

Derechos humanos de los enfermos mentales

Soc. Juana Freyre Galicia*

RESUMEN

Este ensayo expone la situación de los derechos humanos de las personas con trastorno mental, antes y después de la Declaración de los Derechos Universales del Hombre. Se realiza un análisis social e histórico que pretende dar cuenta de las causas del abandono a los enfermos mentales y las posibilidades para que en el México actual se promueva el respeto a este grupo vulnerable. Entre los tópicos que se abordan se encuentran: el origen del manicomio, la eugenesia, la eutanasia, la Segunda Guerra Mundial, el Manicomio General La Castañeda, la antipsiquiatría y la Reforma de la Atención Médico Psiquiátrica.

Palabras clave: derechos humanos, psiquiatría institucional, eugenesia, enfermos mentales.

ABSTRACT

This essay exposes the situation of human rights for people with mental disorders, before and after Universal Declaration of Human Rights. A social and historical analysis is made, and it tries to explain abandonment causes of mental patients and the possibilities to promote nowadays the respect to this vulnerable group in Mexico. The topics approached are: mental hospital origin, eugenics, euthanasia, World War II, General Mental Hospital La Castañeda, antipsychiatry and Psychiatric Medical Attention Reform.

Key words: human rights, institutional psychiatry, eugenetic, people with mental disorders.

RÉSUMÉ

Cet essai expose la situation des droits humains des personnes avec des troubles mentaux, avant et après la Déclaration des Droits Universels de l'Homme. On effectue une analyse sociale et historique qui prétend rendre compte des causes de l'abandon aux patients mentaux et les possibilités pour qu'au Mexique actuel on promeuve le respect à ce groupe vulnérable. Les sujets abordés sont: l'origine de l'asile pour aliénés, l'eugénésie, l'euthanasie, la Seconde Guerre Mondiale, l'Asile Général pour aliénés La Castañeda, l'antipsychiatrie et la Réforme de l'Attention Médecin Psychiatrique.

Mots clef: droits humains, psychiatrie institutionnelle, eugénésie, personnes avec des troubles mentaux.

* Socióloga, investigadora adscrita al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y académica de la UNAM.

Correspondencia: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, Calle Niño Jesús No. 2, Col. Tlalpan, México, D.F., C.P. 14000

Recibido: Marzo 2010. Aceptado: Abril 2010.

Para el 10 de Diciembre de 1948, cuando la Organización de las Naciones Unidas hizo pública la Declaración Universal de los Derechos Humanos, ya varios países, incluido México, habían reconocido derechos parecidos (del hombre, del ciudadano, fundamentales y otros similares), que pretendían cierta equidad entre las personas y su derecho a ser protegidas y respetadas por el Estado-nación. Sin embargo, todas estas declaraciones fueron más de carácter discursivo y político que aplicadas. Independientemente de que en la mayor parte de las naciones esos derechos no se respetaban, fueron acogidos en todo el mundo occidental para pretextar la urgencia de hacer de la democracia una forma de sociedad global.⁽¹⁾

Se ha dicho que la Declaración de los Derechos Universales del Hombre tiene como antecedente diversas propuestas legales que incluyen desde el Código de Hammurabi hasta la Petición de Derechos de los ingleses en el siglo XVII, esta última intentaba disminuir el poder de sus reyes. Los planteamientos de la Petition of Right de 1628 y el Hill of Right de 1689 sirvieron como base discursiva para la construcción de las declaratorias revolucionarias como la de Francia y la del movimiento independentista de Estados Unidos; estos preceptos se encuentran presentes también en la Constitución Mexicana de 1917 y la de Alemania de 1919.⁽²⁾ La característica fundamental de este tipo de derechos fue su carácter nacional, es decir, ningún país podía cuestionar el cumplimiento de los derechos en otra nación que no fuera la suya.⁽³⁾

Sin embargo, al término de la Segunda Guerra Mundial los países aliados se cuestionaron sobre la peligrosidad de que cada nación pudiera interpretar como quisiera el otorgamiento de derechos y el riesgo de que la falta de respeto a los derechos humanos diera lugar a nuevas confrontaciones mundiales.⁽⁴⁾ Para entonces, los cientos de miles de muertos y el grado de violencia de los crímenes de guerra habían superado cualquier expectativa sobre la brutalidad humana, fundamentalmente en dos grupos sociales fáciles de reconocer: los judíos y los enfermos mentales.

El pueblo judío carecía de un estado que les otorgara algún derecho, los enfermos mentales carecieron de razón para ser defendidos por el propio Estado-nación al que pertenecieron.

Si bien, la Declaración Universal de los Derechos Humanos intenta evitar la ocurrencia del genocidio, en el caso del pueblo judío queda claro que el pretexto de su exterminio se deriva de la religión y costumbres que le acompañan; pero hablar de derechos humanos en los enfermos mentales nos remite necesariamente al primer grupo, de los hoy denominados vulnerables, del que notables representantes del mundo tuvieron conciencia, pues formaron parte de esa mayoría de la población que, debido a sus características, fue víctima del poder de un Estado: el alemán.

Resulta interesante explicar porqué a partir de la Declaración de los Derechos Universales del Hombre ha sido básicamente un asunto de Estado el respeto a estos derechos, si la idea de esta declaración incumbe tanto a los representantes políticos como a la sociedad civil. Del mismo modo, es importante esclarecer cómo el personal médico especializado en la psicopatología, al convertirse en servidor público, adquiere la responsabilidad de salvaguardar esos derechos. Actualmente son exigidos de brindar buen trato a los pacientes que atienden, y promover en la sociedad cambios que faciliten la reintegración social de los pacientes psiquiátricos, pese a la existencia de realidades políticas y sociales que han contribuido a generar el paradigma simbólico que justifica, promueve y legaliza la exclusión social de los enfermos mentales.

Para contextualizar la ambivalencia ideológica que subyace al establecimiento de los derechos humanos de los enfermos mentales, me permito presentar algunas reflexiones históricas que pretenden explicar porqué a la fecha los enfermos mentales siguen siendo vulnerables en lo que respecta al respeto de sus derechos humanos, y que muy posiblemente esta situación siga presentándose como una asignatura pendiente no sólo en México, sino en la mayoría de los países del mundo, y por mucho tiempo a futuro.

