hectáreas de cultivo para cada 100 pacientes. El plano general adoptó el sistema fragmentario, conocido como de pabellones, que además dividía perfectamente el área de los servicios de administración de los enfermos. La construcción asilar estaría localizada en la parte noreste del terreno, que tenía una pendiente suroeste a noroeste, quedando así la huerta integrada al asilo. La entrada principal estaría al norte. Como los servicios generales serían comunes para los pabellones de hombres y mujeres, estarían localizados en el centro de la construcción. En este eje se encontraría el edificio central que albergaría: la Dirección General, el teatro, la biblioteca, la farmacia equipada con un laboratorio de fotografía, la cocina, la lavandería, la panadería, los talleres y el cuarto de máquinas que generaría el calor y la energía para mover el agua y elevar su temperatura en los baños. El Pabellón del Museo Patológico y el mortuario se construirían extra muros del asilo y cerca del río, con una entrada independiente para

⁴² Ídem

facilitar el acceso de los estudiantes y los familiares que recogieran a sus muertos.

Los edificios fueron proyectados según las necesidades diagnósticas que habían sido establecidas en los hospitales de San Hipólito y La Canoa. La unidad administrativo-asistencial estaba en los pabellones que, a su vez, se subdividían en cuatro salas cada uno, con un cupo de 16 pacientes por sala. Se pensó en un total de ocho grandes pabellones para el Manicomio.

El Pabellón de observación se diseñó para clasificar a los enfermos al ingresar y durante una corta estancia, para luego llevarlos al área que se juzgara más conveniente. El Pabellón de Degenerados servía para que estos pacientes no se mezclaran con el resto de la población del nosocomio, y así evitar el contagio moral de la locura. El pabellón de Epilépticos se proyectó alrededor de un jardín. El Pabellón de Tranquilos albergaría a los pacientes tranquilos, semiagitados, agitados, sucios, ancianos y paralíticos. El Pabellón de Delincuentes era resultado de la iniciativa tomada por el Director de la Penitenciaría y el Ministro de Gobernación años atrás; la finalidad de este pabellón era vigilar a los criminales de cerca y reconocer con el tiempo si la locura que padecían era real o simulada.

El Pabellón de Enfermería daría asilo a aquellos pacientes que representaran una enfermedad de tipo infeccioso o accidental; cuando se detectara algún proceso grave, los pacientes serían trasladados al Hospital de San Pablo.

En México se carecía de manicomios privados para dementes cuyas familias pudieran pagar su asistencia y recibir a cambio una atención esmerada, por lo que en el proyecto se diseñaron dos pabellones llamados de Pensionistas y Distinguidos que cubrirían esta necesidad.

El área destinada a la agricultura abarcaba una extensión de 317,700 metros cuadrados, en los que se cultivarían árboles frutales, hortalizas y alfalfa con el fin de obtener alimentos para el Manicomio y pasturas para las vacas del asilo, al mismo tiempo que proporcionaría una terapia ocupacional para el enfermo.

El saneamiento del área nosocomial estuvo determinado por la pendiente que tenía el terreno. Se propuso que los albañales sólo recibieran materiales fecales, el agua de la cocina, de la lavandería y de los baños, y que las aguas pluviales corrieran por la superficie del terreno en canales abiertos a la orilla de las calles, para ser descargados en el río Mixcoac. El alumbrado sería eléctrico y recibiría la corriente de la Compañía de Luz del pueblo de Mixcoac. Alrededor del Manicomio se construiría un muro de tres metros de altura de treinta centímetros de espesor.

Todo parece indicar que se formó una nueva comisión para revisar este proyecto. La comisión hacía algunas observaciones generales: la colocación de patios interiores en los pabellones de distinguidos, imbeciles, alcohólicos e infecciosos tendría un doble inconveniente antihigiénico: la orientación de los edificios en una misma dirección; establecer calles transversales provistas de galerías de comunicación para el libre acceso a los diferentes pabellones; la separación de los edificios para formar *quatriers*, y los pórticos, que elevarían mucho el costo de la construcción. De las observaciones hechas al proyecto se derivó también el que hubiera tres pabellones para infecciosos y, por supuesto, una estufa de

desinfección que indicaba que ya se vivía en la era de las bacterias, así como un departamento de electroterapia, el cual incluía un aparato de rayos X.

El presupuesto total para la construcción del Manicomio era de \$ 1,698,429.82, cifra que era verdaderamente elevada para los patrones del momento y la cual da una idea del tipo de construcción que se haría.

A principios del año de 1908, una vez aprobado y revisado exhaustivamente el proyecto de lo que sería el nuevo nosocomio para alienados mentales, fue otorgada finalmente la concesión para su construcción al ingeniero Porfirio Díaz hijo, que fungiría como contratista, y el ingeniero Ignacio León de la Barra, quién sería el inspector de las obras de construcción. El presupuesto final sería de \$ 1, 783,337.13.

De allí en adelante todo se hizo rápidamente. La construcción se hizo a marchas forzadas, con veinte mil pesos más de diferencia para el presupuesto general. En 1910, estaban totalmente terminados veinte pabellones y el edificio de gobierno y servicios generales. (Ver Fig. 2)

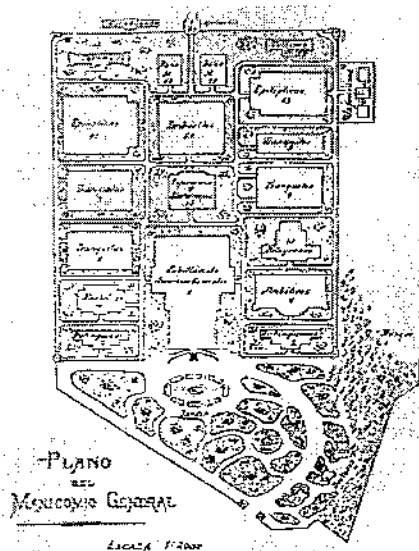


FIG. 2. Plano del Manicomio General tomada de Amaya Pérez ⁴³

Este edificio estuvo a la altura de las preferencias arquitectónicas de la época para esta clase de establecimientos, y lo mismo puede decirse de los demás criterios que los rigieron. (Ver fig. 3)

⁴³ Amaya Pérez, María del Carme. Historia del Manicomio en México: La Castañeda. s/a. p 34 - 48



Fig. 3. Edificio de servicios generales tomada de Amaya Pérez⁴⁴

El día 1° de septiembre de ese mismo año, el General Porfirio Díaz hacía el recorrido inaugural. Al día siguiente comenzarían a llegar los enfermos a la que sería su morada durante el siguiente medio siglo.(Fig. 4)



FIG. 4. Imagen de la inauguración del Manicomio General por el Gral. Porfirio Díaz tomada de Amaya Pérez.⁴⁵

En realidad, la atención que se prestó a los asilados del Manicomio de La Castañeda fue semejante a la que se les prestaba en otros países, ya que de la misma manera se carecía de conocimientos y de otros tipos de recursos.

⁴⁴ Ídem

⁴⁵ Ídem.

La misma historia de los dos manicomios anteriores se repitió en el de La Castañeda: la sobrepoblación, que en 1950 albergaba a más de 2500 pacientes y en 1965 tenía ya unos 3000 asilados para un lugar que estaba proyectado para 1000 pacientes; y además la incuria volvieron a dar al traste con los buenos proyectos. A los problemas económicos derivados de la situación política, por largo tiempo se sumó el descuido de este renglón de la asistencia pública que quedó muy atrás de las prioridades gubernamentales.

Viendo todas estas dificultades que presentó para su buen funcionamiento y con instalaciones deficientes se creó un programa para la sustitución de este nosocomio planeándose la construcción de otras instituciones para la adecuada atención de los internos que existían y los que más adelante se atenderían. El Manicomio General de La Castañeda fue cerrado en de septiembre 1966⁴⁶.

3.4 EL HOSPITAL PSIQUIATRICO "JOSÉ SAYAGO".

Entre 1960 Y 1970, la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) estableció una red de 11 hospitales, nueve de ellos hospitales - granja, para sustituir el ya obsoleto y abarrotado Manicomio general.

Los estudios, análisis y proyectos tendientes a determinar el proceso de construcción y organización de las nuevas instituciones fueron encomendados a un grupo de profesionistas que se encargó de seleccionar la Comisión Constructora e Ingeniería Sanitaria de la Secretaría de Salud.

La solución debería de ser aquella en que la igualdad de servicios rendidos significara una mejor inversión de capital colectivo, sopesando los gastos que requerirían las instalaciones con que entonces se contaba, suponiendo que no se realizaran las inversiones de nuevas construcciones, y su proyección a futuro.

Después de un cuidadoso estudio, la alternativa ponderada como superior fue la que abarcó la construcción de los siguientes edificios, descentralizando la atención psiquiátrica que se tenía⁴⁷:

1. Un hospital de 600 camas censables para enfermos mentales en etapas agudas del padecimiento psiquiátrico.
2. Un hospital pediátrico de 200 camas para la rehabilitación de los niños y adolescentes.
3. Seis hospitales campestres de 500 camas destinados a dar atención a pacientes con padecimientos crónicos - psiquiátricos.
4. Un hospital hogar de 600 camas para enfermos mentales de "difícil" recuperación.

⁴⁶ Ídem.

⁴⁷ Calderón Narváez, Guillermo. Testimonio de trabajo en la operación Castañeda. Psiquis. 1998. p 40 - 48.

Estos son:

- a) Hospital psiquiátrico "Fray Bernardino de Alvarez", D.F.
- b) Hospital psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N: Navarro", D. F.
- c) Hospital Campestre "Dr. Samuel Ramírez Moreno" D. F.
- d) Hospital Granja "Cruz del Norte", Hermosillo, Sonora.
- g) Hospital Granja "Cruz del Sur", Oaxaca.
- h) Hospital Granja Villa Hermosa, Tabasco.
- i) Hospital Granja "Dr. Rafael Serrano", hacienda El Batan, Puebla.
- f) Hospital Campestre "Dr. Adolfo M. Nieto", Estado de México.
- g) Hospital Campestre "Dr. Fernando Ocaranza", hacienda San Miguel Eyecalco, Tizayuca, Hidalgo.

Ahora bien, los hospitales campestres vienen a modificar el sistema manicomial que durante más de cincuenta años había sido característico de los recursos para la salud mental en México: rejas, candados y control coercitivo se abandonaron por este medio. Los nuevos establecimientos se pensaron para garantizar que mantuvieran sus puertas abiertas y que en ellos el enfermo mental encontrara una nueva motivación para su vida en un ambiente terapéutico⁴⁸.

