

**DE LO PRIVADO A LO PÚBLICO: HISTORIA Y EVOLUCIÓN DE LA
LOCURA A LA SALUD MENTAL EN MÉXICO**

**FROM THE PRIVATE TO THE PUBLIC: HISTORY AND EVOLUTION FROM
MADNESS TO MENTAL HEALTH IN MEXICO**

Talina Merit Olvera Mejía
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo
ORCID: 0000-0002-2951-8570

Resumen

Desde la época prehispánica la locura ha estado presente en México, atribuida a fuerzas divinas, no era conveniente tratarla, solo si alteraba el orden social. El avance de la civilización ha cuestionado el trato hacia el loco, cambiando el paradigma en su atención, derivando en el término de salud mental. El artículo desarrolla los hechos y evolución en esta transformación en México que ha transitado del ámbito privado y familiar al respeto de los derechos humanos y la incorporación del loco/enfermo mental en la sociedad a través de acciones públicas por parte de los gobiernos.

Palabras clave: locura, salud mental, derechos humanos, México.

Abstract

Since pre-Hispanic times, madness has been in Mexico, attributed to divine forces; it was not convenient to treat it, only if it altered the social order. The advance of civilization has questioned the treatment of the insane, changing the paradigm in their care, resulting in the term mental health. The article develops the facts and evolution in this transformation in Mexico that has moved from the private and family sphere to respect for human rights and the incorporation of the insane/mentally ill into society through public actions by governments.

Keywords: Madness, mental health, human rights, México.

Introducción

En México existen manifestaciones de la locura desde la época prehispánica, pero es en la época colonial donde hay mayor testimonio del trato hacia los locos a través de las instituciones creadas para su resguardo. En los inicios, la locura ha sido atribuida a fuerzas místicas, por lo que no debía contrariarse la voluntad divina, el comportamiento del loco era susceptible de atención solo si alteraba el orden social, en consecuencia no se concebía un tratamiento para la locura. Con el avance de las épocas la locura ha devenido en enfermedad mental, se ha aceptado un tratamiento y una cura. Ante este escenario, resulta oportuno preguntarnos ¿Cómo la locura ha desaparecido del vocabulario médico y gubernamental y se ha transformado en trastornos y salud mental?, ¿Cómo han evolucionado y cambiado los paradigmas en el tratamiento a los locos y las personas con algún padecimiento mental a partir del siglo XVI en México?, para finalmente responder ¿De qué forma estos paradigmas han influido y definido el tránsito de una atención privada y familiar a una centrada en el respeto a los derechos humanos e inclusión social y comunitaria a través de acciones públicas de los gobiernos en México?

Las epidemias, las pandemias, las guerras, las catástrofes naturales, las demandas de la vida laboral, el ritmo de vida, etc. han implicado la capacidad del ser humano de enfrentarse a momentos complejos que le demandan habilidades de adaptación e interacción en la vida social. Esto ha llevado a la aparición de trastornos que afectan los estados emocionales de las personas y su rendimiento ante las exigencias de la sociedad.

El objetivo de este artículo es analizar la evolución en las condiciones y construcción social de la locura en la sociedad, así como la influencia de los organismos internacionales en el tránsito de una atención privada y familiar a una centrada en el respeto a los derechos humanos e inclusión social y comunitaria a través de la atención gubernamental en el problema de la locura en México a partir del siglo XVI. Partimos desde su concepción como un hecho atribuido a los dioses y tratado a través del encierro y el aislamiento, como un tema privado con plena responsabilidad de la familia; hasta derivar en enfermedad y salud mental, atendida desde el ámbito público o gubernamental, vinculada a la medicina, los derechos humanos y de su inclusión en la comunidad. Realizamos un análisis documental de textos relativos a la locura y la salud mental, así

como leyes y programas de gobierno para estructurar y analizar el avance a través de los años. El artículo se divide en tres partes. La primera se centra en analizar la locura y su vinculación con lo divino y los valores hasta derivar en los principios de la medicalización. La segunda parte aborda la influencia de los hechos internacionales y que guiarían las acciones de México en la atención a la problemática. La tercera parte examina las acciones y enfoques que desde lo gubernamental han definido el trato a los enfermos mentales. Finalmente, establecemos las conclusiones.

Locura: del castigo divino y la peligrosidad a la enfermedad

La condición de ciudadanía implica para las personas tener derechos y oportunidades para intervenir en la vida cotidiana, es pertenecer y ser parte de una comunidad y de un Estado de derecho, lo cual conlleva también el cumplir con responsabilidades y obligaciones. En este sentido, podemos establecer que la ciudadanía tiene un aspecto legal y político, y otro más relacionado con lo social y lo cultural. El primero tiene que ver con los derechos que brinda y garantiza el Estado, así como las obligaciones ante él y la sociedad. El aspecto social y cultural está relacionado con el comportamiento e interacción cotidiana que se espera de las personas como parte de una comunidad. Esto es, cómo cada persona se desenvuelve y cumple con sus derechos y obligaciones como parte de la sociedad, por ejemplo, cómo se comporta en público, cómo educa a sus hijos, si cumple con la ley, si es tolerante ante la diferencia, etc. Desde una óptica económica significa que las personas sean capaces de maximizar su rendimiento de acuerdo a las necesidades económicas y sociales que le exige la sociedad y el Estado.