Los enfermos mentales antes de la declaración de sus derechos humanos

Los enfermos mentales adquirieron esta denominación hasta el siglo XX, antes se les designó como iluminados, dementes, locos, alienados o poseídos del demonio. Si bien, la filosofía y la medicina antigua explicaban ya las alteraciones psíquicas, el concepto de enfermedad estuvo velado por la concepción

ideológica de la moralidad y lo religioso, así como por las limitaciones tecnológicas en la comprensión del funcionamiento del cerebro humano. De hecho, la Psiquiatría o el alienismo no aparecieron sino hasta el siglo XV en Europa; y en efecto, cuando los primeros médicos o alienistas comenzaron a atender a personas con «raros comportamientos» para su época, los locos se encontraban aislados del resto social y eran sujetos de custodia, es decir, vivían en el encierro.⁽⁵⁾

Obviamente, ni siempre ni todos los locos fueron recluidos, pero si tratados de distinta manera dependiendo de lo tolerable que fuese la conducta y, por supuesto, de la posición económica y social a que perteneciera el loco. Como puede notarse, eso no ha cambiado en el tercer milenio, aún con la declaratoria de derechos humanos.

Así pues, generalmente fueron asilados y aislados aquellos sujetos que por la violencia o las características de sus actos se consideraban peligrosos; los que provinieran de familias incapaces de hacerse cargo de su loco —fuera por pobreza, miedo o falta de solidaridad— y los que por obvias malformación genéticas resultaren vergonzosos para sus parientes, más aún cuando dichas alteraciones genéticas repercutían en su habilidad mental o comportamental.

En ese sentido debe subrayarse que el encierro de los locos no lo realizó —ni lo realiza— el médico. Es el grupo social al que pertenece el loco quien decide separarlo porque no lo tolera, no lo entiende, le causa problemas, le da vergüenza, no sabe qué hacer con él, no le gusta o es motivo de problemas para la autoridad.

Cuando Pinel rompió las cadenas de los locos agitados porque estaba seguro que es la condición de encierro y encadenamiento lo que enfurece al alienado, sentó un precedente de aplicación de sentido común que los religiosos y otras almas piadosas fueron incapaces de desarrollar en cientos de años que se dedicaron al «cuidado» de estas personas. Además, si se hace un concienzudo análisis de este acto médico, podemos verificar que éstos han sido los más empeñados en evitar que se encierre y aisle a los enfermos mentales. Sin embargo, los demás no siempre han estado de acuerdo, y como son más, generalmente se adjudican la razón misma que ha de apoyar el Estado-gobierno con la finalidad de mantener la paz.

Si bien es cierto que los enfermos mentales son diferentes entre sí, dependiendo de la discapacidad que les ocasione su malestar psíquico o neurológico, la mayoría pueden establecer comunicación más o menos adecuada con quienes les rodean; sin embargo, ésta se vuelve ocasionalmente imposible, y durante un cuadro psicótico la comunicación puede llegar a ser atemorizante e incluso peligrosa. De este modo, no se requiere prejuzgar a las familias que simplemente deciden expulsar del hogar a sus locos, pues debe reconocerse que ni todos tenemos la misma capacidad para hacer elástica la tolerancia ni todos estamos capacitados para soportar el estrés que causa el convivio o relación cotidiana con personas en estado psicótico; si cuesta trabajo convivir con cualquier persona enferma, mucho más lo es en el caso de los pacientes que hacen cosas que no podemos entender.

Después de Pinel se inició una forma distinta de ver al trastornado mental. Donde el sujeto enfermo puede ser considerado como un humano que merece consideración en el trato y donde la intervención que se haga sobre su problema debe estar fundamentada en el saber científico. En ese sentido, tanto para el proceso salud enfermedad como para la mayor parte de los asuntos que devienen de la existencia de nuestra especie, cada periodo histórico genera saberes o teorías explicativas de los fenómenos humanos y, siendo falsas o verdaderas, se convierten en estrategias prácticas que se difunden en toda la sociedad, ya sea mediante el discurso político o el establecimiento de leyes, y mediante la educación formal que enseña paradigmas legítimos para abordar esos hechos sociales. Por tanto, nunca podrá evitarse que los médicos sean influenciados por la ideología que les rodea y la que reproducen.

A partir de que los médicos se involucran más directamente en atender comprender y explicar la psicopatología, surgen distintos modelos no sólo teóricos, sino prácticos que, finalmente, dan forma a las instituciones que se destinarán para atender a los dementes.⁽⁶⁾ Por ejemplo, la propuesta del tratamiento moral de las afecciones del alma es contextual y útil sólo a un tipo especial de personas, como aquellas que estaban en capacidad para pagar tratamientos que incluían estancias recreativas al aire libre y recuperarse despreocupados del trajín al que se veían

sometidos todos los demás, considerados como no enfermos.⁽⁷⁾

El modelo francés para la atención de los enfermos mentales se consolidó a principios del siglo XX como una de las más factibles y prometedoras maneras de atender el problema, e incluyó al manicomio como la herramienta que reconocía la singularidad de la afección psiquiátrica y era capaz de contenerla, por ello, estos establecimientos médicos se reprodujeron con frecuencia por todo occidente. México no fue la excepción, y como saben, el Manicomio General fue inaugurado en 1910 como parte de la conmemoración de los primeros cien años del inicio del movimiento de Independencia.⁽⁸⁾

A este manicomio se trasladaron los hombres y mujeres que habitaron respectivamente el Hospital San Hipólito y La Canoa, que desde tiempos coloniales albergaron a los dementes que deambularon por las calles de la ciudad o que fueron trasladados hasta acá para ser resguardados del temor a lo diferente que caracteriza a las sociedades humanas. La Castañeda o Manicomio General comenzó sus labores con un total de 751 internos, de los cuales 420 fueron mujeres y el resto hombres. La razón fundamental del cierre de los dos hospitales para dementes arriba referidos fue el hacinamiento y las pésimas condiciones de vida que podían prodigar a sus residentes. Los usuarios del nuevo establecimiento fueron divididos según la severidad de la patología, sexo, edad y posición económica, pues existió entonces un grupo denominado «pensionistas» que pagaban una mensualidad por los servicios recibidos; mención aparte debe hacerse de los reos que, por su condición mental, fueron rechazados de las cárceles y enviados a una institución médica para recibir atención y recuperar la razón que les permitiera cumplir su condena en prisión, pero que aún cuando los médicos señalaran que estaban en capacidad de salir del manicomio, ministros e incluso gobernadores de aquel entonces obligaban a los médicos a extender la estadía.⁽⁹⁾