Todavía estaba en operación el Manicomio General cuando a instancias del Doctor Manuel Velasco Suárez, director general de neurología, salud mental y rehabilitación dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, se proyectó la construcción de dos hospitales psiquiátricos para aliviar en parte la ya angustiosa situación de "La Castañeda", estas unidades fueron:

- Hospital Campestre "La salud Tlazolteotl", ubicado en Zoquiapan, Estado de México.
- Hospital Campestre "José Sayago", ubicado en Tepexpan, también en el Estado de México

Como es de notar, se hablara de este último en mención.

A la memoria del humilde precursor de la atención psiquiátrica femenina durante la colonia, se le puso el nombre de "José Sayago" a una unidad campestre ubicada en la localidad de Tepexpan, Municipio de Acolman, Estado de México, que fue inaugurada el 2 de Enero de 1963 por el presidente de la República Lic. Adolfo López Mateos, para entrar en funciones el 6 de Mayo del mismo año, y fue construida con la idea de modificar los sistemas de tratamiento que el Manicomio General Nacional, conocido popularmente como "La Castañeda". (ver foto 1 y 2).

⁴⁸ Ídem.



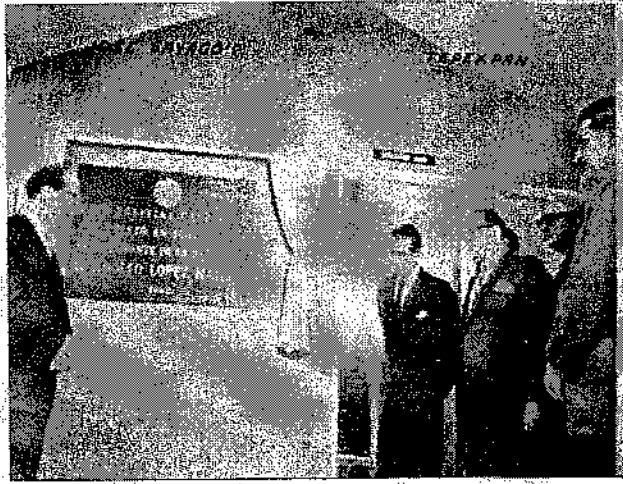


Foto 1. Imagen tomada de archivo en la que se da la inauguración del entonces Hospital Campestre "Jose Sayago", en la izquierda el Dr. Manuel Velasco Suárez y a la derecha el presidente Lic. Adolfo López Mateos.

En este hospital fue destinado para brindar una atención diferente, planeándose para atender pacientes neuropsiquiátricos exclusivamente del sexo femenino y mayores de 18 años.



Foto 2. Imagen donde se ve el recorrido de una de las unidades por la comitiva presidencial en la inauguración del hospital.

Con concepto y la filosofía con que fueron construidos, se marco un cambio muy importante la atención del enfermo mental de ese tiempo, de manera que los pabellones oscuros y de hacinamiento, los aislamientos con rejas y las camisas de fuerza, se

convirtieron en áreas ventiladas, horizontales, espacios abiertos con jardines y zonas arboladas, puertas abiertas, talleres de diferentes actividades y sobre todo, la participación directa del enfermo mental en la mayor parte de actividades del hospital en combinación con el personal responsable de los diferentes departamentos y no solamente en los límites de la unidad, sino a la y en la comunidad cercana. Eran los tiempos de las comunidades terapéuticas, autosuficientes con la productividad laboral de empleados y enfermos.

El apoyo oficial a esta institución fue espléndido y los resultados positivos no se hicieron esperar, al grado de que se amplió al poco tiempo el proyecto construyéndose más unidades y sucediendo lo que se menciona con el cierre del antiguo Manicomio.

Motivaciones de diferente orden, entre ellas políticas y económicas, cambiaron el sistema proyectado para el "José Sayago" y hubo la necesidad de recibir pacientes que modificaron la organización inicial, y que contemplaba en internamiento a corto plazo reintegrándolas al seno familiar y con la posibilidad de ser productivas y útiles socialmente, en internamientos indefinidos en tiempo; con ello la gran problemática que hasta la fecha se tiene en la gran mayoría de las instituciones psiquiátricas oficiales y que es la atención asistencial de muchos enfermos irrecuperables a un gran costo económico y administrativo.

Desde su inicio hasta la descentralización de los servicios de salud en la década de los ochenta, esta institución dependió directamente de la Dirección General de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Con esta nueva política nacional, el hospital depende en 1986 de los Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado de México, para transformarse –estos servicios- en el Instituto de Salud del Estado de México a partir de 1990, donde actualmente se realizan los trámites administrativos del hospital.

Corresponde al tercer nivel de atención, de alta especialidad en psiquiatría, proporcionando asistencia a la población abierta, atendiendo exclusivamente a pacientes del sexo femenino para su internamiento como se menciono anteriormente.

En cuanto a las instalaciones, se encuentran construidas adecuadamente 4 casas que se dividen en: 1 casa para residentes; otra para enseñanza, subdirección administrativa y medicina preventiva, y las otras dos casas están deshabitadas. Existe un área administrativa donde se encuentran los departamentos de: recursos humanos, la dirección, subdirección administrativa, recursos financieros y materiales archivo clínico, sindicato y además el área de trabajo social, psicología, enfermería y un consultorio.

Además cuenta con una Central Médica, donde se prestan los servicios de consulta externa como son: Electroencefalografía, rayos x, laboratorio clínico, área de encamados, sala de cirugía menor. Consultorios de psiquiatría y trabajo social, y C. E. Y E.

Pasando al área de hospitalización encontramos que la población de pacientes se encuentra distribuida de manera heterogénea distribuida en 5 unidades (conocidas anteriormente como pabellones) con 347 camas.

El hospital también dispone de un comedor para pacientes y otro para el personal,

dispone de varios talleres de terapia ocupacional: corte y confección, manualidades, alfarería y pintura; tiene una unidad recreativa (teatro) donde se realizan tanto actividades como culturales. Se encuentran las áreas de mantenimiento, lavandería, calderas, almacenes y cocina (Ver plano en anexos).

Como prioridades el hospital pretende:

- a) Rehabilitar a las pacientes para la readaptación a la sociedad de la cual han sido desvinculadas por su enfermedad.
- b) Brindar al paciente la mejor orientación médico - psiquiátrica y psicológica, de manera oportuna y eficaz.
- c) Utilizar los recursos terapéuticos bajo estricta indicación médica, psiquiátrica y psicológica.
- d) Hacer participar a la familia de la paciente en el proceso terapéutico, orientándolo en el trato y cuidado que deben tener las pacientes.

Se describirá brevemente como funciona esta institución psiquiátrica, ya que dentro de las funciones de cada departamento hay múltiples funciones que van relacionados a cada área de servicio que es difícil de separar.

3.5 ÁREA DE PSIQUIATRÍA Y MÉDICA.

Este departamento se encuentran dos de los bastiones de la seguridad de las pacientes internadas en el hospital: Médicos Psiquiatras y Médicos Generales. Las funciones de los primeros consisten en:

CONSULTA EXTERNA.

- Dar consulta de primera vez al público en general.
- Atender al o a la paciente que se presenta para una valoración detallada de su estado mental.
- Dependiendo de su examen abrir expediente y realiza historia clínica en consultas subsecuentes.
- Dar tratamiento.
- Obedeciendo a la conducta de la paciente, se hace el ingreso correspondiente a la institución.(Este se hace cuando la paciente pone en riesgo la seguridad de sí misma y/o de los demás).

HOSPITALIZACION.

Se le llama así a todo lo que realizan dentro de la unidad con las pacientes:

- Valoraciones y evaluación de su estado mental.
- Dar tratamiento para su mejora a cada una de las mismas.
- Poner notas en el expediente clínico.
- Etc.

Los médicos generales se encargan de apoyar a los psiquiatras en las valoraciones del estado físico de las pacientes de hospitalización.

Se cuenta con 8 psiquiatras repartidos en los todos los turnos excepto en el nocturno, y 16 médicos generales.

3.5.1 UNIDADES.

Hay en la institución seis unidades y cinco en operación, donde se encuentran las pacientes, teniendo 346 pacientes con distinto tipo de sintomatología, 4 de estas unidades (1, 2, 5 y 6) cuentan con dos salas donde se encuentran las camas, en una se encuentra una parte con lavaderos y tendederos donde las pacientes utilizan para lavar. La unidad 4 sólo cuenta con un ala y la unidad 6 tiene características muy específicas ya que aquí se encuentran las pacientes con demencia senil por lo cual la atención es asistencial contando con su comedor dentro del mismo lugar.

Dentro cada unidad se encuentra una sala de recreación donde hay una televisión, mesas y sillas. También se encuentra el control de enfermeras, consultorios de psicología/trabajo social y psiquiatría/médico general; en la parte posterior del control de enfermeras se encuentra lo que anteriormente era el cuarto de aislado donde se concentraba a la paciente que el médico psiquiatra consideraba que ponía en riesgo la seguridad de sus compañeras y del personal en general, a partir de 1998 este sitio cambia de utilidad y se transforma en cuarto de curaciones y lugar donde se ubican los expedientes de las usuarias.

3.5.2. CENTRAL MÉDICA.

Es el área donde se dan tratamientos médicos especiales a las pacientes cuando sufren ciertos padecimientos que en sus respectivas unidades no se les pueden dar, es una pequeña sala de urgencias y hospitalización habiendo 8 camas para la atención que requieran, además de la atención de consultas que se le proporciona al público en general.

3.5.2.1 CONSULTA EXTERNA.

Es un servicio fundamentalmente para el público en general que requiere los servicios que se dan en esta área. Es uno de los primeros lugares a los que llegan para solicitar servicio de consulta psiquiátrica y psicológica, así como el de laboratorio y Rayos X, habiendo módulos para la atención y valoración que se le hacen a las personas, tanto para su tratamiento y/o internamiento dependiendo la situación. El internamiento es únicamente para mujeres.

3.5.2.2. ODONTOLOGIA.

Este servicio es exclusivo para las pacientes del hospital, ya que anteriormente se le ofrecía al público en general. Este lugar es un consultorio dental donde se le realizan la mayor parte de los servicios que pueda tener: profilaxis, amalgamaciones, etc.

3.5.2.3. LABORATORIO.

Esta sección participa en la toma de muestras de sangre, orina, copro, entre otras para su análisis correspondiente para que el médico tratante tome un diagnóstico adecuado. Cuando las muestras no se pueden obtener directamente en este lugar, se toman en el pabellón correspondiente y se entregan correctamente envasadas y etiquetadas.

3.5.2.4. RAYOS X.

Los Rayos X han sido otro de los servicios de gran importancia en el desarrollo de la medicina moderna. El objeto de este servicio es el diagnóstico a través de los estudios y del examen de placas de las exploraciones radiológicas.

El radiólogo verifica los datos en la solicitud de los estudios de fluoroscopia cuando hay indicación médica. Después imprimirá las placas necesarias para el diagnóstico. El revelado de las placas es manual, contando con el material indispensable para ello.