Ante este escenario, hablar de la locura es hablar de juicios. “La historia de la locura es la historia de la evolución gradual de los valores, las reglas, las creencias, los sistemas de poder sobre los cuales se fundamenta el grupo social y donde se inscriben todos los fenómenos del proceso de organización de la vida en sociedad”.¹ El gobierno y su racionalidad política han construido prácticas que con el paso del tiempo y en cada época han sido verdades absolutas para ejercer el poder, distinguiendo entre lo normal y

¹ Franca Ongaro Basaglia, *Mujer, locura y sociedad* (Universidad Autónoma de Puebla; 1983), p. 59.

anormal, entre los otros y nosotros. Esta dicotomía ha sido utilizada para comprender el mundo y la conducta de las personas:

Existe una normalidad, inscripta en una norma, que sirve como patrón y medida de todas las cosas que el hombre y la mujer deben ser, lo que deben pensar y sentir, cómo deben actuar, de qué modo vivir. Y por ello, constituye el criterio para fijar una frontera con las formas no-normales, a-normales de pensar, de sentir, de actuar, de vivir.²

El qué hacer con los anormales o los otros parte de definir quiénes son ellos. Los valores que han prevalecido en la sociedad y en el gobierno a lo largo de la historia han señalado al vagabundo, al delincuente y al loco como aquellos que atentan contra el orden y ponen en peligro a la sociedad. Estos señalamientos o juicios han establecido una distancia entre lo normal y anormal, separando los comportamientos normales, definidos por quienes ostentan el poder, de los anormales. Así, la sociedad y el Estado han justificado su intervención definiendo el problema, categorizándolo, estableciendo su intensidad y determinado los tratamientos.

En sus inicios, la locura fue atribuida a los dioses o a fuerzas naturales, cargada de misticismo, era una enfermedad y un designio o castigo divino. La locura también era considerada una posesión demoníaca. La palabra loco estaba cargada de connotaciones negativas. La Real Academia Española define al loco como aquel que ha perdido la razón; en consecuencia la locura es la privación del juicio o del uso de la razón. Algunos de sus sinónimos son la demencia, la alienación, la insanidad, el trastorno, el desequilibrio o la loquera. Durante la época colonial era evidente que el loco o poseído debía estar encerrado, debía ser controlado más que curado, prevalecían las razones religiosas o morales sobre las médicas. El problema pertenecía a la familia, se circunscribía al ámbito privado. En consecuencia, la familia debía encargarse del loco y de las conductas que

² Agustina Barukel, “Gobierno y locura. Un esquema de análisis para las prácticas de salud mental desde la perspectiva de la gubernamentalidad de Michel Foucault”, *De prácticas y discursos. Cuadernos de Ciencias Sociales*, Año 8, Número 11, (2019), p. 218.

podieran alterar la vida pública. El encierro del loco podía ser en su propia casa, en asilos o en manicomios. En ocasiones, la perversión moral se disfrazaba de locura y justificaba el encierro de ciertas personas incómodas para las familias. Los locos eran ingresados en hospitales administrados por religiosas, que más que curar, pues no querían alterar los designios divinos, brindaban ayuda espiritual, principalmente a través de rezos y penitencias para expiar sus pecados. La locura, considerada como una posesión, no como una enfermedad, requería de la atención de un sacerdote más que de un médico. Los tratamientos debían apegarse a las creencias religiosas, limitándose muchas veces a la caridad cristiana.

La locura en el México colonial y del siglo XIX

En México, durante la época de la colonia, de 1521 a 1821, la Inquisición persiguió a enfermos mentales, a quienes confundía con herejes o endemoniados, quemándolos en las hogueras; quienes al día de hoy habrían recibido un tratamiento psiquiátrico.³ En esta época se fundan los primeros asilos para locos en México, bajo la lógica de la caridad cristiana y recibiendo todo tipo de desvalidos, no solo enfermos mentales sino personas pobres o desamparadas. En 1566 se creó el Hospital San Hipólito para hombres, primer manicomio de América, conocido como la Plaza de los Locos. Para las mujeres dementes se fundó en 1687, y comenzó a operar en 1700, el hospital Divino Salvador, conocido como La Canoa. Ambos hospitales cerraron en 1910.

En este contexto, era primordialmente la familia quien asumía el problema en el tratamiento del loco, vigilando su comportamiento. El problema no era aún público, por lo que el Estado no tenía la obligación para encargarse de él y abordarlo en todas sus dimensiones. Cuando el comportamiento del loco ponía en peligro la seguridad y la moral pública entonces el Estado debía intervenir, dado que es el responsable de garantizar la vida armónica y establecer los espacios para las personas que perturbaran el orden social. Esto llevaría a regular la locura para atender la seguridad pública.

³ Cristina Sacristán, “Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna”, *Frenia*, Vol. V-1, (2005).