Existe evidencia de que los pacientes que llegaban al Manicomio General lograban recuperarse y 58.2% de ellos salieron vivos y no regresaron. En algunos casos, como en el de los reos enfermos que eran dados de alta, debían quedarse a vivir ahí porque sus familiares hacían todo lo posible para evitar el egreso; muy frecuentemente lo conseguían recurriendo

a jueces que ordenaran a los médicos recluir a los pacientes.⁽¹⁰⁾

Debe señalarse que el Manicomio General de México cumplió durante sus primeros años funciones hospitalarias de medicina general y/o de urgencia para atender enfermedades infectocontagiosas propias de la época y agudizadas por la guerra de la Revolución Mexicana. En ese primer periodo hubo pocos internamientos de enfermos mentales, y los que se dieron duraban en promedio ocho meses, pues la mayor parte de las familias de estos enfermos acudían a solicitar el alta.⁽¹¹⁾

La intervención del Estado en las decisiones médicas vuelve a quedar instituida en la Constitución de 1917, cuando se establece que es una obligación de éste la salud y las estrategias que se establezcan para devolverla a quienes la hayan perdido. Así, es el gobierno representante del Estado quien designa cómo, dónde, cuándo y por qué se atiende el proceso salud-enfermedad. El manicomio, como institución estatal, representa la respuesta que gubernamentalmente se ofrece al enfermo que se encuentra incapacitado para cuestionar si es o no, lo que necesita. Si bien, sobre el Manicomio General pesa una negra historia que después sirvió para solicitar su destrucción, resultó útil y única herramienta para 66 mil personas que usaron sus servicios.⁽¹²⁾

Mientras en nuestro país la contienda interna por establecer la democracia daba lugar a la inestabilidad política, en el resto del mundo se vivía la Primera Guerra Mundial y grandes depresiones económicas que finalmente dieron lugar a la Segunda Guerra Mundial. Hasta entonces, la segregación racial, la exclusión social de los diferentes, el abuso contra mujeres, niños, indígenas y ancianos era habitual en todo el mundo.

Después de la Primera Guerra Mundial y la gran depresión, México como el resto del mundo vio aparecer con mayor frecuencia personas trastornadas. Para explicar tal situación se ha sostenido que la migración a las ciudades, el alcoholismo, la neurosífilis y los cambios en la dinámica y conformación familiar pudieron haber influido.⁽¹³⁾ Sin embargo, es probable que la nueva forma de organización laboral haya contribuido más eficientemente a la adopción de hábitos, estilos de vida y valores sociales propios de las naciones capitalistas industrializadas, que

favorecen muchos trastornos de salud, incluidos los psíquicos.

El Manicomio General fue planeado para albergar a 1,300 usuarios, sin embargo, para 1942 contaba con 3,400 internos, muchos de los cuales representaron el rezago de la constante intervención de instancias no médicas para ingresar pacientes y después abandonarlos ahí o impedir su egreso. El 85% de estos internamientos se debieron a órdenes de instancias públicas y 15% a las familias.⁽¹⁴⁾

Esta institución tuvo temporadas de peores y mejores tiempos que dependieron en mucho de las necesidades políticas de la época, más que a las urgencias de los pacientes o a las capacidades médico-psiquiátricas para atenderlos. Se dieron remodelaciones, traslado de pacientes a otras unidades médicas y la creación de servicios que por momentos eficientaron su actuación, pero sobre esto volveremos después. Por el momento, veamos qué sucedió para que se diera la Declaración de Derechos Humanos que incluyó a los enfermos mentales y que, sin duda, resultó ser el pretexto ideal para conformar los actuales lineamientos en la investigación científica con humanos.

Origen de la Declaración Universal de Derechos Humanos

La Segunda Guerra Mundial no puede comprenderse sin el reconocimiento de dos realidades en 1939: 1) que la posibilidad de las naciones para crecer mediante la colonización se había agotado, y 2) que la necesidad de riqueza y poder sólo podía lograrse mediante la guerra y el sometimiento de los pueblos a favor de alguno de ellos.

La Alemania nazi no se generó de la noche a la mañana y tampoco sus métodos para lograr la supremacía. Alemania participó y fue víctima de la creación de un orden social y económico promotor de la desigualdad, que finalmente dio lugar a la aparición de ideas e intereses encaminados a proteger al pueblo alemán de la influencia de las naciones adyacentes. Lamentablemente, la desesperanza y la urgencia de un liderazgo nacional fuerte y decidido abrió camino a un fanático del poder, al que algunos han calificado de trastornado mental.⁽¹⁵⁾ Sin embargo, como veremos más adelante, Adolfo Hitler tal vez sólo intentó llevar a sus últimas consecuencias los

paradigmas científicos más modernos en su tiempo: la eugenesia como estrategia para acelerar la evolución humana.

Foucault, dice que este gobierno, aparentemente protector, se adjudicó la razón para matar a «sus hijos» justificando el racismo.⁽¹⁶⁾ Sin embargo, la propuesta de que sobreviva el más fuerte y el mejor devenía de la ciencia biológica y su extraordinario desarrollo a finales del siglo XIX e inicios del XX. El trabajo de Darwin sustentó las ideas dominantes de entonces, pues tanto los políticos como otro tipo de pensadores desarrollaron modelos teóricos para explicar el acontecer social como si se tratase de un organismo donde los organismos más complejos representaban el más alto grado de evolución.⁽¹⁷⁾ La especialización social quedaba plenamente justificada, abriéndose oportunidad para acentuar la división social de trabajo, indispensable en esta fase del modelo capitalista.

La eugenesia como paradigma científico es creación de Francis Galton, primo de Charles Darwin, quien publicó en 1865 y 1869 los principios teóricos de esta «nueva ciencia» que propone, a partir de las cualidades innatas de una raza, alcanzar la máxima superioridad.⁽¹⁸⁾ La moda de esta teoría captó la atención de las asociaciones médicas y desde principios del siglo XX habían comenzado a proponer la necesidad de evitar la reproducción en seres humanos con defectos hereditarios, incluyendo los del carácter que propiciaban conductas indeseables como el alcoholismo. Hitler sancionó la Ley de Prevención de Descendencia con enfermedades hereditarias en 1933. Para entonces la teoría galtoniana no sólo se había hecho popular, sino que junto al desarrollo de la teoría Mendeliana, había servido para demostrar que algunas taras, como las mentales, pueden ser transmitidas por herencia genética.

