



FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SEDE ACADÉMICA DE MÉXICO

Maestría en Derechos Humanos y Democracia
II (segunda) Promoción
2008-2010

**El derecho a la no discriminación de las personas con
trastornos mentales**

Tesis que para obtener el grado de Maestra en Derechos
Humanos y Democracia
Presenta:

Mariana Castilla Calderas

Directora de Tesis: Dra. Elena Azaola Garrido

México D. F., Febrero 2011

Índice

Introducción	2
Capítulo 1	
El Derecho a la no Discriminación	10
1.1 La igualdad de derechos.....	10
1.2 El derecho a la no discriminación.....	13
1.3 El marco jurídico en México	20
1.4 Las personas con trastornos mentales ¿diferencia o desigualdad?.....	23
Capítulo 2	
Las razones de la sinrazón	28
2.1 La exclusión	29
2.2 Las razones de la sinrazón	31
2.3 “Deus Providebit”	38
2.4 El abordaje desde los derechos humanos: ¿retrasado, impedido, enfermo mental o discapacitado?.....	49
Capítulo 3	
Discriminación a las personas con trastornos mentales	56
3.1 Atención a las personas con trastornos mentales en un Organismo de Derechos Humanos .	59
3.2 Temáticas	69
3.2.1 Salud.....	70
3.2.2 Familia	81
3.2.3 Capacidad jurídica y acceso a la justicia.....	94
3.2.4 Personas en contextos específicos.....	105
3.2.4.1 Personas con trastornos mentales en situación de calle.....	105
3.2.4.2 Personas con trastornos mentales en centros de reclusión.....	108
3.3 Ámbitos de discriminación	110
Conclusiones	113

INTRODUCCIÓN

Analizar el tema de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales es un camino complejo, pues su componente fundamental no abarca solamente la salud. La condición de las personas que presentan alguna afectación en su salud mental está determinada, entre otras cosas, por factores históricos, culturales, ideológicos, legales y económicos. La conjugación de dichos factores determina en muchos sentidos la importancia que se otorga a la implementación de políticas públicas en el campo de la salud mental.

Actualmente se considera a las personas con enfermedades mentales como un grupo en condición de vulnerabilidad. La Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos en México (OACNUDH: 2003) en su diagnóstico sobre la situación de los derechos humanos en nuestro país consideró que algunas de las condiciones que colocan a las personas con trastornos mentales en condiciones de vulnerabilidad son las siguientes: la imposibilidad de ejercer su derecho a la salud, pues aunque hay grandes avances en las neurociencias, son pocos los mexicanos que disfrutan de estos avances a causa del rezago en el sistema de salud de nuestro país y la falta de equidad en el acceso. En segundo lugar encontraron que muchos de estos padecimientos sin una detección temprana e intervención oportuna se vuelven crónicos y generan alguna discapacidad; un tercer factor es la poca sensibilización y el desconocimiento de los derechos de los enfermos mentales tanto de los miembros que padecen o representan a este grupo, como de la sociedad y el Estado. Además, la pobreza y la falta de servicios de atención médica, los prejuicios y el estigma relacionado con este tipo de padecimiento hacen que las personas no busquen ayuda especializada, pues no se sumen como personas con trastornos mentales.

Un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud¹ que reunió información de 185 países, mostró que el ámbito de la salud mental es poco atendido a nivel mundial. Algunos de los datos que generó son los siguientes: 41% de los países no tiene definida una política de salud mental, 25% carece de legislación en la materia, 28% no dispone de un presupuesto independiente para salud mental (y entre los países que informaron tenerlo, 36% destina a esta área menos de 1% de su presupuesto total de salud), 37% carece de establecimientos de atención comunitaria en salud mental. En más de 25% de los países, los centros de atención primaria no tienen acceso a medicamentos psiquiátricos esenciales, en más de 27% no hay ningún sistema para recoger y difundir información relativa a la salud mental, alrededor de 65% de las camas destinadas a la atención de salud mental se encuentra en hospitales psiquiátricos autónomos,² 70% de la población mundial dispone de menos de un psiquiatra por cada 100 000 habitantes.

A pesar de que el acceso a la salud es el ámbito en el que se han generado mayores avances, no se ha logrado garantizar a las personas con trastornos mentales el acceso a tratamientos y terapias eficaces. Y debido a que la atención a esta problemática no se restringe al ámbito de la salud, sin un enfoque integral que atienda las condiciones estructurales de desigualdad en que se ha colocado a este grupo de población, será complicado generar políticas públicas que atiendan la condición de vulnerabilidad en que se encuentran.

Los derechos humanos han sido un factor fundamental para visualizar esta problemática, señalando la situación de discriminación de la que son objeto debido a su condición de salud; mediante diversos instrumentos se han especificado los derechos que se deben garantizar a estas personas. Uno de ellos es el que se consagra en los Principios de las Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales, que establece la no discriminación por motivo de enfermedad mental, es decir, que todo paciente tiene derecho

¹ Proyecto ATLAS, 2000-2001

² En el estudio, con este término se hace referencia a los hospitales psiquiátricos privados.

a ser tratado y atendido en la comunidad en la que vive y derecho a recibir el tratamiento menos restrictivo posible. En la actualidad, sin embargo, la aplicación de este principio está lejos de ser garantizado.

De acuerdo con lo anterior y para analizar esta problemática desde la perspectiva de los derechos humanos, considero adecuado hacerlo desde el enfoque teórico del derecho a la no discriminación, entendida ésta como toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que se basa en determinados motivos, como la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional o social, la posición económica, el nacimiento o cualquier otra condición social que tenga por objeto o resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas. Para Carlos de la Torre (2006:124) “el derecho a la no discriminación es un derecho de acceso cuya función principal es garantizar que todas las personas puedan gozar y ejercer sus derechos fundamentales en igualdad de condiciones”.