No obstante, con el paso de los años estaba claro que los cuerpos no podían ser poseídos por demonios y debía existir una explicación racional y científica a esa conducta. La locura pasa a ser definida por la razón y se convierte en una enfermedad. La locura comienza a reconocerse, por lo tanto se busca cómo controlarla y dominarla, adquiriendo poder sobre ella. “La enfermedad es el discurso racional del poder sobre la locura y el poder puede dominarla en cuanto ella no se expresa en los términos de su racionalidad impuesta como racionalidad humana”.⁴

En el siglo XIX se estudia la locura para conocer su causa y origen, ya sea social o biológico. Así, nace la psiquiatría como una rama de la medicina vinculada con el cuidado de los pacientes en los asilos o manicomios, tratando su conducta anormal. La psiquiatría es la "rama de la medicina que se ocupa de la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental y sus alteraciones".⁵ Con esta racionalidad, la locura dejó de verse como un castigo de Dios o como posesión demoníaca relacionada con la religión o la moral, se convirtió en una enfermedad mental que debía ser tratada y curada. La locura se relacionó entonces con enfermedades mentales cuestionándose la naturaleza de la enfermedad.

Ante el hecho de qué hacer con los locos, la respuesta fue un tratamiento de la enfermedad mental basado en el encierro, dominado por el discurso médico y la negación del sujeto, pues este dependía del cuidado de alguien más. El decidir qué persona debía ser internada en el asilo obedecía a los valores sociales y culturales prevalecientes en cada época y que determinaban lo que era locura. El manicomio se convirtió en la medicalización de la locura. En el manicomios no solo había locos, sino también personas con discapacidades físicas o intelectuales y epilépticos. Con los asilos o manicomios como tratamiento de la locura, las religiosas, las familias y la policía no eran los únicos actores, ahora la ciencia y los médicos cobraron un papel protagónico. Durante su encierro y bajo el argumento del cuidado y la curación, el loco perdía sus derechos y su ciudadanía, aunque su cura significaba recuperar esta última.

⁴ Ongaro Basaglia, *Op. cit.*, p. 74.

⁵ Carlos Rojas Malpica, “Definición, contenido y límites de la psiquiatría contemporánea”, *Salud Mental*, vol.35, no.3, (2012), p. 18.

Se hacen entonces evidentes dos partes de la enfermedad, aquella enfermedad física que requería atención y cura; y aquellas enfermedades juzgadas como tal por los valores morales de la época y por los actores de poder, entendidos como el médico, el psiquiatra o el gobernante. Esta última enfermedad, generaba un sometimiento hacia el juzgado como loco. En este sentido, Foucault “resalta dos modos del ejercicio del poder: la disciplina (el poder sobre el cuerpo, la anatomopolítica) y el biopoder (el poder al nivel de regulación de la especie, de las poblaciones, la biopolítica)”.⁶ Siguiendo a Foucault, otros autores asumen dos formas del biopoder; un anatomopolítica del cuerpo y una biopolítica de la población.

El anátomo-política se refiere a los dispositivos disciplinares encargados de extraer del cuerpo humano su fuerza productiva, mediante el control del tiempo y del espacio, en el interior de instituciones como la escuela, el hospital, el taller y la cárcel. A su vez, la biopolítica de la población se vuelve a la regulación de las masas, utilizando saberes y prácticas que permitan gestionar tasas de natalidad, flujos de migración, epidemias, incremento de la longevidad.⁷

En esta nueva etapa que buscaba la curación del loco, en la ciudad de Orizaba, Veracruz, se creó en 1898 el Manicomio Estatal, el cual además de tratar las condiciones de vida de los pacientes, quería mostrar una imagen de ciudad moderna, por lo que el elemento político fue relevante en su creación. Dado el elevado hacinamiento en el Hospital San Hipólito y Divino Salvador, ubicados en la Ciudad de México, y ante el aumento en el número de locos, era evidente la necesidad de nuevos asilos. El gobierno de Porfirio Díaz impulsó la construcción de un manicomio vanguardista, alejado del ruido de la Ciudad de México. En 1910 se inauguró el Manicomio General La Castañeda, fuera de la ciudad, conocido con el sobrenombre de El palacio de la locura, el cual buscaba corregir los desórdenes de los pacientes para después insertarlos en la sociedad. No

⁶ Barukel, *Op. cit.*, p. 212.

⁷ Rafael Nogueira Furtado y Juliana Aparecida de Oliveira Camilo, “El concepto de biopoder en el Pensamiento de Michel Foucault”, *Revista Subjetividades*, Vol. 16, Núm. 3, (2016).

obstante, este manicomio también tuvo sobre población; con capacidad para 1300 enfermos, comenzó con 800, para 1942 tuvo 3,400; llegando a albergar 60,000 pacientes durante su existencia.⁸ Este manicomio fue cerrado en 1968 debido a los inhumanos y malos tratos hacia los pacientes. En 1945 se crea la primera “granja de recuperación para enfermos mentales pacíficos, basada en la terapia por el trabajo (doméstico, agrícola o artesanal) y destinada a pacientes crónicos procedentes de La Castañeda, hecho que ha sido interpretado como el inicio de su desmantelamiento”.⁹

Durante la primera mitad del siglo XX, el tratamiento en el asilo o manicomio fue cuestionado por el trato hacia el loco-enfermo, ya que era una imposición de las autoridades médicas que incluía encierros forzosos, terapias de *electroshock*, camisas de fuerza, encadenamientos, torturas y, en general, un trato carcelario, que se realizaba sin el consentimiento ni participación activa de la persona. Era evidente la violación de los derechos fundamentales del enfermo debido al aislamiento, la violencia y el sufrimiento que padecía en los asilos. El tratamiento manicomial era vigilante y tenía un papel predominante. No obstante, los encierros en asilos permitieron a los médicos observar las conductas de los enfermos e identificar diversas manifestaciones neurológicas, permitieron separar y agrupar a enfermos con características similares,¹⁰ fueron la oportunidad para los estudiantes de realizar residencias hospitalarias en psiquiatría y formar más médicos, así como de crear hospitales y de que el tema entrara en la agenda de salud pública, es decir, considerar la locura y la salud mental como un tema médico. La locura se pensó también desde sus efectos culturales y en la sociedad, es decir, en su interacción dentro de esta. El problema de la locura se percibió sí como una enfermedad a tratar mediante el encierro, pero también se consideró analizar el comportamiento del loco en el contexto físico, ético y moral en que vivía, por lo que el diagnóstico debía incorporar factores culturales.