Siguiendo el razonamiento biológico de la evolución, si se deseaba tener una nación superior compuesta por una raza de elite, lo menos a que se podía aspirar era a dejar de tener descendientes enfermos mentales. El decreto de 1933 no implicaba asesinarlos, solamente evitar que tuviesen hijos. Dos años más tarde (1935), Hitler estableció la Ley de Salud Marital que impedía que sanos se casaran con enfermos que padecieran debilidad mental congénita (retraso mental), demencia precoz (esquizofrenia), locura circular (trastorno bipolar), epilepsia, corea

de Huntington, enfermedades seniles (demencias), ceguera y sordera entre otras deformaciones graves, no sólo físicas, pues se incluían las adicciones. En 1939 cuando inició la Segunda Guerra Mundial decretó en secreto la eutanasia, para expurgar a los genéticamente indeseables.⁽¹⁹⁾

El argumento científico de la biología logrado hasta entonces, permitía justificar el paradigma político e ideológico que vislumbraba a la humanidad como un objeto factible de ser transformado mediante el uso del conocimiento. Si por fe o con pretexto de la fe en otros tiempos se había procedido al exterminio de los diferentes, su lugar era tomado ahora por la ciencia; e igual que antes, los cuestionamientos sobre posibles abusos simplemente caían en el ámbito de la herejía, ahora comprendida como una especie de sin razón, es muy probable que para esta primera parte del siglo XX la ciencia se hubiera erigido como la nueva forma de fe.

La reforma del 39 que proponía a la eutanasia como método para lograr la pureza de la raza aria, incluyó a todos los enfermos incurables y no sólo a los enfermos mentales. Esta práctica se basó en el precepto, aparentemente ético, de que *existen vidas que no merecen ser vividas*. Esta concepción ideológica fue ampliamente difundida en toda Alemania y tuvo dedicatoria especial para los médicos, quienes después del adoctrinamiento necesario participaron convencidos de la razón humanitaria y patriótica de su colaboración en esta política de estado.⁽²⁰⁾

La eugenesia llevada a sus límites debía comenzar por aplicarse en las personas más endebles y como es habitual los infantes tomaron ese lugar. Para tales efectos se creó la Comisión del Reich para el Registro de Enfermedades Graves de Origen Hereditario y Constitucional. Ésta se encargaba de contactar a las familias con niños enfermos a quienes se les ofrecía los últimos avances de la ciencia; una vez entregados voluntariamente al personal de salud, se trasladaban a unidades en las que se les inyectaban narcóticos de modo progresivo hasta que morían; la mayor parte de ellos falleció antes de cumplir dos meses de «tratamiento».

Las familias de estos enfermos y el pueblo en general confiaban plenamente en su sistema de gobierno. Entregaban a sus hijos y después recibían una notificación del fallecimiento. Posteriormente

se inició la estrategia con adultos; en ésta participó activamente el personal de salud, sobre todo psiquiatras y neuropsiquiatras que seleccionaban a los pacientes que fueran incapaces de trabajar, con la finalidad de ser enviados a otros locales en los que se contaba con cámaras de gas (Granfeneck, Bernburg, Sonnenstein, Hartheim, Brandenburgo y Hadamar). Para 1941 habían sido cremados 70 mil internos. Ese mismo año, las iglesias católica y evangélica habían manifestado su desacuerdo y hubo de continuarse el procedimiento con mayor sigilo que antes. Con independencia de los reclamos recibidos ha de reconocerse que de estos y otros «experimentos» se logró desarrollar la habilidad técnica y tecnológica que después permitió la extraordinaria eficiencia en el genocidio judío. Incluso podría afirmarse que el proceso de guerra aceleró, en muchos sentidos, el desarrollo científico y tecnológico del que desde antes había gozado Alemania.

La cantidad de judíos muertos en los campos de concentración llamó enormemente la atención del mundo, quizá tanto como la hazaña estadounidense de matar a cientos de miles de japoneses con sólo dos bombas atómicas; cuestión que por cierto no se denominó genocidio aunque sí lo fue, y con independencia de que Japón aún presente secuelas debidas a la contaminación radioactiva. Los enfermos mentales tuvieron apenas un reconocimiento secundario que cuando menos logró traspasar una responsabilidad del Estado a un gremio profesional.⁽²¹⁾

El Juicio de Nüremberg iniciado en 1946 llamó a 24 médicos que participaron en el programa de eugenesia y eutanasia ante un tribunal militar. El principal obstáculo para determinar la criminalidad de sus actos residía en la disyuntiva para determinar la legalidad o ilegalidad de la actividad médica en contra de enfermos mentales; a su favor existían decretos y una obvia simpatía del pueblo por esas normas legales. Las ahora consideradas atrocidades fueron realizadas bajo el amparo de la ley. Ello explica porqué la mayor parte de los enjuiciados fueron liberados y regresaron al ejercicio profesional.⁽²²⁾

El país que desde entonces se erige como juez de los actos en el mundo, Estados Unidos, también había pasado por este tipo de tentaciones, tal es así que en 1947, en Nueva York, 1776 médicos firmaron una propuesta de ley para solicitar permiso de

practicar la eutanasia activa sobre aquellos pacientes que les solicitaran ayuda para morir.⁽²³⁾ Es decir, esta perspectiva de valoración de algunos seres humanos como irrecuperables, inútiles o que merecen morir no fue ni es exclusiva de la Alemania nazi.

El tribunal que participó en el Juicio de Núremberg juzgó no sólo a médicos, se incluyeron profesionales de distintas áreas, pero se puso especial énfasis en el rol jugado por los trabajadores de salud mental. Si a la humanidad la locura siempre le pareció algo extraño y difícil de comprender, a partir de ese juicio los psiquiatras y sus prácticas se volvieron aún más sospechosas y menos comprensibles que antes. Desde entonces han sido juzgados como los causantes del deterioro de los pacientes, el crecimiento de los malestares mentales y fieles servidores de las políticas de control del estado. A este respecto cabría preguntarnos ¿qué profesión queda exenta de la influencia de las políticas del Estado que forman parte de la ideología dominante? Y ante todo, cabe preguntarnos si el empeño por creer que la neutralidad científica que existe sólo ha servido para eximir de su responsabilidad a políticos ignorantes que usan la ciencia para asegurar su permanencia en el poder.

Los Derechos Humanos y su efecto en la vida de los enfermos mentales

En 1919, después de la Primera Guerra Mundial se creó la Sociedad de las Naciones para evitar que se repitiera una confrontación internacional, sin embargo, ésta fue incapaz de evitarla; al término de la Segunda Guerra mundial, el 2 de septiembre de 1945, volvió a intentarse la creación de un organismo multinacional capaz de intervenir en caso de desacuerdo entre naciones, y por ello se creó la Organización de las Naciones Unidas. El 26 de junio de ese mismo año se emitió la carta de formalización de la ONU, que comenzó a operar oficialmente hasta el mes de octubre, y en diciembre de 1948 en asamblea general se votó y firmó la Declaración Universal de los Derechos Humanos, celebrándose y aprobándose mediante ella la Convención para la Prevención y Sanción del Delito de Genocidio que entró en vigor hasta 1951.