3.5.2.5. C.E.Y.E.

Es la central de equipos y esterilización dónde los equipos y materiales que se utilizan pasan por un proceso de esterilización, estos se ocupan en el tratamiento de recuperación de las pacientes. También es donde se proveen de los suministros de curación para las diferentes unidades.

Consta de 3 áreas principales que son: limpieza, preparación y esterilización.

En el área de limpieza se cuenta con soluciones y detergentes.

En el área de preparación es dónde se ensamblan, cortan y preparan los materiales de curación.

El área de esterilización esta constituido por esterilizadores de vapor, esterilizadores en seco y es aquí donde se esteriliza el material quirúrgico.

3.6. AREA PARAMEDICA.

En esta área, hay personal calificado para valorar, diagnosticar, dar tratamiento, etc., a las pacientes que hay en la institución, además del público en general.

3.6.1. PSICOLOGIA.

Esta área se encarga de proporcionar a las pacientes internas y de consulta externa, atención psicológica profesional para favorecer su estado de salud mental en pro de ser rehabilitado y lograr su inserción en la comunidad con diferentes actividades propias del área como son:

- Entrevista clínico psicológica.
- Pruebas proyectivas.
- Pruebas neuropsicológicas.
- Etc.

3.6.2. ENFERMERIA.

Se encarga de proporcionar un apoyo eficiente a los médicos en la vigilancia y en la atención continúa del paciente, en lo referente a procesos de diagnóstico-tratamiento, de tal manera que es fácil de identificar la vigilancia de los signos vitales: pulso, temperatura, presión arterial, etc., como parte del diagnóstico y las curaciones, inyecciones, aplicación de diversas técnicas con el tratamiento y desde luego, como se dijo, con la vigilancia permanente a las pacientes hospitalizadas.

En relación con las actividades técnicas de conexión profesional y ambiental, la enfermera tiene funciones administrativas que están relacionadas con el movimiento de pacientes, el control del material y de equipo, la responsabilidad de mantener al corriente las hojas clínicas relativas de enfermería, con el expediente clínico y aún de incluir o vigilar que se glosen los reportes que provienen de los auxiliares del diagnóstico y tratamiento.

La atención que se proporciona a la paciente hospitalizada por el grupo integrado por el área de enfermería. Pero en esta atención están implicados una serie de aspectos humanos como el de infundir confianza a la paciente y darle comodidad necesaria al mismo tiempo que se vigila su seguridad dentro de la institución.

En este caso, al tratarse de pacientes psiquiátricas, el cuidado es mayor y con un sentido más humano a pesar de los inminentes riesgos que se corre como el de la agresión directa que con frecuencia suelen ocurrir, teniendo técnicas especiales para poder controlar esta situación como es la sujeción.

3.6.3. TRABAJO SOCIAL.

Tiene como meta abarcar el adecuado funcionamiento de los individuos o de los grupos sociales, con el fin de lograr una interacción armoniosa que favorezcan el bienestar individual y colectivo.

Por tanto, las funciones de las trabajadoras sociales se dirigen hacia tres fines específicos:

- 1) Prevenir las sociopatías que se presentan en la comunidad o en el individuo.
- 2) Encauzar debidamente los recursos individuales y sociales para lograr mayor bienestar social.
- 3) Restaurar la incapacidad social de los individuos, cuando se identifica un problema.

Trabajo social tiende a ayudar a los individuos o grupos humanos a resolver, o por lo menos a disminuir, el impacto de los problemas que generan desequilibrio entre el individuo y su medio.

Además tiene las siguientes funciones:

- a) Estudio del caso: conocimiento del paciente, de su medio familiar y de su medio social y

así buscar su adaptación adecuada en el grupo social en el que esta ligado.

b) Promueve relaciones adecuadas entre los diversos departamentos del hospital para que el personal favorezca el correcto manejo de las pacientes.

c) Procura que se puedan resolver casos en que la solución no dependa ya del hospital, sino posiblemente de otras instituciones que puedan tomar el mejoramiento del paciente p. e. la atención de las pacientes en hospitales generales o de otra especialidad.

d) Realizar estudios socioeconómicos con el fin de fijar cuotas de recuperación, el pago que en proporción con su condición social y económica, los familiares de las pacientes y el público en general deberán hacer a la institución por los servicios obtenidos.

e) Ayudar al tratamiento médico, haciendo comprender a la paciente, el beneficio que significa para ella y sus familiares que se reestablezca pronto e íntegramente, para motivarlo a las indicaciones dietéticas y medicamentosas para su pronta evolución.

f) Pláticas con los familiares para infundirles confianza en el problema de las pacientes, con el objeto de ir reintegrando a las mismas al núcleo familiar.

3.6.4. FARMACIA.

El servicio de farmacia proporciona la terapéutica medicamentosa al paciente de acuerdo a ciertas normas establecidas, ya que el tipo de medicamentos que necesitan este tipo de pacientes es controlado debido a sus formulas de contenido.

3.6.5. TERAPIAS.

Esta área se encarga de dar terapia de rehabilitación a las pacientes de una manera especial: les ayudan a tareas de pintura de cerámica, bordado, elaboración de artículos según la temporada del año, corte y confección, paseos a la comunidad o sitios de interés como son museos, mercados, iglesias etc.

Con esto logran que las pacientes, al ser re-insertadas en la comunidad sepan elaborar productos para la manutención de ellas mismas además de que, con paciencia y tenacidad, tienen actividades que les son benéficas dentro de la institución.

3.6.6. ARCHIVO CLINICO.

El servicio o departamento de archivo clínico se encarga de la recolección de los datos clínicos, del arreglo correcto de los expedientes, de intercalar los diversos resultados para integrar el expediente, de guardarlos, de la preservación; es decir, todas las funciones en relación con el movimiento y conservación del expediente clínico, y por otra parte de la recolección de los datos generales y específicos en relación con la prestación médica, que concurren a integrar los aspectos de la estadística general así como el de la bioestadística.

Sirve de base al departamento de contabilidad para calcular los costos unitarios y

establecer el control de diferentes procesos administrativos del hospital, que tiendan a dar seguridad de una administración sana, evitando desperdicios y fugas.

Los datos que proporciona la bioestadística son los mejores índices para conocer la calidad de la atención médica, y sus características específicas.

Todo lo anterior se lleva en la historia clínica que es el resultado de la investigación minuciosa y del registro de los datos sociales, médicos, psicológicos, psiquiátricos, etc., en relación con las pacientes para una mejor valoración y seguimiento de su estado tanto social, económico como mental.

3.6.7. DIETOLOGIA.

El servicio de alimentación de un hospital es aquel que prepara y distribuye alimentos preparados a los enfermos y al personal del hospital, se le llama también servicio de Dietología y son dos las funciones que realiza:

- 1) La planeación técnica del servicio.
- 2) La preparación manual de los alimentos.

El objetivo no sólo es la preparación culinaria de una dieta cuantitativa y cualitativa correcta, sino que sea agradable a la vista y al gusto.

Los propósitos del departamento de alimentación y dietética, independientemente de preparar una dieta científica a las pacientes y al personal, son una administración eficiente y la educación a diferentes grupos de personas, ya sean a pacientes, al personal de la institución ó al público en general.

Los medios para lograr una alimentación adecuada en relación con las pacientes internadas son: el conocimiento del diagnóstico y los requerimientos calóricos del caso a fin de realizar una preparación correcta cuantitativa y cualitativa de la dieta.

3.7. AREA ADMINISTRATIVA.

Esta área se encarga, entre otras múltiples funciones, de la buena administración de la institución laboral y económicamente; así como de que tenga una continuidad en los servicios necesarios para que el demás personal pueda laborar adecuadamente y así dar un buen servicio.

3.7.1. RECURSOS HUMANOS.

Es indispensable conocer con exactitud la organización que habrá de desarrollarse en cada actividad de los trabajadores de la institución, estableciendo rendimientos, sistemas de registros, instructivo y la cuantificación del personal participante en el hospital, enumerando de manera precisa las funciones, categorías, calificaciones, relaciones de mando, sistemas de promoción, formas de supervisión y evaluación, reclutamiento de personal, con las características que deben llenar cada una de las diversas categorías, cuantía y formas de

pago, trámites de inicio o terminación de contrato, sistema disciplinario y de estímulos o gratificaciones, prestaciones y derechos.

Asimismo, debe concebirse el adiestramiento del personal, que iría desde la capacitación específica en las funciones; y reglamentar sus funciones procurando que en los niveles inferiores opere la polivalencia, es decir, que un mismo trabajador desempeñe varias funciones.

3.7.2. RECURSOS FINANCIEROS.

En todos los hospitales es primordial tener una idea de la operación en los que se refiere al manejo de cantidades y bienes con el objeto de presentar el panorama financiero de la institución.

Aquí se conoce el estudio financiero de la institución, se dictan todas aquellas medidas de régimen interno necesarios para el correcto funcionamiento de la institución, y ejercer una supervisión y control de todas las cuentas que se manejan.

Prepara y controla los presupuestos que demanda la institución, y tiene a su cargo la planeación, el establecimiento y la vigilancia de la contabilidad, presentando en forma periódica los estados de cuenta y los balances que se requieren para conocer la marcha de la institución, evitando así errores, desperdicios y fugas en las diferentes operaciones de los departamentos del hospital.

3.7.3. RECURSOS MATERIALES.

Es el departamento que se encarga del control de las instalaciones físicas, mobiliario común, instrumental, herramientas manuales y mecánicas y materiales de consumo.

Son muy necesarios los locales arquitectónicos en razón de la capacidad de las prestaciones que van a proporcionar, así como concebir los enlaces entre unidades periféricas y centrales. Después de ser concebidos los recursos y fijados los objetivos, el paso siguiente es la asignación de los recursos de acuerdo con las necesidades que tienen prioridad.

3.7.4. SERVICIOS GENERALES.

Se encarga principalmente de dar mantenimiento general al hospital, parte de los insumos que utilizan las pacientes.

3.7.4.1. MANTENIMIENTO Y JARDINERÍA.

El servicio de mantenimiento es responsable de proporcionar la conservación adecuada del hospital y los elementos que en él se proporcionan, como lo es el agua, electricidad, gas, calor, iluminación y servicios de las demás instalaciones necesarias para la función correcta de la institución, con el objeto de que pacientes, empleados, cuerpo médico y público en general disfruten de un medio confortable y las comodidades para la rehabilitación de las pacientes.

Este departamento esta comprometido a efectuar los servicios esenciales para la buena marcha del hospital, contando con la mayor parte de los utensilios para una pronta respuesta de acción en caso necesario.

Se encarga también de suministrar los elementos necesarios de calor, electricidad y fuerza para la operación del hospital, que en estos casos se proporciona con calderas, subestación eléctrica y diesel principalmente.