⁸ Sacristán, *Op. cit.*

⁹ Sacristán, *Op. cit.*, p. 27.

¹⁰ Sacristán menciona que la división interna, más que atender a una clasificación médica, reproducía las jerarquías sociales externas trasladando el mundo de fuera al de adentro. Los criterios internos aludían, entre otros, a la división económica en ricos y pobres. Sacristán, *Op. cit.*

Aún en el siglo XX, la psiquiatría mantenía, por un lado, el cuidado, que podía ser en beneficio de los pacientes y sus familiares, y, por el otro, el mantenimiento del orden público, que implicaba liberar a la sociedad de la molestia y el peligro de la locura.¹¹ Avanzado este siglo, la principal función de las instituciones mentales cambió y se pasó del asilo y el cuidado al tratamiento y la cura de los pacientes.¹² Cuando el criterio psiquiátrico o clínico comienza, se define enfermedad mental y no locura. La enfermedad y la salud mental se vincularon a la psiquiatría; “la psiquiatrización es la forma que adopta la medicalización en el caso de la locura”.¹³ En este contexto, la locura como afección física podía ser tratada por la medicina. “La medicalización se entiende como un proceso por medio del cual problemas no médicos (morales, políticos, identitarios, económico/sociales, etc.) se convierten y se definen directamente como problemas médicos, traducidos en enfermedades, trastornos y otros”.¹⁴ A pesar de la científicidad de la psiquiatría, no ha resultado sencillo separar los valores sociales o culturales que definen lo anormal o enfermo.

En México, el antecedente de la psiquiatría data de 1940 en el Instituto de Investigaciones Biomédicas de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), pionero en la investigación de la psiquiatría biológica. En 1946 se crea la primera Unidad de Psiquiatría del Instituto Mexicano del Seguro Social. Para 1952 se separa la enseñanza de la neurología y la psiquiatría en la UNAM y se establece el primer curso formal de psiquiatría con reconocimiento de la Escuela de Graduados de la UNAM. En 1955, en la Facultad de Medicina de la UNAM se crea el departamento de psicología médica, psiquiatría y salud mental dotando de sentido psicológico y humanístico a la medicina.¹⁵ Actualmente varias instituciones y universidades en el país imparten la especialización en Psiquiatría, en Enfermería en Salud Mental y en Psicología Clínica y Salud Mental.

¹¹ Harry Oosterhuis, “Locura, salud mental y ciudadanía: del individualismo posesivo al neoliberalismo”, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Núm. 38, (2018).

¹² *Ibid.*

¹³ Barukel, *Op. cit.*, p. 219.

¹⁴ Julián Andrés Amado Becerra, Jairo Gutiérrez Avendaño, “Discursos y prácticas políticoadministrativas de medicalización de la locura en Caldas, Colombia (1908-1944)”, *Archivos de Medicina*, Vol. 21, núm. 2, (2021), p. 478.

¹⁵ Juan Ramón de la Fuente, Martin Gerhard Heinze, “La enseñanza de la psiquiatría en México”, *Salud Mental*, Vol. 37, no. 6, (2014).

Una visión internacional: derechos humanos y salud mental

En octubre de 1945, tras la segunda Guerra Mundial, se funda la Organización de las Naciones Unidas (ONU) con 51 países como miembros fundadores, entre ellos México.¹⁶ Los países estaban determinados a “reafirmar la fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana, en la igualdad de derechos de hombres y mujeres”.¹⁷ Uno de los propósitos establecidos en la Carta de las Naciones Unidas ha sido el fomentar el respeto al principio de la igualdad de derechos,¹⁸ por lo que la protección de los derechos humanos es una de las cinco áreas de acción de la ONU. Para las Naciones Unidas:

los derechos humanos son los derechos que tenemos básicamente por existir como seres humanos; no están garantizados por ningún estado. Estos derechos universales son inherentes a todos nosotros, con independencia de la nacionalidad, género, origen étnico o nacional, color, religión, idioma o cualquier otra condición. Varían desde los más fundamentales —el derecho a la vida— hasta los que dan valor a nuestra vida, como los derechos a la alimentación, a la educación, al trabajo, a la salud y a la libertad.¹⁹

En este contexto, en abril de 1948 se crea la Organización Mundial de la Salud (OMS), como parte de las Naciones Unidas, con el fin de “promover la salud, preservar la seguridad mundial y servir a las poblaciones vulnerables, de modo que todo el mundo pueda alcanzar el más alto nivel posible de salud”.²⁰ De acuerdo a este organismo, la salud es el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedades”.²¹ Así entendida, la salud tiene múltiples dimensiones.