Pese a que se abstuvieron de firmar la Declaración Universal: la Unión Sudafricana, Arabia Saudita, Bielorrusia, Polonia, Checoslovaquia, Ucrania, la URSS

y Yugoslavia, no hubo un sólo voto en contra. En dicha declaración se establece el repudio al genocidio y varios convenios internacionales que aplican para señalar el inicio del reconocimiento de los enfermos mentales; aun cuando no necesariamente cumplan con el precepto de poseer algún tipo de razón, tal y como lo señala el Artículo Primero de dicha declaratoria y que a la letra dice: *Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos, dotados como están de razón y conciencia deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.*⁽²⁴⁾

En 1946, durante el Congreso Internacional de Higiene Mental realizado en Nueva York, Jack Rees propuso unir a las asociaciones médicas en una Federación que defendiera a los enfermos mentales. Al celebrarse la reunión del Comité Internacional de Higiene Mental en 1947 se promovió la creación de la Federación Mundial para la Salud Mental a la que se adscribieron 46 países, entre ellos México (hoy cuenta con 150 naciones miembros).⁽²⁵⁾

Este organismo mundial colabora estrechamente con la Organización Mundial de la Salud (OMS), y cabe subrayar que la Federación Mundial de la Salud Mental desprende su actuación del Artículo 7o. del Convenio Internacional sobre derechos Civiles y Políticos, que se refiere a la imposibilidad de someter a experimentos médicos o científicos a las personas sin su consentimiento informado, y el Artículo 12 del Convenio Internacional sobre derechos económicos que propone que los seres humanos, sin distinción, tienen derecho a disfrutar de los mejores estándares de salud física y mental.⁽²⁶⁾

Los países miembros intentan unirse a las propuestas que esta organización plantea para mejorar la calidad de vida y de atención médica que reciben las personas enfermas mentales; además, promueve la prevención de algunos trastornos o las consecuencias de padecer psicopatologías tales como el estigma, el abuso y el maltrato. No obstante, la legislación internacional exclusiva para su defensa comenzó a aparecer hasta 24 años después.

Así, en 1971 se firmó la Declaración de los Derechos de los Retrasados Mentales; en 1982 la Declaración de los Derechos de los Impedidos, y en 1991 los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental.⁽²⁷⁾ Cabe subrayar que si bien estos derechos

son internacionalmente reconocidos, difícilmente puede obligarse a todos los países a que los cumplan, entre otras cosas porque los recursos humanos y materiales con que cuenta cada nación son distintos. Por otra parte, los países miembros conservan su derecho a establecer las normas sanitarias que convengan y se ajusten no sólo a la realidad económica, sino a su idiosincrasia cultural.

Las razones históricas para que se diera tanto tiempo entre el reconocimiento de los derechos de los enfermos mentales y la elaboración de normas exclusivas para ellos, están dictadas por las políticas estatales y modas ideológicas o científicas que abordan temas que justifican o no la prioridad para atender situaciones de vida que afectan a grandes grupos sociales.

Comencemos por establecer que después de la Segunda Guerra Mundial los países involucrados directamente en ella se encontraron en un difícil periodo para reconstruir la infraestructura, retomar el crecimiento económico y pagar sus deudas. Las dos naciones periféricas que se involucraron en esa guerra como elementos determinantes de su conclusión: Estados Unidos y la entonces Unión Soviética, se enfrascaron en una competencia para demostrar la validez de su propuesta ideológica que incluyó el desarrollo científico y tecnología militar, así como constantes amenazas de una posible Tercera Guerra Mundial, para imponer la hegemonía de alguno de los dos modelos en pugna: el socialismo o el capitalismo. Por supuesto, estos temas eran mucho más importantes que los problemas de los enfermos mentales y el respeto a sus derechos humanos.

En México, esta desatención a los enfermos mentales no era menos acentuada. En la década de los cuarenta nos encontrábamos construyendo un sistema de gobierno nacional que permitiera terminar con las guerras caudillistas que precedieron al mandato de Cárdenas. En términos ideológicos puede afirmarse que más que crear, consumíamos las ideas «científicas de la época» generadas en Europa y adoptamos, entre otras, la idea de que la productividad era elemento básico de la rehabilitación del enfermo mental. En nuestro caso, el trabajo resultó ser la mejor manera de demostrar que los pacientes psiquiátricos podían ser útiles a la sociedad y no una carga para la nación. México que necesitaba un estado cada vez

más estable y sólido requería del apoyo de todos sus ciudadanos, fueran sanos o enfermos, y los habitantes del manicomio podían colaborar también.

Se dijo que el trabajo que habrían de realizar los enfermos mentales sería de tipo terapéutico, pues con ello recuperaban no sólo la dignidad, sino el reconocimiento y valía que sus familias, aparentemente, les habían retirado. De hecho, este argumento fue el pilar de la política de salud mental en México, de 1945 a 1968, tiempo en el que se establecieron once Granjas de Recuperación para Enfermos Mentales Pacíficos, destinadas a los pacientes crónicos que presentaban una conducta más o menos estable y que no mostraban un deterioro cognitivo o físico que les impidiera laborar en el campo o talleres.⁽²⁸⁾

Desde 1929, Samuel Ramírez Moreno buscaba transformar el sentido de la estancia del enfermo mental en el manicomio, y solicitó autorización para establecer lugares de cultivo, obteniendo la anuencia y participación vigilante de la Beneficencia Pública, instancia que recomendó que aquellos pacientes que fueran incapaces de producir aligeraran el gasto realizando actividades domésticas y de autocuidado. Tal fue la capacidad de estos enfermos, que con su labor sustituyeron a la mitad de los trabajadores remunerados, e incluso, la producción de hortalizas y la de pan permitió que el manicomio suministrara a la propia Beneficencia, el Hospital General, la Casa de Cuna y el Hospital Juárez, de algunos insumos y alimentos.⁽²⁹⁾

La bonanza de la institución atrajo necesariamente a otros intereses, especialmente políticos y económicos, auspiciados por la corrupción de las más altas esferas políticas, de modo que el hermano del entonces presidente de México, Pascual Ortiz Rubio, instaló un casino al interior de La Castañeda, que al ser descubierto ocasionó la «renuncia» del entonces director del manicomio, Ramírez Moreno.⁽³⁰⁾ Como era de esperarse, con el cambio de autoridades y ante la creciente expectativa de la Beneficencia Pública de hacer de los enfermos mentales un negocio redondo, dejó de gratificarse y tratar de modo correcto a los pacientes que colaboraban en la manutención del manicomio, y en sólo dos años la producción se redujo a más de la mitad y generó descontento entre los enfermos.