Por otra parte, es muy importante que la institución tenga los jardines bien cuidados, en donde las pacientes y sus familiares puedan estar y pasar ratos agradables.

Debido a la forma arquitectónica del hospital (horizontal) son importantes los cuidados a los jardines porque en la institución ocupan un área considerable.

3.7.4.2. LAVANDERIA, ROPERIA Y LIMPIEZA.

La lavandería del hospital es un departamento de servicios indirectos, que proporciona la ropa limpia y planchada para las pacientes y en el departamento contiguo, ropería, se realiza el remendado y confeccionado de sábanas, toallas de mano, vestidos, etc.

La selección de la ropa sucia se hace de acuerdo al tipo de manchas, realizándolo conjuntamente lavaderos y los de ropería, y la clase de telas de la que esta confeccionada; haciendo el lavado en las dos lavadoras industriales existentes, teniendo técnicas y tipos distintos para cada tipo de ropa. Después del lavado pasa al secado que se hace tanto en secadoras por fuerza centrífuga o al calor de las tómbolas, pasando después al planchado y regresando todas las prendas limpias a la ropería, que de aquí se llevan a las diferentes unidades de servicio.

El servicio de limpieza en esta institución esta subrogado, es decir, que la institución contrata a una compañía especializada en este servicio para que, con su personal, mantengan limpio todo el hospital.

3.7.5. TRANSPORTES.

La sección de transportes del hospital está integrada por aquel personal que tiene a su cargo diferentes tipos de traslado de pacientes, personal, transporte de material de gran volumen dentro o fuera de la institución.

Debe de tener las unidades impecables, en buen estado de funcionamiento, así como el de manejar con todas las precauciones posibles, especialmente dentro de la institución donde las pacientes deambulan libremente.

3.8 ENSEÑANZA, INVESTIGACIÓN.

La docencia en el hospital debe tener un importante desarrollo, en atención a que el lugar significa la escuela práctica permanente en lo que se refiere a enseñanza en medicina psiquiátrica. De aquí que todos los elementos profesionales, técnicos o manuales tienen la posibilidad de beneficiarse con la experiencia diaria en contacto con las pacientes.

De tal manera que el programa de docencia comprende desde el adiestramiento de todo el personal en general, hasta eventos especiales para cada área de la institución.

La investigación como medio para llegar a conocer y aplicar nuevos procedimientos, diagnósticos y tratamientos de las enfermedades es una inquietud que ha estado presente desde el principio. Se puede decir que los aspectos de la investigación pasiva, hasta la experimentación son motores para que la participación del investigador sea para modificar el curso de los padecimientos o de sus condiciones.

4. LOCALIZACION GEOGRAFICA DEL MUNICIPIO DE ACOLMAN.

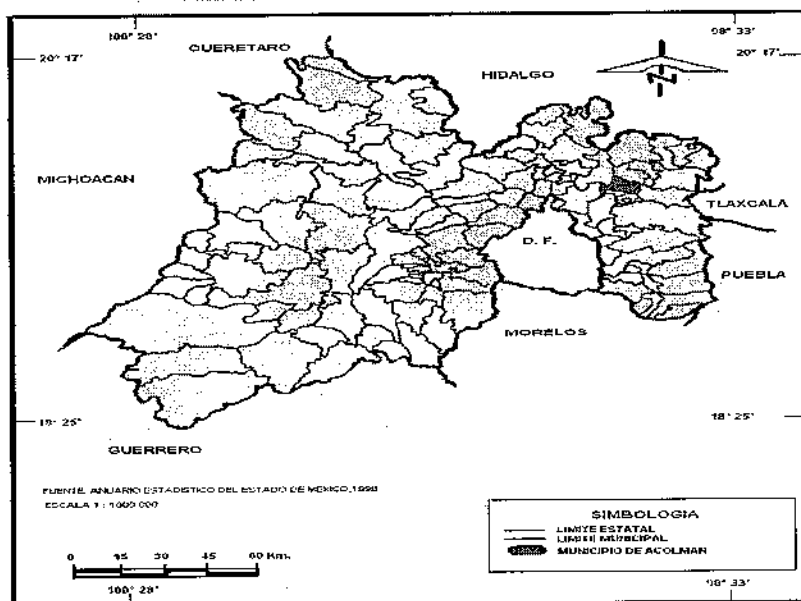
Se explicarán algunos aspectos geográficos importantes del municipio de Acolman, ya que es donde se encuentra ubicado el Hospital Psiquiátrico “José Sayago”, con el fin de conocer el entorno donde éste se encuentra localizado.

4.1. COORDENADAS, LÍMITES, SUPERFICIE.

El municipio de Acolman de Nezahualcoyotl es uno de los 122 municipios que comprende el Estado de México, ubicándose al noreste tomando como referencia el Distrito Federal (ver mapa 1); sus coordenadas geográficas son:

LONGITUD OESTE	LATITUD NORTE
98° 51'	19° 35'
99° 00'	19° 41' 35''

y con una altura de 2250 metros sobre el nivel medio del mar.



Mapa N° 1 Donde se ubica el Municipio de Acolman

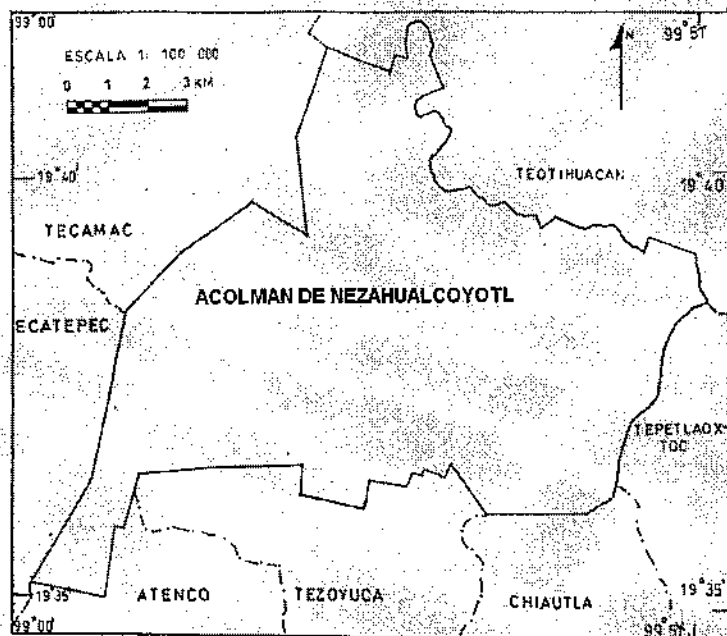
Sus límites son:

Al norte: con los municipios de Tecamac y Teotihuacan.

Al sur: con los municipios de Atenco, Chiautla y Tezoyuca.

Al este: con los municipios con los municipios de Teotihuacan y Tepetlaoxtoc.

Al oeste: con los municipios de Tecamac y Ecatepec (ver mapa 2).



Mapa N° 2 Ubicando sus límites geográficos.

La extensión del municipio de acuerdo con los datos oficiales proporcionados por el Gobierno del Estado es de 87.07 Km.2, dividiéndose de la siguiente manera:

PUEBLOS:

Acolman de Nezahualcoyotl (cabecera municipal), Cuanalan, San Bartolo, San Marcos Nepantla,, San Mateo Chipiltepec, San Miguel Totolcingo, Santa Catarina, San Miguel Xometla, San Pedro Tepetitlan, San Antonio Tenango, San Juanico, San Francisco Zacango, San Lucas Tepango, Tepexpan

COLONIAS:

Los Ángeles y Radio Faro (Totolcingo); Anahuac 1ª. y 2ª Sección, Barrio de Chimalpa (Tepexpan); Emiliano Zapata (Santa Catarina); Benito Juárez (Cuanalan); Loma Bonita y Bella Vista (Zacango); La Conchita (Xometla), Colonia Ejidal (San Marcos) y Colonia Los Pilares (Chipiltepec). (Ver mapa N° 3 en anexo)

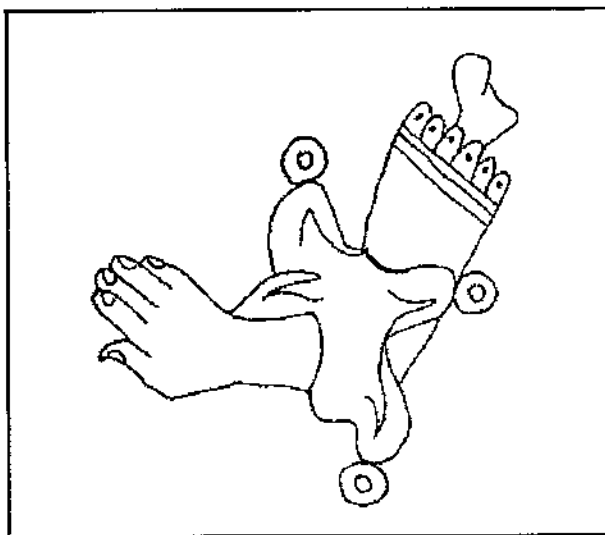
Pertenece al XXI Distrito judicial con sede en la ciudad de Texcoco y electoralmente al distrito XXXIV de Teotihuacan.

Glifo:

Acolman, palabra náhuatl, proviene de “acuimatl”. “aculli” hombre; y “maitl” mano o brazo, es decir “hombre con mano o brazo”. Esta etimología proviene de la siguiente historia “... el primer hombre de quien ellos (los acolhuas) procedían había nacido en tierra de

Acolman, que esta en términos de tezcoco, dos leguas de México, dicen que estando el sol a la hora de las nueve, echó una flecha en dichos términos e hizo un hoyo del cual salió un hombre, que fue el primero, no teniendo más cuerpo que de los sobacos arriba y que después salió de allí la mujer entera ... que aquel hombre se decía Aculmaitl, y que de aqui tomo el nombre el pueblo que se dice Aculma (Acolman) , porque acullí quiere decir hombre, y maitl mano o brazo, como cosa que no tenía más que hombros y brazos, porque (como dicho es) aquel hombre primero no tenía más que de los sobacos arriba, según esta ficción y mentira...”

Ahora bien, el símbolo del municipio aparece en el código Mendocino y en el mapa Quinatzin, consiste en un brazo con el símbolo de Atl, colocado cerca de la mano o brazo representando la historia anteriormente dicha ⁴⁹.



GLIFO DEL MUNICIPIO DE ACOLMAN

4.2. UBICACIÓN DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO “JOSE SAYAGO”.

El Hospital Psiquiátrico “José Sayago” se encuentra localizado en el kilómetro 33.5 de la carretera federal México-Pirámides, en la localidad de Tepexpan, Municipio de Acolman, Estado de México.