¹⁶ Actualmente son 193 los estados miembros.

¹⁷ *Carta de las Naciones Unidas*, (1945).

¹⁸ *Carta de las Naciones Unidas*, (1945), Art. 1.

¹⁹ Naciones Unidas, *Derechos Humanos, ¿Qué son los derechos humanos?*, (s.f).

²⁰ *Organización Mundial de la Salud*, (s.f).

²¹ *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*, (1946).

Estas acciones dieron relevancia a la defensa de los derechos humanos a nivel internacional, reflejo de ello fue la Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París en diciembre de 1948. Su notabilidad radica en que, por primera vez, establece los derechos humanos elementales para las personas. El artículo 5 señala que “nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”²², el artículo 25 refiere al derecho de la salud, bienestar y asistencia médica. En este mismo año, se crea la Federación Mundial de la Salud Mental para “promover, entre todos los pueblos y naciones, la prevención de los trastornos mentales y emocionales, el tratamiento y cuidado adecuados de quienes padecen dichos trastornos y la promoción de la salud mental”²³ y garantizar la salud y el bienestar de todos los ciudadanos.

En 1949, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con antecedentes desde 1902, se afilia a la OMS. La OPS tiene un Proyecto de Salud Mental para impulsar actividades en los distintos países de América Latina y el Caribe a que promuevan la salud mental, reduzcan los efectos de las enfermedades psíquicas y extiendan la rehabilitación. Estas acciones en el contexto internacional y el impulso del estado de bienestar, generaron una expansión en la atención de la salud mental. Como parte de la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistema Locales de Salud, en noviembre de 1990 se adoptó la Declaración de Caracas, de la cual México formó parte. La relevancia de esta Declaración radica en que hizo evidente que la atención psiquiátrica convencional y el hospital psiquiátrico al aislar al enfermo de su medio generaban discapacidad social y ponían en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo; al tiempo que evidenciaban la insuficiente enseñanza en temas de salud mental.²⁴ La Declaración ya introducía los componentes descentralizadores, participativos y preventivos, por lo que instaba a los países a promover modelos alternativos centrados en la comunidad, que protegieran la dignidad y derechos humanos y civiles de los enfermos mentales. A partir de este momento, se plantea una

²² *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, (1948), Art. 5.

²³ *Federación Mundial de la Salud Mental*, (s.f).

²⁴ *Declaración de Caracas*, (1990).

reestructuración en la atención psiquiátrica, instando a los gobiernos a la desmanicomialización fomentando el ámbito comunitario.

En 2002, la OMS declara el Año Internacional de la Salud Mental, manifestando en el Informe Mundial sobre Salud Mental que la estigmatización, la discriminación y la violación de los derechos humanos de las personas con alguna enfermedad mental persiste en la sociedad. Para combatir lo anterior, en ese mismo año, se creó el Programa Mundial de Acción en Salud Mental que establecía estrategias para que los países logaran una mejor salud mental en la población. En 2008, la OMS crea el Programa de acción para superar las brechas en salud mental, como una siguiente fase al anterior programa. En la actualidad, está vigente el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030, que busca priorizar la atención a los trastornos mentales por parte de los gobiernos, a través de una gobernanza eficaz en el ámbito la salud mental para que quienes sufren alguna enfermedad mental se incorporen plenamente en la sociedad. Se insta a los gobiernos a promover la salud mental, prevenir los problemas relacionados con esta, garantizar la cobertura universal y adoptar enfoques que abarquen toda la vida. Se insiste en abandonar el encierro en hospitales psiquiátricos y fomentar las redes y servicios comunitarios, así como servicios de salud mental como parte de la atención médica general. Actualmente, para la OMS, la salud mental incluye problemas que van desde el estrés y cansancio hasta trastornos psiquiátricos fuertes como la esquizofrenia, la epilepsia, la demencia, el suicidio, la depresión severa, la ansiedad y la bipolaridad.

Atención comunitaria e integración en la sociedad del enfermo mental en México

La locura, catalogada como enfermedad mental se ha reconocido como problema público de salud pública a partir del impulso internacional a los problemas mentales, con lo cual, el Estado comienza a intervenir para atenderlo y contribuir a su solución. “La materia prima de los problemas de políticas se origina en los sentimientos de aflicción, descontento, molestia o infelicidad de alguna parte de la ciudadanía”.²⁵ Por ello, es

²⁵ Eugene Bardach, “Problemas de la definición de problemas en el análisis de políticas públicas”, *Problemas públicos y agenda de gobierno*, comp. Luis Fernando Aguilar Villanueva (Tercera Edición; México, Miguel Ángel Porrúa, 2000), pp. 219-233, p. 221.

importante que los problemas, definidos por el Estado, se articulen con lo que la ciudadanía define como problema en un momento determinado. La enfermedad mental como problema ha tenido su origen en la vinculación entre locura y delito como un peligro para el orden social. El problema se ha enfocado en la conducta del enfermo mental y las consecuencias adversas que esta genera en la sociedad. El Estado interviene para garantizar la seguridad. Si los locos o enfermos mentales no alteraran el orden social no habría un problema y, en consecuencia, no habría intervención del Estado. A mediados del siglo XX, con el impulso a los derechos humanos y el surgimiento de instituciones a nivel internacional, el problema de la locura se convierte en enfermedad mental, el centro es el enfermo mental, su bienestar y el respeto a sus derechos humanos y civiles. Si las instituciones brindaran un trato digno y los tratamientos estuvieran dirigidos a la prevención y cura e integración de quienes sufren alguna enfermedad mental en la sociedad, tampoco habría problema.