La idea de reintegrar a los enfermos mentales a la sociedad comenzó a limitarse a hacerlos productivos,

y parece que esta perspectiva continúa, por una parte, porque el trabajo en las sociedades capitalistas es considerado indispensable para otorgar algún valor a las personas, y después, porque el imaginario social sólo puede conceder la etiqueta de sano a quien es capaz de trabajar, ganar dinero y decidir qué hacer con él —aunque ello se reduzca a gastarlo—.

En 1941, la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia compró la Hacienda de San Pedro para edificar la Granja de Recuperación Para Enfermos Mentales de México. El manicomio presentaba un hacinamiento degradante, habiendo duplicado la cantidad de usuarios para los que en realidad estaba diseñado. Por tanto, en 1945, ya terminada la instalación de la Granja San Pedro del Monte, se trasladaron 283 usuarios de La Castañeda. Estos pacientes deberían ser crónicos, que necesitaran de tiempo suficiente para desarrollar capacidades socialmente aceptables o deseables, pero que fueran definitivamente recuperables en cuanto a su salud mental. Además, la Granja comenzó a recibir pacientes de poblaciones aledañas cuyos familiares pagaban cuotas por la estancia; los indigentes remitidos por autoridades municipales recibían la atención de modo gratuito, mientras el costo de los servicios a estos pacientes quedaba dividido en partes iguales tanto para el municipio como para la Granja.⁽³¹⁾

Este modelo, ya experimentado en Francia, había mostrado muy buenos resultados, pero en México rápidamente habrían de enfrentarse problemas interinstitucionales en el cumplimiento cabal del proyecto, pues en el camino éste se desvió: Si los médicos del manicomio habían propuesto la creación de estas granjas para hacer del manicomio un verdadero hospital psiquiátrico, resultó que en 1947 el director de la Granja Ángel Escudero sólo aceptaba a los mejores pacientes y devolvía a los que se suponía debía albergar. Salazar Viniegra, director del manicomio, terminó siendo incapaz de defender el proyecto inicial, ya que el éxito económico y político de la granja había garantizado poder a Escudero para exigir que los pacientes que se le enviaran a «rehabilitación» deberían ser resistentes al trabajo, no mayores de 40 años, sin enfermedades contagiosas, manejables en términos mentales, y haber sido previamente capacitados en el manicomio. Durante el primer año de funcionamiento, el trabajo de 437 enfermos en 80

hectáreas de cultivo había producido una ganancia de 121,492.50 pesos; además, los pacientes con lo que ganaban habían sido capaces de cubrir las necesidades de sus familias y, por ende, frecuentemente eran dados de alta a petición de sus parientes.⁽³²⁾

Debe señalarse que durante todo este tiempo y hasta la década de los sesenta predominó en nuestro país la visión eugenésica para la creación de una nación moderna, al igual que en Europa. Cabe subrayar que Venustiano Carranza como presidente de la nación propuso al Congreso Constituyente que aprobara la Ley sobre Relaciones Familiares. En ella planteó incapacitar legalmente a los incapacitados para casarse, incluyéndose al mismo grupo de sujetos que fueron seleccionados por el nazismo alemán para entrar al Programa de Eutanasia.⁽³³⁾

Al igual que Hitler, Carranza supo del apoyo a estas modernas ideas a través de ilustres galenos mexicanos. Alfredo M. Saavedra fue el fundador de la Sociedad Mexicana de Eugenesia y presidente de ésta de 1931 a 1968. El Dr. Antonio F. Alonso, destacado miembro de esta sociedad médica, propuso entre otras cosas la castración de los degenerados y la prohibición a que se casaran, así como un control migratorio para evitar que los negros o asiáticos tuviesen hijos con mexicanas, pues consideraba que la raza blanca tenía mejores cualidades que combinaban bien con las mestizas mexicanas, por lo que aconsejaba que se promoviera la visita y residencia de extranjeros blancos. Esta sociedad influyó en nuestro país, por ejemplo, para que se expidiera la Ley de Certificado Prenupcial establecido en 1935 y que instituye como requisito para el matrimonio civil en México: compatibilidad sanguínea y ausencia de enfermedades venéreas.⁽³⁴⁾

Entre los representantes más destacados de la eugenesia mexicana debe mencionarse al Dr. Fernando Ocaranza, quien además de haber sido director de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de 1924 a 1934, fue rector de la UNAM de 1934 a 1938; como será comprensible, promovió los cursos de genética mendeliana en la enseñanza superior en México.⁽³⁵⁾

Es decir, en los círculos más destacados de intelectuales del país hubo una gran pasión por la idea genetista de mejorar a nuestra población, pero mantuvieron en general un amplio repudio hacia los

sujetos que no coincidían en su comportamiento o apariencia con lo que ellos valoraban como bueno. Su influencia fue grande toda vez que ocuparon espacios sociales privilegiados, cargos en el gobierno federal, y tuvieron la oportunidad de publicar sus ideas, muchas veces influenciando decisiones políticas, sobre todo en el área de la salud.⁽³⁶⁾

La década de los años 50 es importante en esta historia porque fue la década de oro de la farmacéutica, caracterizada por el desarrollo de una gran cantidad de medicamentos, entre ellos psicotrópicos, que lentamente comenzaron a facilitar el control de algunas manifestaciones psicóticas, y los enfermos mentales pudieron beneficiarse de estos descubrimientos químicos. Esa década también ilustra un momento nacional de construcción institucional del estado de bienestar mediante la creación de infraestructura hospitalaria.⁽³⁷⁾

La década de los años cincuenta había finalizado con el movimiento magisterial, y después se uniría en la década de los años sesenta a los de los médicos, que cuestionó la adecuada distribución de recursos económicos para la atención de enfermos en hospitales públicos, y aunque se contaba ya con el Instituto Mexicano del Seguro Social, los trastornos mentales siguieron bajo la responsabilidad de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, en gran medida porque la asistencia era algo que necesitaba la mayor parte de las personas con trastorno mental.⁽³⁸⁾

El Manicomio General se había transformado al interior y mostraba divisiones modernistas tales como la Consulta Externa, pero su situación estructural seguía siendo deficiente. El hacinamiento no disminuía y el presupuesto no aumentaba a la medida de las necesidades de su labor.