El terreno está constituido por 12.5 hectáreas de construcción rodeado por una barda de aproximadamente 2.20 metros de altura, terminada con alambres de púas para la seguridad de las pacientes. De estas 12.5 hectáreas, 7 están destinadas a la construcción de lo que se componen los edificios y 5.5 hectáreas son de áreas verdes y de cultivo.

⁴⁹ Juárez González, Araceli Guillermina. Acolman monografía municipal. Instituto Mexiquense de Cultura. 1999, p 13

La construcción es de tipo horizontal moderna, dividida en diferentes áreas extendidas en grandes espacios, jardines y zonas arboladas.

4.2.1. VIAS DE COMUNICACIÓN.

Las vías de comunicación que fluyen directo o cercanas al hospital son :

Carretera Federal número 136 México-Pirámides.

Carretera Texcoco-Lechería.

Autopista número 132 México-Pirámides.

La vía de ferrocarril que cruza por el municipio es la México-Veracruz con estación en los pueblos de Tepexpan y Xometla (hoy cerradas).

4.2.2. TRANSPORTE.

En el municipio de Acolman está el transporte público y el privado. En el transporte público existen líneas de autobuses así como colectivos; las líneas de autobuses que sirven al municipio son: México-Pirámides (1ª y 2ª clase) con servicio cada 15 minutos, la línea México-Chipiltepec con servicio de San Juan Teotihuacan-Metro Martín Carrera también con servicio cada 15 minutos. Servicio colectivo de Otumba-San Juan Teotihuacan-Texcoco cada 5 minutos. Este servicio colectivo pertenece a la línea México-Pirámides.

El servicio colectivo de combis de las rutas 95 y 89 dan servicio a la central de abastos de Ecatepec, así como a San Cristóbal Ecatepec y Cerro Gordo del mismo municipio.

Se cuenta con el servicio privado de taxis en casi en todos los pueblos del municipio.

5. CARACTERISTICAS GENERALES DE LAS PACIENTES DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO "JOSE SAYAGO"

En los inicios de esta institución la capacidad era de 550 camas contando ahora con 347 de estas y después de haber revisado los expedientes clínicos de las pacientes, se encontró que hasta diciembre del 2001 había en la institución 346 pacientes psiquiátricas internadas, que representa casi prácticamente el 100 % de su límite del espacio disponible (camas). En las siguientes gráficas se muestran los datos que se obtuvieron de esos expedientes.

El período de tiempo de estudio comprende de los meses de enero-diciembre del 2001 y los datos se obtuvieron de los expedientes clínicos de cada una de las usuarias

5.1. ORIGEN DE LAS PACIENTES.

Cada uno de los sectores representa el porcentaje del lugar de procedencia de las pacientes, describiéndose de la siguiente manera:

Grafica N° 1

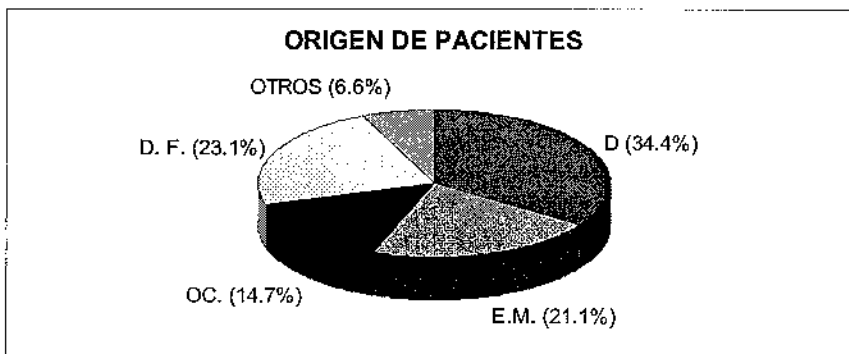


Tabla N° 1

LUGAR DE PROCEDENCIA	NUMERO DE PACIENTES	%
D = DESCONOCIDO	119	34.4
E. M. = ESTADO DE MEXICO	73	21.1
OC. = HOSPITAL PSIQUIATRICO "DR. FERNANDO OCARANZA"	51	14.7
D. F. = DISTRITO FEDERAL	80	23.1
O = OTROS ESTADOS	23	6.6

Y como se ve en la gráfica y tabla n° 1, el 34.4% de las pacientes, 119 no tienen un lugar de procedencia o es desconocido, es decir, este sector comprende pacientes indigentes o que deambulan en la calle y son traídas por seguridad pública, asilos, referenciados de otras unidades de salud o que son abandonadas por sus familiares y que después cambian de domicilio, etc.

El 21.1% provienen de los distintos municipios del Estado de México, son 73 pacientes de las que, como se verá más adelante, la mayoría son de la zona conurbada de la Ciudad de México.

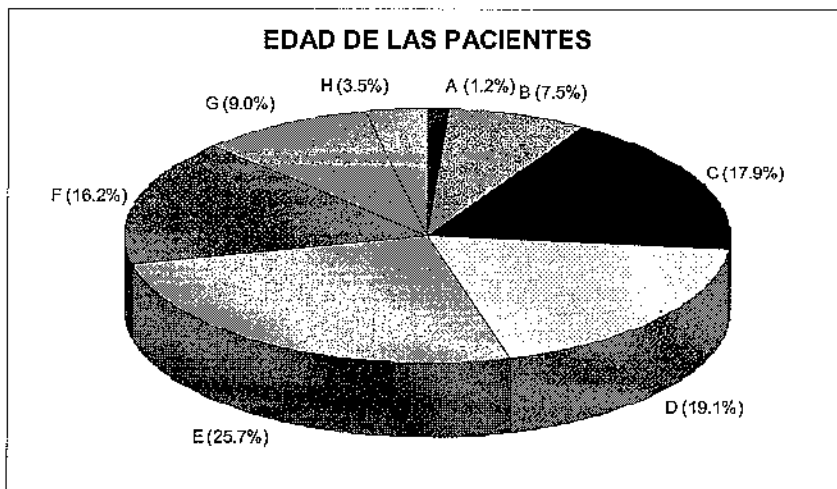
Entre octubre y diciembre del año 2000 llegaron 51 pacientes, el 14.7%, del Hospital Psiquiátrico "Fernando Ocaranza", ubicado en el municipio de Tizayuca, Estado de Hidalgo. Este "arribo" fue causado por convenios que se establecieron por el cierre definitivo del hospital en cuestión en septiembre del mismo año.

El 23.1 %, 80 pacientes, son del Distrito Federal y 23 pacientes que representan el 6.6% provienen de distintos estados de la República, y que son canalizadas por otras instituciones de salud.

5.2. EDAD DE LAS PACIENTES.

La edad promedio de las 346 pacientes es de 51.9 años de edad, y se distribuyen de la siguiente manera como se muestra en la gráfica y tabla N° 2. Los datos se fueron organizando de la siguiente manera:

Grafica N° 2



Fuente: Expedientes clínicos

RANGO DE EDADES	TOTAL	%
A = MENORES DE 20 AÑOS	4	1.2
B = DE 21 A 30 AÑOS	26	7.5
C = DE 31 A 40 AÑOS	62	17.9
D = DE 41 A 50 AÑOS	66	19.1
E = DE 51 A 60 AÑOS	89	25.7
F = DE 61 A 70 AÑOS	56	16.2
G = DE 71 A 80 AÑOS	31	9.0
H = + DE 81 AÑOS	12	3.5

Fuente: Expedientes clínicos

Tabla N° 2

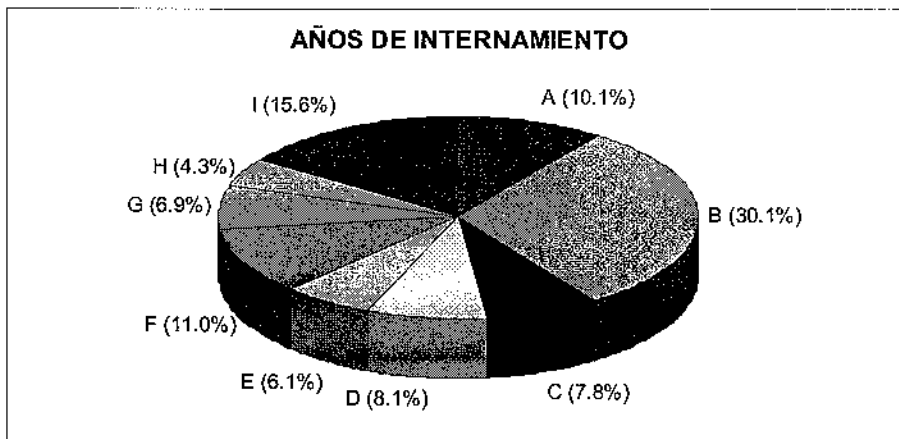
Como se ve, de los 51 a los 60 años se presenta la mayor cantidad de casos en los que se tiene pacientes y es donde esta el promedio de edad; pero se observa que en los grupos C, D y F es donde se concentran 184 pacientes, es decir el 53.2% del total de la población de mujeres que se encuentran internadas.

Del total de la población de internas del hospital, se percibe que es entre los 31 y 70 años de edad el grupo mayoritario con padecimiento psiquiátrico, y el grupo de menor escala comprende entre los 21 y 30 años y las que tienen mas de 70 años de edad.

5.3 AÑOS DE INTERNAMIENTO.

Se menciona que la institución se había programado como un plan piloto para el tratamiento de pacientes y de ir desconcentrando la población de pacientes del Manicomio General. Pero al cierre del mismo, las políticas que se tenían planeadas se fueron quedando en el olvido. Entre ellas el de recuperación, que se le daba a la paciente entre tres y ocho meses de estancia.

En la siguiente gráfica y cuadro (N° 3) se muestra el tiempo de internamiento que llevan hasta diciembre del 2001, tomando valores relativos de estancia, dependiendo de la patología de las pacientes en fases agudas o crónicas.



Grafica N° 3.