No obstante, “en México tres de cada 10 personas padece algún trastorno mental a lo largo de su vida y más del 60% de la población que sufre alguno de ellos no recibe tratamiento”.²⁶ En los últimos años se ha incrementado notablemente la conducta suicida en los jóvenes. Estas cifras dirigen los objetivos de las acciones públicas a identificar las causales de la salud mental, ya sean sociales o estructurales, para intervenir y reducir el número de población con problemas mentales, mejorar su conducta y condiciones de vida, que puedan decidir sobre ella y, en general, crear entornos favorables para una salud mental.

Los trastornos mentales o condiciones neuro psiquiátricas han generado discapacidades y muertes en México. De acuerdo a cifras del *Global Burden of Disease* 2021 los trastornos depresivos y de ansiedad están entre las primeras 10 causas de años vividos con discapacidad (AVD), seguidos de la esquizofrenia y el trastorno bipolar; ha habido un incremento en la tasa de suicidio, y la pandemia del COVID-19 ha acentuado los trastornos.²⁷ Estos datos hacen que las enfermedades mentales sean un problema y

²⁶ Zoé Robledo, “La punta del Iceberg”, *Opinión IMSS*, (2023).

²⁷ Ma. Elena Medina Mora *et alii*, “Los trastornos mentales en México 1990-2021. Resultados del estudio Global Burden of Disease 2021”, *Gaceta médica de México*, Vol. 159, no. 6. (2023).

formen parte de las agendas de salud pública. Además de estos trastornos, también destacan el del espectro autista, el de la alimentación (anorexia y bulimia), el de la conducta, la discapacidad intelectual, el del sueño, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, los trastornos de la personalidad, la demencia, la neurosis, la paranoia, la histeria, el desequilibrio mental, la psicosis, las alucinaciones y los traumas. En este sentido, la salud mental ha sido definida como “un estado de bienestar físico, mental, emocional y social determinado por la interacción del individuo con la sociedad y vinculado al ejercicio pleno de los derechos humanos”.²⁸

Al poner el énfasis en la salud mental se consideran los factores biológicos, psicológicos y sociales, las enfermedades mentales no pueden atenderse aisladas de los contextos sociales, culturales, económicos y ambientales en que vive el paciente. A ello se suman las características propias del individuo como la capacidad para manejar sus emociones, comportamientos e interacciones con los demás. El ritmo acelerado de la vida en el ámbito laboral y familiar pone en la mesa los problemas mentales a los que se enfrenta y enfrentará la sociedad, ampliándose el espectro de atención también a infantes.

Lograr una articulación entre las dimensiones, causas, efectos y actores que interactúan en el problema de la salud mental es complejo. Entre los actores inmersos en el ámbito de la salud mental, podemos mencionar a las autoridades en el área de salud, es decir, las secretarías en los distintos estados y a nivel federal, quienes establecen las directrices para las acciones y políticas públicas; y las áreas y dependencias de salud mental. A esto sumamos los diversos sectores que también intervienen, como los de desarrollo social, economía o trabajo; además de los jueces, autoridades penales, médicos, asociaciones profesionales, organizaciones religiosas y el sector privado a cargo de instituciones de salud.

Entender el abordaje y las acciones públicas en el ámbito de la locura o la enfermedad mental pasa no sólo por analizar las instituciones, las leyes, los instrumentos, los programas, los procedimientos y los resultados de las acciones, sino también de los discursos, las prácticas, los comportamientos y las racionalidades, en muchas ocasiones

²⁸ *Ley General de Salud*, (1984), Art. 72.

diversas, que hay detrás de dichas acciones y que normalizan cierto ejercicio del poder. Esta reflexión nos lleva a preguntarnos entonces quiénes gobiernan, cómo gobiernan y quiénes son gobernados.

Dentro de las acciones públicas, los hospitales han sido claves en el tratamiento de los problemas de salud mental. Los otrora manicomios, ahora son llamados hospitales psiquiátricos, más tarde clínicas psiquiátricas y de rehabilitación o clínicas de salud mental. En 1957 se inauguró la Clínica psiquiátrica y de rehabilitación privada San Rafael, cerrada en 2009. Y es precisamente a mediados del siglo XX que comienza un cambio en la atención psiquiátrica a través de la medicalización de los pacientes con enfermedades mentales, mediante drogas psicotrópicas o terapias que alteraban su comportamiento, haciéndolo más dócil. A partir de este momento cobra relevancia el enfoque en la salud mental, no más locura, las enfermedades o trastornos mentales se consideran una condición médica que puede ser atendida y tratada con fármacos y nuevos procedimientos, quedando atrás los tratamientos del encierro y lo que ello conllevaba. La farmacología fue una oportunidad para muchos enfermos psiquiátricos de reintegrarse a la sociedad y a sus familias. Además de la medicación, los enfoques psicosocial y psicoterapéuticos fueron otra opción en el tratamiento.