A finales del año de 1965 se elaboraron los primeros planes para cerrar el Manicomio General y construir hospitales granjas para los pacientes crónicos, uno para aquellos considerados irrecuperables, otro para niños, y uno especial para pacientes con cuadros agudos. A ello se le conoció como Operación Castañeda. En 1968 se concluyó el proceso y los pacientes fueron distribuidos en las nuevas instalaciones.⁽³⁹⁾

Dos años más tarde, en Italia nacería la antipsiquiatría, por parte de Franco Basaglia, quien siendo director de una institución psiquiátrica llegó a la conclusión de que ésta impedía la adecuada recuperación del

enfermo, y que por ende habría que exterminarla. Fue hasta entonces que el mundo volvió a oír nuevamente los reclamos de los enfermos mentales.

Otros psiquiatras e intelectuales se unieron a esta rebelión contra las instituciones de los Estados que comenzaban a mostrar intolerancia a la participación social y la verdadera democracia. En 1970, Basaglia fundó la Asociación Psiquiátrica Democrática; en 1978 se promulgó en Italia la Ley 180 que dio lugar al cierre de los hospitales para enfermos mentales, pues según la propuesta de este ideólogo, la comunidad debería hacerse cargo de la recuperación de los pacientes psiquiátricos. Esta perspectiva duda de la existencia de la enfermedad mental, supone que la intolerancia del orden social es la que excluye a los diferentes y margina a la mayoría de la población; por tanto, debe quitarse poder a la Psiquiatría que se ha convertido en un instrumento del Estado opresor.⁽⁴⁰⁾

Las ideas antipsiquiátricas recogidas principalmente por los pacientes y algunos familiares, generaron en la década de los ochenta el nacimiento de una gran cantidad de organizaciones civiles que comenzaron a vigilar las instituciones psiquiátricas. Después, el abuso y el poder se detectó en toda práctica médica y se pudo, incluso, teorizar acerca de un modelo médico hegemónico que expropiaba al propio enfermo de su cuerpo y las decisiones que sobre él se podían tomar.⁽⁴¹⁾

Así inició el escrutinio de la práctica médica, democratizándose el ejercicio del poder, pues desde entonces la palabra del médico, su conocimiento y su buena fe han de ser evaluadas y juzgadas con o sin suficiente sabiduría. Este proceso, si bien restó posibilidad al médico de ejercer abusos, también le ha quitado credibilidad.

La década de los noventa se caracterizó por un ataque sistemático del funcionamiento de las instituciones psiquiátricas y, por supuesto, sirvió para que muchas de ellas mejoraran, otras definitivamente fueron cerradas, y se minó una alternativa terapéutica indispensable para algunos pacientes que, según la OMS, puede llegar a representar al 12% de la población mundial, calculándose que existen 450 millones de personas con este problema en todo el mundo.⁽⁴²⁾

En 1990 se propuso la Reforma Psiquiátrica por parte de la Federación Mundial de la Salud Mental,

que implica la obtención de la anuencia del paciente para recibir la atención psiquiátrica, favorecer la prevención de las enfermedades mentales, fundamentalmente algunas que tienen que ver con la calidad de vida, las adicciones y el envejecimiento o los accidentes neurológicos. Por otra parte, se insiste en que la comunidad y las familias deben participar en la rehabilitación de los pacientes, y que su lugar en la sociedad debe ser respetado, manteniéndose en convivio con los miembros de su comunidad.⁽⁴³⁾ Se establecen además normas para el funcionamiento de los hospitales psiquiátricos, y se subraya la imposibilidad de que los pacientes puedan permanecer en ellos de por vida.⁽⁴⁴⁾ El problema es que siguen habiendo enfermos mentales que por su condición de salud y social, no pueden valerse a sí mismos ni ser atendidos por la comunidad o sus familias, y los recursos asilares para ellos son casi inexistentes.

Frente a este panorama se antoja preguntar ¿cómo pueden los enfermos mentales conseguir un trabajo que les permita vivir dignamente si no hay empleo? ¿cómo se puede asegurar la continuidad de su tratamiento si los medicamentos modernos, pese a ser efectivos son altamente costosos? ¿cómo podemos lograr la independencia y autogestión del enfermo mental si no se le permite ser productivo? ¿cómo pueden las familias mexicanas hacer frente al cuidado intensivo que requieren algunos de ellos y al mismo tiempo trabajar? ¿realmente podemos prevenir alguna enfermedad mental en sociedades individualistas, consumistas y vacías de valores? y ¿en qué posición nos encontramos si en México el combate a la producción y comercialización de drogas causó en casi 18 meses 22,743 muertes (de febrero del 2009 a junio del 2010);⁽⁴⁵⁾ ¿qué hacer cuando la población se encuentra en un estado de indefensión debido al terrorismo de la delincuencia organizada y la impunidad promovida por la partidocracia, la corrupción política y la violencia de Estado?

México sufre de violencia intrafamiliar, de feminicidios, de abuso y maltrato infantil; somos víctimas constantes de la inseguridad, y no obstante presumir de no estar locos, hemos sido incapaces de promover nuestra defensa; entonces, y para finalizar, plantear la urgencia del respeto a los derechos de los enfermos mentales parece seguir siendo un asunto secundario que afecta a sólo unos cuantos, si se compara con la

problemática que enfrentan los no enfermos mentales que, por fortuna, siguen siendo mayoría.

Siendo tan grandes los problemas y costosas las soluciones para los mexicanos en el siglo XXI se han intensificado las propuestas políticas de cierre de hospitales psiquiátricos en México porque, en efecto, son altamente costosos. Ello cuando se carece de un sistema escalonado de atención a los trastornos mentales y cuando un sistema de rehabilitación psicosocial efectivo para ellos es prácticamente inexistente.

El resto de las especialidades médicas puede aspirar a incrementar sus recursos institucionales, la Psiquiatría no. Bajo el pretexto de liberar a los enfermos mentales se construye una ideología que justifica el no acceso a servicios de salud mental, y ese es el inicio de una nueva etapa de violación a sus derechos humanos. Este tipo de padecimiento es costoso, y la propuesta de que sea la comunidad quien se haga cargo de su pago, control y reinserción social es un método eficiente para que el Estado-gobierno siga desatendiendo responsabilidades que constitucionalmente asume sólo cuando conviene a sus intereses. Sin duda el movimiento ideológico y político de la antipsiquiatría generó paradojas que hoy dan lugar a cada vez menos recursos para la salud mental, y exigencias de intervención a las instituciones psiquiátricas cuando aparecen asesinos seriales, o hechos de violencia que hacen incomprensible la conducta antisocial.