AÑOS DE INTERNAMIENTO	TOTAL	%
A = HASTA 1 AÑO	35	10.1
B = DE 1 A 5 AÑOS	104	30.1
C = DE 6 A 10 AÑOS	27	7.8
D = DE 11 A 15 AÑOS	28	8.1
E = DE 16 A 20 AÑOS	21	6.1
F = DE 21 A 25 AÑOS	38	11.0
G = DE 26 A 30 AÑOS	24	6.9
H = DE 30 A 35 AÑOS	15	4.3
I = + DE 35 AÑOS	54	15.6

Fuente: Expedientes clínicos

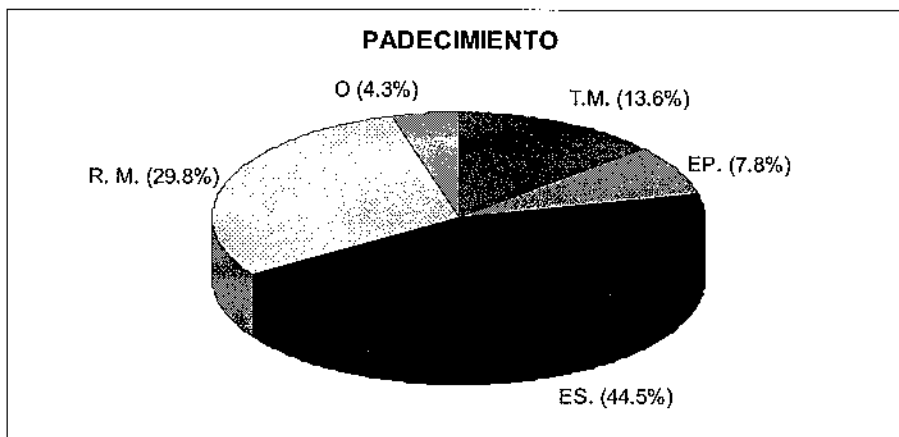
Tabla N° 3

Como se observa en la grafica y tabla N° 3, los grupos relativamente más numerosos son el B e I, esto debido a dos situaciones: el primero es, en parte, que en el año 2000 llegó un grupo considerable de pacientes del Hospital Psiquiátrico "Fernando Ocaranza" mencionando los motivos anteriormente, además de que hubo una política de admisión amplia en criterio psiquiátrico para su internamientos. La segunda situación es que en el segundo grupo todavía hay enfermas que llegaron del Manicomio General "La Castañeda". Los demás grupos es muy relativa su estancia en la institución

Cabe hacer mención que en las enfermedades mentales no hay un pronóstico 100% seguro de en cuánto tiempo una persona mejore de su padecimiento y, además, de que va a volver a la "normalidad" de su vida.

5.4 PADECIMIENTO.

El padecimiento, patología o enfermedad que tienen las pacientes se ve representado en el siguiente cuadro y gráfico (N° 4).



Gráfica N° 4

Tabla N° 4

PADECIMIENTO	TOTAL	%
TM = TRASTORNO MENTAL*	47	13.6
EP = EPILEPSIA*	27	7.8
ES = ESQUIZOFRENIA*	154	44.5
RM = RETRASO MENTAL*	103	29.8
O = OTROS*	15	4.3

* Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE - 10), OMS.

Como se puede observar, el grupo de *esquizofrenia* ocupa casi la mitad de las pacientes que sufren esta enfermedad, que dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) tiene toda una diversidad de subclasificaciones, basta decir que dentro este padecimiento se tiene todo un capítulo: del F 20 al F 29. Aquí para un mejor entendimiento, muchos expedientes se concentraron en este rango establecido debido a la situación anteriormente mencionada.

Retraso mental es el siguiente padecimiento más frecuente que se encontró en los expedientes clínicos, 103 casos o el 29.8 %. Este resultado fue como consecuencia de la llegada de las pacientes del Hospital Psiquiátrico "Fernando Ocaranza"; se contaba con pacientes con retraso mental pero el acontecimiento antes mencionado disparó el dato hasta ser el segundo padecimiento que se tiene hoy día.

Las pacientes que tienen *epilepsia* dentro de la institución van relacionadas con otros padecimientos mentales secundarios.

6.- AREA DE INFLUENCIA DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO "JOSE SAYAGO".

En el desarrollo de las instituciones para la atención de enfermos mentales tanto crónicos como agudos, depende en gran medida de la política de salud en turno, y después de la demanda de la población, así como de las áreas de influencia.

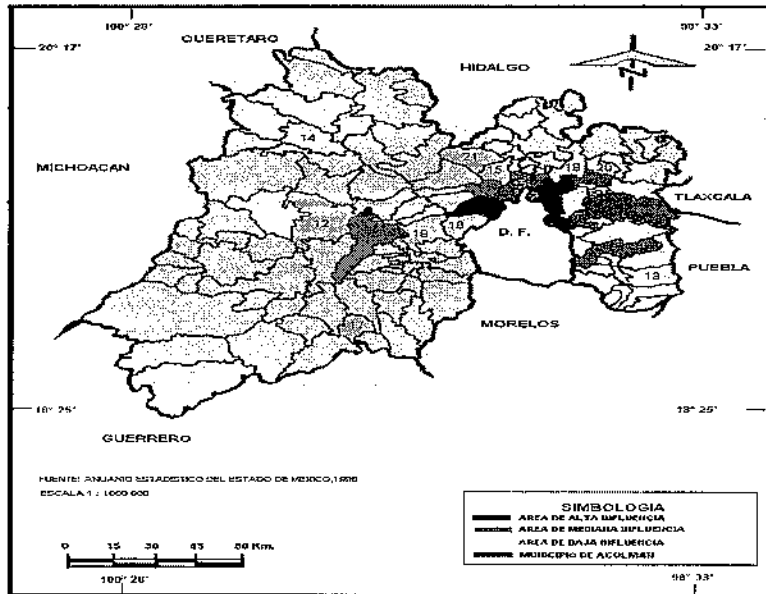
La zona de influencia está determinada por la demanda, por el acceso de la población, por la oferta que se tenga de los servicios así también por la localización de los servicios que la población requiera. A medida que se desarrollan las especialidades de atención médica a la población, se polariza el espacio en donde se distribuyen.

El acceso por la población, en este caso, permanece estable, aún influyendo los costos de tiempo, distancia y transporte para llegar a esta institución; esto se verá en los siguientes mapas del área de influencia.

6.1 AREAS DE INFLUENCIA EN EL ESTADO DE MÉXICO.

En el mapa siguiente se observa que el área conurbada de la Ciudad de México es la que más utiliza los servicios del Hospital Psiquiátrico "Jose Sayago" de una manera importante, además de otros lugares que no son del área anteriormente mencionada.

Los datos surgen, como se menciona anteriormente, de los expedientes de cada una de las usuarias tomando la información de donde provienen las pacientes para saber la demanda que existe.



Se puede observar que el área de mayor influencia lo comprenden tres municipios del área conurbada que son: Nezahualcoyotl con 18 casos (1), Ecatepec con 10 casos (2), y Naucalpan con 6 casos (3), que representan el mayor número de casos en el cual la población de internas proviene de esos municipios.

Ahora, los lugares donde la influencia es media se representan en la siguiente tabla:

Tabla N° 5

N° DE MUNICIPIO	NOMBRE DEL MUNICIPIO	N° DE CASOS
4	TEXCOCO	4
5	TLALNEPANTLA	4
6	COACALCO	3
7	CHALCO	3
8	CHIMALHUACAN	3
9	TOLUCA	3
10	TULTITLAN	3
11	ATIZAPAN DE ZARAGOZA	3

Fuente: Expedientes clínicos

Los casos de pacientes de estos lugares son parte del área metropolitana de la Ciudad de México donde se tiene una población muy densa así como también la ciudad Capital Toluca, mostrando que estas zonas son susceptibles de que se presenten casos de enfermedad mental crónica en mujeres y es el Hospital Psiquiátrico "Jose Sayago" uno de los sitios donde se les da cabida para su tratamiento de corto o largo plazo.

Los municipios en los que se tiene muy baja influencia son:

Tabla N° 6

N° DE MUNICIPIO	NOMBRE DEL MUNICIPIO	N° DE CASOS
12	ALMOLOYA DE JUAREZ	1
13	AMECAMECA	2
14	ATLACOMULCO	1
15	CUAUTTLAN IZCALLI	1
16	HUIXQUILUCAN	1
17	IXTAPAN DE LA SAL	1
18	LERMA	1
19	TECAMAC	2
20	TEOTIHUACAN	1
21	TEPOTZOTLAN	1

Fuente: Expedientes Clínicos

Cómo se ve, en la mayoría de los municipios el área de influencia es baja debido a la enorme distancia que presenta la ubicación de la institución, enfrentando con ello

dificultades en transportación, traslado, tiempo entre otras situaciones.

6.2. AREA DE INFLUENCIA EN EL DISTRITO FEDERAL.

La Ciudad de México tiene como lugar principal para ingresos hospitalarios de enfermas mentales al Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", una vez teniendo un tratamiento inicial y dependiendo del criterio del médico psiquiatra, algunas son referidas a una de las instituciones adecuadas para su tratamiento como es el Hospital Psiquiátrico "Jose Sayago" uno de los lugares donde son llevadas este tipo de pacientes.

A continuación en la siguiente tabla se presentan las delegaciones políticas de Distrito Federal en donde se tiene influencia de personas internadas.

Tabla N° 9

DELEGACION	NUMERO DE CASOS
GUSTAVO A. MADERO	18
IZTAPALAPA	14
COYOACAN	10

Fuente: Expedientes Clínicos

Las delegaciones Gustavo A. Madero, Iztapalapa, Coyoacan presentan el mayor número de casos de pacientes hospitalizadas en esta institución por enfermedades mentales, además de que dos delegaciones están en contacto permanente con los municipios anteriormente señalados (Gustavo A. Madero e Iztapalapa).

En las que se tiene mediana influencia son en: Azcapotzalco, Álvaro Obregón, Benito Juárez y Cuauhtémoc;

Tabla N° 10

DELEGACION	NUMERO DE CASOS
Azcapotzalco	6
Cuauhtémoc	5
Álvaro Obregón	4
Benito Juárez	4

Fuente: Expedientes Clínicos.

y las de muy baja influencia son: Cuajimalpa, Miguel Hidalgo, Tlalpan, Venustiano Carranza y Xochimilco (Ver mapa N° 4).

Tabla N° 11

DELEGACION	NUMERO DE CASOS
Iztacalco	3
Miguel Hidalgo	3
Venustiano Carranza	3
Tlalpan	3
Xochimilco	3
Cuajimalpa	2
Magdalena Contreras	1
Tlahuac	1

Fuente: Expedientes Clínicos.

6.3. AREA DE INFLUENCIA EN OTROS ESTADOS.

El área de influencia del Hospital Psiquiátrico "Jose Sayago" en otros estados es escasa, ya que el porcentaje de pacientes internadas es casi del 7 % , provenientes principalmente de los estados de Hidalgo, Oaxaca, Morelos, San Luis Potosí, Veracruz, Jalisco, Durango, Guerrero y Michoacán en orden de importancia.

Tabla N° 12

ESTADO	NUMERO DE CASOS
HIDALGO	4
OAXACA	4
MORELOS	3
SAN LUIS POTOSI	3
VERACRUZ	3
JALISCO	2
DURANGO	1
GUERRERO	1
MICHOACAN	1

Fuente: Expedientes Clínicos.

7.- CONCLUSIONES.

El concepto de salud va a estar asociado con el desarrollo cultural, social, económico y ambiental de cada región. Lo que se busca, entonces, es lograr una armonía, balance, equilibrio dinámico entre un organismo y su medio ambiente, entre las partes que constituyen ese organismo hay condiciones que sólo son posibles si este tiene la capacidad de adaptarse a las circunstancias en perpetuo cambio..