Esto fue el comienzo de una política de desinstitucionalización, es decir, “la atención extramanicomial y la psiquiatría comunitaria, el objetivo era la integración social de los pacientes psiquiátricos; los enfermos mentales deberían poder participar en la sociedad tanto como fuese posible con el apoyo de los servicios públicos”.²⁹ La familia y la comunidad eran parte fundamental en la atención a los enfermos mentales. La salud mental dejó de ser una patología individual y se convirtió en un problema de integración social. Con esto, las políticas transitaron de los manicomios y asilos a una vida y atención comunitaria. A pesar de que se reconoció a la locura como trastorno o enfermedad mental, aún sigue el estigma por parte de la sociedad para quien lo padece.

En México, en la década de los cincuenta se desarrollaron los primeros tratamientos farmacológicos para la esquizofrenia, la depresión o los trastornos de

²⁹ Oosterhuis, *Op. cit.*, p. 535.

ansiedad.³⁰ Con la desaparición del Manicomio General de La Castañeda, a finales de la década de los sesenta, se estableció una red de hospitales, entre ellos el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N, Navarro. A partir de ahora, ya no era prioritario el encierro y aislamiento social de los enfermos mentales, no se obligaba al paciente a una hospitalización sin su autorización. Se construyeron clínicas, pensando en las hospitalizaciones psiquiátricas como una corta estadía para la recuperación de los pacientes además de consultas externas en hospitales generales. Destaca en 1970 la creación del primer servicio abierto de psiquiatría en un hospital general, en el Hospital Español de México, a cargo del Dr. Ramón de la Fuente Muñiz, considerado el fundador de la psiquiatría moderna en México.³¹ En 1972, el Dr. de la Fuente funda el Consejo Mexicano de Psiquiatría, reconocido por la Academia Nacional de Medicina, con la función de certificar a los especialistas en la materia. En ese mismo año se crea el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia con fines preventivos, curativos y de rehabilitación. En 1978, el Ejecutivo Federal sustituye este Centro por el Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental, pero un año más tarde, en 1979, por Decreto Presidencial se crea el Instituto Mexicano de Psiquiatría para estudiar los problemas de los trastornos mentales y de salud mental, actualmente Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.³²

En el siglo XXI, como parte de las gestiones del Instituto Nacional de Psiquiatría, se han creado clínicas especializadas en diferentes trastornos, donde aunado a la atención médica y servicios clínicos, el Instituto continúa con trabajos de enseñanza e investigación en neurociencias, clínica, epidemiología y ciencias sociales.³³ En 2004 se crea el Consejo Nacional de Salud Mental como órgano de consulta para apoyar en las acciones en la prevención, consulta externa, hospitalización, rehabilitación y reintegración social del individuo con problemas de salud mental; así como proponer

³⁰ de la Fuente, *Op. cit.*

³¹ *Ibid.*

³² *Instituto Nacional de Psiquiatría*, (2017). Disponible desde Internet en: https://www.inprf.gob.mx/inprf/conoce_inprf.html#:~:text=Ram%C3%B3n%20de%20la%20Fuente%20Mu%C3%B1iz%2C%20en%201978%20el%20Ejecutivo%20Federal,aspecto%20de%20la%20salud%20mental.

³³ *Ibid.*

modelos innovadores de atención en salud mental.³⁴ En mayo de 2023 se crea la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones como un órgano administrativo desconcentrado de la Secretaría de Salud, el anterior Consejo pasa a formar parte de esta Comisión.

A pesar de que los hospitales psiquiátricos eran los espacios para la atención de los trastornos mentales, estos no estaban plenamente integrados en los sistemas nacionales de salud o bienestar, además de que no existía una coordinación normativa y operativa para atender la salud mental con un enfoque de derechos humanos. Al respecto, en 1983 se adiciona en el Artículo 4 de la Constitución el párrafo relativo al derecho a la salud y en 1984, con el presidente Miguel de la Madrid Hurtado, se inicia con el cuidado de la salud mental en México al crear la Ley General de Salud. Esta Ley dedica un capítulo a la salud mental. El artículo 72 señala que esta, junto con la prevención de adicciones serán prioritarias para las políticas de salud y deberán brindarse de acuerdo a lo establecido en la Constitución y tratados internacionales relacionados con los derechos humanos. La ley establecía el acceso universal, igualitario y equitativo a la atención de la salud mental por parte del Estado; y establecía el derecho de todas las personas a gozar del más alto nivel posible de salud mental.³⁵

En 2022, con el presidente Andrés Manuel López Obrador, se reforman y adicionan disposiciones de la Ley General de Salud en materia de salud mental, en los artículos del 72 al 77. Queda de manifiesto que los servicios de salud mental están dirigidos a la recuperación y bienestar de las personas para que puedan tener una vida autónoma y desempeñarse en el trabajo y en la interacción con la sociedad. Se destaca el enfoque comunitario, de recuperación y respeto de los derechos humanos de quienes padecen alguna enfermedad mental. En el mismo sentido, se establece que los servicios de salud mental deberán ser integrales, interdisciplinarios, interculturales, intersectoriales, con perspectiva de género y participativos. Sobresale la atención cercana a donde habite el paciente para el acceso a los servicios de salud mental, la generación de acciones para erradicar estereotipos y disminuir la discriminación, la atención primaria como eje que

³⁴ *Acuerdo por el que crea el Consejo Nacional de Salud Mental*, (2004), Art. 1.

³⁵ *Ley General de Salud*, (1984), Art. 72.

estructure la atención comunitaria de la salud mental, y la participación de familiares en la atención.