Los enfermos mentales merecen espacios médicos dignos que les entiendan y atiendan en los episodios más agudos del malestar que les aqueja. Debieran tener acceso garantizado a programas de rehabilitación y consulta en servicios ambulatorios; a ser tratados de acuerdo a su edad mental y permitírseles asumir responsabilidades, entre ellas las de su tratamiento médico. Sobrecargar a las familias actuales de esta responsabilidad terminará por ser un fracaso. Debe tomarse en cuenta que las familias contemporáneas se constituyen de menor número de integrantes, y el cuidado de este tipo de pacientes requiere de un gran esfuerzo que se prolonga de por vida para el cuidador primario.

La solidaridad no se construye a base de decretos, debe transitar por la creación de redes y valores sociales que actualmente tienden a desaparecer, por ende, es obligación de todos poner especial atención

en la solución al reto que constituye la cronificación de la enfermedad mental, y el eventual abandono de estos pacientes por parte de la familia, comunidad y los representantes políticos del Estado.

Referencias bibliográficas

- Rodríguez TE. Cuatro modelos de Derechos Humanos, UNAM. México 2008. Disponible en: www.juridicas.unam.mx/invest/areas
- Bidart CGJ. Principios de Derechos Humanos y Garantías. Buenos Aires, Argentina: Ed. Ediar; 1991.
- Ferreiros MCE. Salud Mental y Derechos Humanos. La Cuestión del Tratamiento. Colección CERMI.es, Aragón; 2007.
- ONU. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Francia 1948. Disponible en www.un.org/spanish/humanrights/udhr60
- Sacristán C. Historiografía de la locura y de la Psiquiatría en México. De la historiografía a la historia moderna. Frenia, Revista de historia de la Psiquiatría 2005(1):9-33.
- Lauret F. El Tratamiento moral de la locura. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2001.
- Ferreiros MCE. Op. Cit.
- Somolinos DAG. Historia de la Psiquiatría en México. México: SEP; 1976.
- Ríos MCA. Los locos letrados frente a la Psiquiatría mexicana a inicios del siglo XX. Frenia, Revista de historia de la Psiquiatría 2004(4):2:35.
- Ríos MCA. El Manicomio General La Castañeda en México. Sitio de paso para una multitud errante. Rev. Nuevo Mundo, Debates 2009.
- Ríos MCA. La locura durante la Revolución Mexicana. Los primeros años del Manicomio General La Castañeda, 1910-1920. Tesis Doctoral en Historia. México: El Colegio de México; 2007.
- Sacristán C. Por el bien de la economía nacional. Trabajo terapéutico y asistencia pública en el Manicomio de La Castañeda de la Ciudad de México, 1929-1932. Rev. Historia, Ciencias, Saúde-Manguinhos 2005(12):3:675-92.
- Ríos MCAndrés. Locura y encierro psiquiátrico en México. El caso del Manicomio La Castañeda, 1910. México: Antípoda 2008;6:73-90.
- Sacristán C. Historiografía de la locura. Frenia, Revista de la Psiquiatría 2005(5):1:25.
- Rauschning H. Hitler me dijo... México: Publicaciones Cruz O; 2004. p. 257.
- Foucault M. Genealogía del racismo. Madrid: Ed. La piqueta; 1992. p. 263.
- Giner S. Historia del pensamiento social. Barcelona, España: Ed. Ariel; 2008.
- Galton F. Herencia y eugenesia. Madrid: Ed. Alianza; 1988.
- Platen-Hallermund A. Exterminio de enfermos mentales en Alemania nazi. Buenos Aires, Argentina: Ed. Nueva Visión; 2007.
- Refecas D. El aporte de los discursos penales a la confrontación de Auschwitz. Rev. Nuestra memoria 2005(25):6:142.
- Barman Z. Modernidad y holocausto. Madrid, España: Ed. Sequitur; 2006.
- Feierstein D. Seis estudios sobre el genocidio. Buenos Aires, Argentina: Ediciones del Puerto; 2008. p. 4-6.
- Platen. Op. Cit. p. 20
- www.un.org/spanish/humanrights/udhr60.
- www.wfmh.org
- Rodríguez TE. Op. Cit. p. 15.
- www.mijuicio.com/leyes/internacionales/51pdf
- Sacristán C. Por el bien de la economía nacional. Op. Cit. p. 680.
- Ibid 683.
- Sacristán C, Piccato P. Actores, espacios y debates en la historia de la esfera pública en la Ciudad de México. Instituto Mora/Instituto de Investigaciones Históricas de la UNAM; 2005. p. 199-232.
- Sacristán C. Reformando la asistencia Psiquiátrica en México. La Granja de San Pedro del Monte: Los primeros años de una institución modelo, 1945-1948. Salud Mental México 2003(26);3: 57-65.
- Ibid p. 63.
- Suárez L, López G. Evolucionismo y eugenesia en México. Bol. Mex. Historia y Filosofía de la Medicina 2009;12(1):19-23.
- Suárez L, López G, Ruiz GR. Eugenesia y medicina social en el México posrevolucionario. Facultad de Ciencias y Humanidades UNAM. 2001;60-61:80-86.
- Ibid p. 83.
- Stern A. Mestizofilia, biotipología y eugenesia en el México posrevolucionario: hacia una historia de la ciencia y el Estado, 1920-1960. Rev. Relaciones México 2000;21(18):57-92.
- Soberón AG, Kumate J, Lagunas J. (compiladores). La Salud en México: Testimonios 1988. Desarrollo Institucional. Institutos Nacionales de Salud. Tomo II, SSA. México 1998. De los mismos autores el tomo III: Desarrollo Institucional. Asistencia Social.
- Ibid. Desarrollo institucional. Asistencia Social.
- Calderón NG. Testimonio del Trabajo en la Operación Castañeda. Psiquis México 1995;4(3):39-48.
- Basaglia F. La mayoría marginada. Barcelona, España: Ed. Laia; 1977.
- Menéndez E. Las crisis del modelo médico y las alternativas de autogestión. Cuadernos médico-sociales México 1982;21:25-41.
- OPS. Programa Mundial de Acción sobre la Salud Mental, 2002. Disponible en: www.who.int/mental-health/media/en/267.pdf
- OPS. Declaración de Caracas. Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. Caracas Venezuela 1990. Disponible en: www.oas.org/dil/esp/declaracion-de-caracas.pdf
- Norma Oficial Mexicana NOM 025-SSA-2 1994. Para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica. DOF 15 de noviembre de 1995.
- Nota periodística del Universal. PGR Rechaza indagar los homicidios comunes. Obtenida el 22 de junio de 2010 en <http://mx.neus.yahoo.com>.