Por lo tanto, derivado de esto, el concepto de salud mental es el bienestar socioeconómico, cultural, y ambiental en el que se desarrolla el individuo y el resultado que con ello conlleva tanto para él cómo para los demás.

Podemos decir que la salud mental de las sociedades es distinta unas de otras, teniendo ciertas similitudes con la que se avanza hacia una nueva forma del desarrollo del individuo con resultados positivos para la comunidad en general.

Los trastornos mentales emergen por la interacción de una personalidad predispuesta en su composición y estructura básica y evolución dinámica, y las causas de estrés que se le imponen. El principio insidioso del trastorno mental ocurre cuando los individuos con un desarrollo alterado de la personalidad se enfrentan una y otra vez a la exigencia cada vez mayor de actuar de cierta manera, lo cual ocurre cuando la persona madura socialmente.

Desafortunadamente, nuestra concepción del enfermo mental esta estigmatizada; el tener un padecimiento mental es tener una marca de la sociedad para quién la padece y de los familiares: rechazo, abandono, malos tratos, burlas, además de relacionarlos con ideas mágico - religiosas (los casos del embrujado, de la posesión demoníaca, del castigo divino, entre otras), etc., es con lo que tienen que enfrentar este tipo de personas. Se debe de inculcar entre la población que una enfermedad mental es cómo cualquier otra, que se debe de contar con cuidados especiales para las personas que la padecen y que pueden rehabilitarse y / o controlarse.

Las familiares llevan tardíamente al paciente ante el especialista. Peor aún, los llevan primero con yerberos, curanderos o hasta con sacerdotes con el fin de curarlos, obviamente sin éxito. A los pacientes de enfermedades con tratamiento médico pueden llevar una vida normal. La presencia de un enfermo mental, puede desmembrar a familias enteras, aunque pese a lo incurable del mal algunas personas con este mal se incorporan a empleos, logran vivir en pareja y tener hijos; estos padecimientos se pueden presentar en cualquier nivel social y en cualquier ambiente, sea urbano o rural.

En cambio, la persona que padece una enfermedad de cualquier tipo sabe a ciencia cierta si tienen o no la posibilidad de sanar; sabe que esta en condiciones de enfrentar su enfermedad, pero nunca se va a comparar con lo que se pudiese pasar si fuera un enfermo mental.

Las personas que sufren trastornos mentales difieren solo gradualmente de las personas normales, pues han hecho un uso exclusivo de los mismos mecanismos de ajuste que usan todos los demás. Cada persona tiene su punto de ruptura y a pesar de ello se considera a los

sanos e insanos, normales y anormales como seres humanos. No hay persona totalmente sana, ni existe nadie totalmente enfermo; ya que los trastornos mentales pueden ser tratados.

Uno de los lugares donde se pueden rehabilitar son en los hospitales psiquiátricos, que han dejado de ser el famoso "Manicomio" de puertas cerradas y pacientes maltratados y vejados para dar cabida a un lugar con múltiples servicios para el enfermo como para sus familiares y para la comunidad en general.

El proceso de adaptación para enfrentar o no cualquier factor anteriormente mencionado hace que las afecciones mentales sean disminuidas y no sea una situación común de la población. Hay indicadores que hacen los especialistas de que de una manera u otra la sociedad padece un cierto grado de alteración emocional y conlleve a enfrentar riesgos de este tipo de enfermedad.

Otra de las situaciones que se tienen que ver, es el conocimiento y una educación hacia lo que es una enfermedad mental y a la persona que lo padece, que se necesita cuidados específicos como lo sería una persona que padece cáncer, diabetes, influenza, etc. Asimismo, dejar conciencia de la falta de criterio que hay al dejar al abandono a las pacientes, ya que en este lugar un porcentaje importante hay en esta situación y en edad madura (que aquí es a los 52 años)

Las necesidades crecientes de atención en salud mental, por otra parte, requieren de una transformación que se da en programas preventivos de amplia difusión en medios de comunicación; reforzándose principalmente en aquellos lugares donde es más frecuente la procedencia de las usuarias, como se vio anteriormente en las estadísticas (Nezahualcoyotl, Ecatepec y Naucalpan,). Además, los municipios que conforman la zona metropolitana de la ciudad de México tienen una elevada densidad de población, debido al acelerado desarrollo urbano, llevando esto al deterioro ambiental, social y económico, siendo una de las causas principales por las que hay un elevado número de casos de pacientes que se internan de esos lugares, reflejando los efectos negativos hacia este sector de la población.

A pesar de que el número de casos de internamiento es relativamente bajo en comparación con lo que tienen otras unidades médicas, no es de restarle mérito o importancia a lo que se realiza en esta institución para el sector femenino y para la comunidad en general. Además, debemos agregar el contado número de personal, equipo con el que cuenta para desenvolverse y aún así se desarrolla un trabajo, que en muchos casos supera al de un hospital general reflejándose en el número de consultas.

Se tiene la necesidad, al ver los datos anteriormente vistos, de que en los municipios donde se concentran altas concentraciones de población, que en el Estado de México serían los municipios de Ecatepec, Nezahualcoyotl, Naucalpan, Texcoco, Tlalnepantla, Coacalco, Chalco, Chimalhuacan, Toluca, Tultitlán y Atizapan de Zaragoza, se establezcan lo siguiente:

- Acciones informativas, preventivas y de diagnóstico que se establecerían de manera permanente y con apoyo institucional en el primer y segundo nivel de atención de salud que son las unidades de medicina familiar, centros de salud, clínicas familiares y hospitales generales. Y en el tercer nivel de atención (Hospitales Psiquiátricos) sería:

- Hospitalización y tratamiento
- Terapias para su rehabilitación
- Re-inserción en la sociedad mediante la creación de lugares previos a esta última etapa.
- Tener el suficiente personal capacitado para una mejor atención en todos los niveles

8. BIBLIOGRAFIA.

- Amaya Pérez, María del Carmen. Historia del Manicomio en México: La Castañeda. s/a. Cultura y recreación. s/n. p 34 - 48.
- Attíe, Thalía. El lenguaje silencioso en una institución psiquiátrica.1994. Manual Moderno. 181 p.
- Barquín Calderón, Manuel. Dirección de hospitales. Sistemas de atención médica. 1992. Interamericana. 835 p.
- Bridgman, R. F. El hospital rural. Su estructura y organización. 1979. Interamericana.123 p.
- Duran, Fray Diego. Historia de las Indias de Nueva España e islas de la tierra firme. 1990Banco Santander. 3 v.
- Calderón Narvárez Guillermo. Testimonio de trabajo en la operación Castañeda. Psiquis. Volumen 4, número 3, mayo-junio. 1995. Páginas 40-48.
- Ceja Romero, Zoraya. Análisis socioespacial de los servicios de salud pertenecientes a la secretaría de salud en la delegación Iztacalco: disponibilidad, accesibilidad y utilización. 1999. Tesis, UNAM.
- Cleghorn, John M. Enfermedades mentales. 1993. Manual Moderno. 184 p.
- De la Fuente, Ramón. Salud mental en México. 1997. Fondo de Cultura Económica. 439 p.
- Fuentes Aguilar, Luis. Climatología médica. 1990. Edamex. 189 p.
- Frazier, Shevert H.(et al.). Diccionario de psiquiatría. 1990. Trillas. 198 p.
- Garnica, Rodrigo. Esquizofrenia. Guía para los familiares del paciente. 1998. Piensa. 94 p.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Anuario Estadístico México. 2001. 701 p.
- Jiménez Burillo, Florencio (compilador). Introducción a la psicología ambiental. 1986. Alianza Editorial. 230 p.
- Levinson, Daniel J. Sociología del Enfermo Mental. 1997. Amorrortur. 280 pp.
- Olivera, Ana. Geografía de la salud. 1993. Síntesis. 160 p.
- Pérez-Rincón, Héctor. Breve historia de la psiquiatría en México. 1995. Instituto Mexicano de Psiquiatría. 119 p.
- Pérez Sosa, Artemio. Enfermería y patología psiquiátricas. 1989. Trillas. 158 p.

Piñón González, J. Jesús. Análisis geográfico de las áreas de influencia del Hospital Pediátrico de Coyoacán. 1998. Tesis, UNAM.

Rodríguez González, Abelardo (coordinador). Rehabilitación Psicosocial de personas con trastornos mentales crónicos. 1997. Pirámide. 499 pp.

Ramos de Viesca, Ma. Blanca. El proyecto y la construcción del manicomio general de La Castañeda. Salud Mental. Volumen 21, número 3. Junio. Páginas 19-25.

Rico Díaz, Humberto. Contaminación ambiental y salud mental. Psiquis. Volumen 4 número 5, septiembre-octubre. 1995.

Rothman, H. La barbarie ecológica. Estudio sobre la población en la sociedad industrial. 1980. Fontamara. 310 p.

Saenz de la Calzada, Carlos. La geografía médica a través de la Historia. 1971. Pax. 70 p.

San Martín, Hernán. Tratado general de la salud en la sociedades humanas. 1992. 4 tomos.

Viscaíno, M. F. La contaminación en México. 1986. Fondo de Cultura Económica. 418 p.

9. GLOSARIO.

EPILEPSIA. Trastorno caracterizado por ataques periódicos motores o sensoriales, o sus equivalentes, y , algunas veces, acompañado por pérdida de la conciencia o por ciertas manifestaciones equivalentes. Puede ser idiopática (sin causas orgánicas conocida), o sintomática (debido a lesiones orgánicas). Va acompañada de descargas eléctricas anormales que pueden detectarse mediante electroencefalograma.