La Ley resalta la eliminación del modelo psiquiátrico asilar, por lo cual no se construirán más hospitales monoespecializados en psiquiatría, los existentes deberán convertirse en centros ambulatorios u hospitales generales. La atención de la salud mental se brindará en establecimientos ambulatorios de atención primaria y habrá servicios de psiquiatría en hospitales generales. La Ley deja atrás la política de aislamiento y encierro por una atención desde la comunidad para la recuperación de los enfermos y su integración en la sociedad. En caso de ser necesario el internamiento este no debe ser por un tiempo prolongado y debe ser voluntario. Destaca el derecho del paciente a la información relacionada con su tratamiento, a no ser sometido a tratos crueles e inhumanos y el respeto de su dignidad y derechos humanos

En México, las enfermedades mentales se han relacionado con la pobreza y con el sector joven.³⁶ Actualmente el Programa Específico de Salud Mental y Adicciones 2020-2024, los Programas Integrales de Salud Mental del ISSSTE e IMSS 2021-2024 y el Plan Sectorial de Salud Mental y Adicciones 2023-2024 tienen el objetivo de atender, prevenir de manera oportuna, ampliar y garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud mental y reducir la mortalidad y discapacidad atribuidos a los trastornos mentales.

A través de las décadas, el gobierno en México ha seguido básicamente dos tipos de programas para atender el problema de la locura y, más adelante, la salud mental. Los programas asilares o de custodia, generalmente con efecto mientras el paciente permanece bajo supervisión directa, se dirigen a la protección de la sociedad y en segundo plano hacia la salud y dignidad de los enfermos mentales debido a que ejercen mayor control sobre la vida de los enfermos y menos sobre su rehabilitación. El segundo tipo son los programas de tratamiento que están más relacionados con la salud y dignidad de los enfermos y solo de manera secundaria con la protección del resto de la sociedad.

Si bien las acciones públicas de las últimas décadas en México han estado guiadas por los preceptos y concepciones de organismos internacionales, estas no han sido lo

³⁶ *Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 y 2007-2012.*

suficientemente claras. Las metas y los programas públicos que concreten estrategias que demuestren un interés prioritario por el tema de la salud mental y las consecuencias que tendrá en gran parte de la población en los próximos años son aún limitados y complicados de encontrar en la planeación nacional.

Conclusiones

La locura ha evolucionado desde su concepción inicial como mística, divina, supersticiosa o incluso posesión demoniaca; cambió de un problema moral, social o de peligrosidad hasta derivar en problema médico y de salud pública. El problema ha pasado de un tema de casa y privado a ser público y gubernamental, de poner en peligro el orden social a buscar la cura e integración en sociedad del enfermo, de ser competencia de la caridad religiosa a serlo de los psiquiatras. Estas concepciones han influido en su tratamiento, desde atención religiosa, encierro, medicación, trato humanitario y comunitario. El enfermo ha transitado de no tener voz ni opinión a ser informado y requerir de su consentimiento para su tratamiento, de un encierro forzoso a un internamiento como último recurso con carácter temporal y voluntario, además de un tratamiento fuera de los asilos y de forma ambulatoria. Se ha pasado de explicaciones religiosas a un cuerpo teórico y científico.

El avance de las épocas, a partir del siglo XVI, y el impulso en el siglo XX a los derechos humanos, después de la Segunda Guerra Mundial, cuestionó el trato denigrante hacia los locos y surgieron instituciones rectoras a nivel internacional, acuerdos y recomendaciones en el tema de la salud mental. Así, la locura ha devenido en enfermedad mental, se ha aceptado un tratamiento y una cura, se ha puesto en el centro la salud mental del enfermo y su interacción con la sociedad. En México, los organismos internacionales han sido determinantes en la construcción de los nuevos paradigmas y el diseño de acciones públicas para atender la salud mental, otrora locura. El marco internacional y sus concepciones han guiado la normatividad, la planeación nacional y las políticas públicas en salud mental. Un ejemplo han sido las acciones como el cierre y la prohibición para construir hospitales solo para locos o enfermos mentales; la garantía y defensa de los derechos humanos que ha fomentado la creación de centros comunitarios de salud

mental, unidades de rehabilitación en hospitales generales, servicios socio-psiquiátricos y más opciones de terapias y nuevos tratamientos. En la actualidad, se concibe que las personas con alguna enfermedad mental puedan relacionarse con otros, afrontar situaciones cotidianas, ser útiles en su medio social y desarrollar actividades laborales.

La historia, la construcción social y los valores imperantes a lo largo de las épocas han sido determinantes para definir qué ha sido locura y quién es el enfermo mental, poniendo en evidencia las relaciones de poder de quienes lo detentan sobre los otros, dotando de subjetividad a la enfermedad. Incluso, que el término locura haya transitado a enfermedad mental no ha cambiado el estigma de la sociedad hacia quien la padece, aun cuando las acciones tienden a combatir la discriminación y fomentar la empatía e inclusión. Finalmente, el incremento en los trastornos depresivos y de ansiedad ha hecho que la salud mental sea un problema público y no solo privado debido a que afecta el rendimiento de las personas en el ámbito laboral y las interacciones en la sociedad. De ahí, que la salud mental se haya convertido en un derecho para todos los seres humanos.