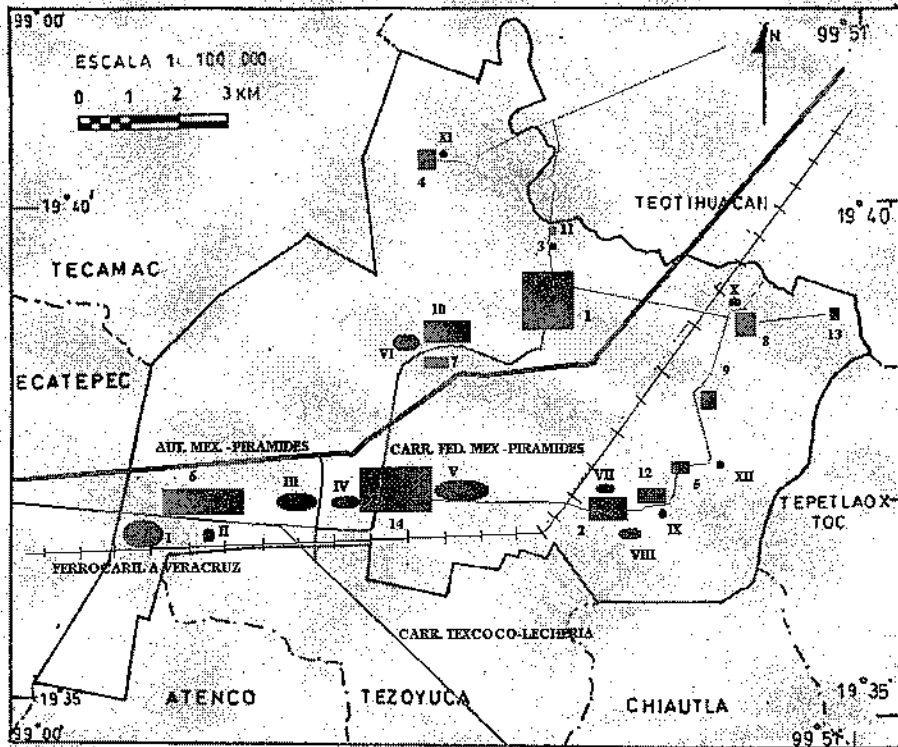
ESQUIZOFRENIA. La palabra esquizofrenia se forma de dos raíces griegas, **esquizos** = dividido y **frenos** = mente o inteligencia. En general se le llama así a un grupo de trastornos, generalmente de proporción psicótica, manifestados por trastornos característicos del lenguaje y de la comunicación, del pensamiento, de la percepción, el afecto y de la conducta que duran más de seis meses. Los trastornos del pensamiento están marcados por perturbaciones de la formación de los conceptos que pueden conducir a malas interpretaciones de la realidad, malas percepciones y algunas veces a delirios y alucinaciones. Los cambios de humor o estado de ánimo incluyen ambivalencia, brusquedad, inoportunidad y pérdida de la empatía con los demás. La conducta puede ser reservada, regresiva y rara.

RETARDO MENTAL. Funcionamiento mental significativamente por debajo del promedio, que puede observarse en el individuo, al nacer, o volverse evidente más tarde en el periodo de desarrollo; caracterizado siempre por adaptación deteriorada en una o en todas las áreas del aprendizaje, la adaptación social y la maduración. El trastorno emocional a menudo esta presente. El término es descriptivo de la condición corriente del individuo en relación al grupo en el cual funciona. Las causas del retardo mental incluyen: ocurrencia de infecciones durante el embarazo temprano, tales como la rubéola, encefalitis; daño durante el parto o consecutivo a éste; trastornos metabólicos o los trastornos de la nutrición, incluyendo la desnutrición; anomalías cromosómicas tales como el síndrome de Down; factores socio - psicológicos, como pueden ser la privación emocional y la estimulación ambiental disminuida en la infancia y la niñez.

TRASTORNO MENTAL. Una enfermedad con manifestaciones de conducta o psicológicas y/o deterioro del funcionamiento debido a una perturbación social, psicológica, genética, fisico-química o biológica. El trastorno no esta limitado a las relaciones entre la persona y la sociedad. La enfermedad está caracterizada por síntomas y/o deterioro en el funcionamiento.

10. ANEXOS

MAPA N° 3
























PUEBLOS:

Acolman de Nezahualcoyotl (cabecera municipal) (1), Cuanalan (2), San Bartolo (3), San Marcos Nepantla (4), San Mateo Chipiltepec (5), San Miguel Totolcingo (6), Santa Catarina (7), San Miguel Xometla (8), San Pedro Tepetitlan (9), San Antonio Tenango (10), San Juanico (11), San Francisco Zacango (12), San Lucas Tepango (13), Tepexpan (14).

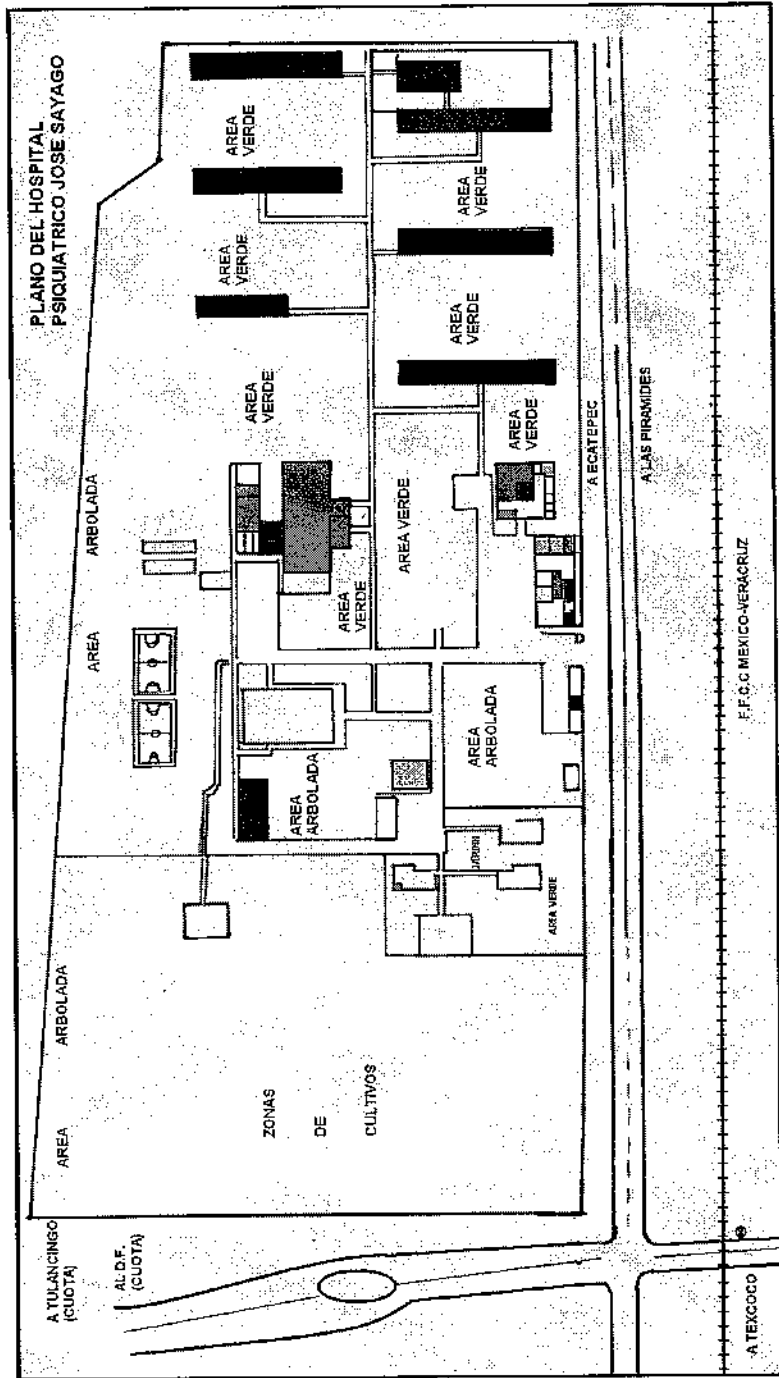
COLONIAS:

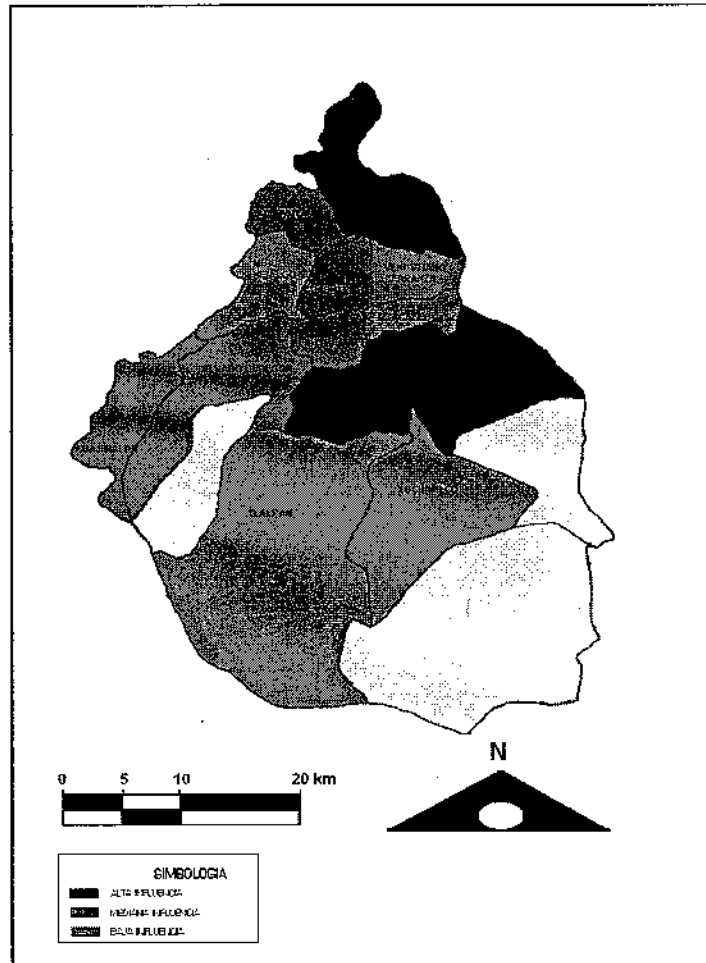
Los Ángeles (I) y Radio Faro (II) (Totolcingo); Anahuac 1ª (III) y 2ª Sección (IV) , Barrio de Chimalpa (V) (Tepexpan); Emiliano Zapata (VI) (Santa Catarina); Benito Juárez (VII) (Cuanalan); Loma Bonita (VIII) y Bella Vista (IX) (Zacango); La Conchita (X) (Xometla), Colonia Ejidal (XI) (San Marcos) y Colonia Los Pilares (XII) (Chipiltepec).

SIMBOLOGÍA

	UNIDADES (1, 2, 4, 5, 6,)
	CENTRAL MEDICA (ENCAMADOS)
	CONSULTA EXTERNA (PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA)
	ODONTOLOGIA
	LABORATORIO
	RAYOS X
	CENTRAL DE EQUIPOS Y ESTERILIZACIÓN (C. E. Y. E.)
	PSICOLOGIA
	ENFERMERIA
	TRABAJO SOCIAL
	FARMACIA
	TERAPIAS
	ARCHIVO CLINICO
	DIETOLOGIA
	RECURSOS HUMANOS
	RECURSOS FINANCIEROS
	RECURSOS MATERIALES
	SERVICIOS GENERALES
	MANTENIMIENTO Y JARDINERIA
	LAVANDERIA Y ROPERIA
	ENSEÑANZA, INVESTIGACION Y BIBLIOTECA







Mapa N° 4

Área de influencia en el Distrito Federal