Barrère (2001) hace un análisis del concepto de discriminación en el que afirma que hablar de discriminación como una conducta individualizada deja fuera a toda una serie de desigualdades que se han construido históricamente en torno a un grupo social, por ello prefiere hablar de discriminación estructural, la cual sería resultado de una relación de subordinación como proceso de desigualdad estructural de carácter grupal. “A veces la subordinación se manifiesta como discriminación y el Derecho se queda con esto. Con ello se produce una selección de la realidad, una especie de reducción que se hace que permanezca invisible para la conceptualización jurídica una realidad de subordinación grupal producto de las relaciones sociales de poder”. (Barrère, 2001: 10). Este enfoque del derecho a la no discriminación es importante para analizar las cuestiones relacionadas con las personas con trastornos mentales desde una perspectiva integral.

Por lo anterior, si no se garantiza el derecho a la no discriminación, seguramente otros derechos civiles, políticos, económicos, sociales, y culturales no se garantizarán. Este

derecho adquiere especial importancia para las personas con trastornos mentales, pues en muchas ocasiones la protección hacia este grupo genera una actitud paternalista que puede llevar a la discriminación tutelar al justificar la negación de ciertos derechos como una forma de protección a su persona; este proceso imposibilita que sean actores en la construcción y defensa de sus derechos humanos, situación que, como ha planteado Carlos de la Torre (2006), es un aspecto importante en el avance del derecho antidiscriminatorio, en tanto que permitiría el “empoderamiento jurídico, económico, cultural y político de ciertos grupos en situación de vulnerabilidad para que ellos mismos estén en posibilidad de generar las acciones necesarias para transformar la situación de marginación y exclusión en la que se encuentran”.

Una de las posibles razones por las que México no genera acciones para ejercer el derecho a la no discriminación de este sector específico, es la escasa y no actualizada información que existe respecto a las personas con trastornos mentales. El Comité de Derechos Humanos³ en su observación número 18, consideró que los informes de los Estados Parte respecto a las medidas para garantizar el derecho a la no discriminación contiene información tanto sobre medidas legislativas como administrativas y decisiones de los tribunales relacionados con la protección contra la discriminación jurídica, pero carecen de información que ponga de manifiesto la discriminación de hecho. Por lo anterior, dicho Comité solicitó saber si persiste algún problema de discriminación de hecho, practicada ya sea por las autoridades públicas, la comunidad o por persona u órganos privados.

Ante esta falta de información es importante generar estudios que describan la discriminación de hecho practicada hacia las personas con trastornos mentales. En este sentido, el objetivo principal del presente estudio es realizar un análisis descriptivo-interpretativo respecto a las condiciones de discriminación estructural en que se coloca a las personas debido a la suposición o existencia de un diagnóstico respecto a su salud mental.

³ Es el órgano de la Organización de Naciones Unidas formado por expertos independientes que vigila el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

La investigación se basa en una selección de 60 casos atendido por la Dirección General de Quejas y Orientación de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) en un periodo comprendido de 2007 a 2009. Los casos analizados se dividieron en cuatro temáticas representativas de las condiciones de discriminación en que se coloca a las personas con trastornos mentales y que en conjunto permiten explicar de manera más integral la violación al derecho a la no discriminación desde la perspectiva estructural.

Temática	Casos	%
Salud	12	20%
Familia	24	40%
Capacidad jurídica y acceso a la justicia	16	27%
Contextos diversos	8	13%
	60	100%

Se recogen además testimonios de cinco informantes-claves respecto al tema de la salud mental, a quienes en el mes de octubre de 2010 se les realizó una entrevista semiestructurada de acuerdo con las temáticas abordadas.

Persona entrevistada	Organización o institución a la que pertenece
Margarita Saucedo	Presidenta de la Asociación de Familiares y amigos de Pacientes Esquizofrénicos A. C. (AFAPE)
Gabriela Cámara	Presidenta de Voz Pro Salud Mental en el Distrito Federal
Perla Xóchitl Ortiz Romero	Directora del Centro de Asistencia e Integración Social “Cuemanco” del Gobierno del Distrito Federal
Sergio	Vicepresidente de AFAPE
Mahoma Maciel	Persona a quien hace 17 años se le diagnosticó esquizofrenia y quien participa en AFAPE

Con base en los casos seleccionados y la entrevistas realizadas, las preguntas que guían la presente investigación son las siguientes: 1) ¿En qué consiste la discriminación estructural

hacia las personas con trastornos mentales?, 2) ¿Cuáles son los ámbitos y las acciones que se convierten en actos discriminatorios hacia las personas con trastornos mentales con base en los casos atendidos por la CDHDF?, y 3) ¿Cuál es el resultado de la discriminación hacia las personas con trastornos mentales en el Distrito Federal?

Los datos que se analizarán no buscan hacer generalizaciones, pues se encuentran restringidos al ámbito local del Distrito Federal, a cuya realidad están destinadas las conclusiones y propuestas que se aportan. Como todo estudio descriptivo-interpretativo, busca alcanzar “un mayor conocimiento de la realidad estudiada, y en la medida de lo posible, avanzar mediante su descripción y comprensión hacia la elaboración de modelos conceptuales explicativos” (Rodríguez Gómez *et al.*: 1999:200)

Para lograr lo anterior, en el primer capítulo se analizan los conceptos de igualdad, discriminación, y discriminación estructural, analizando las aportaciones teóricas y los principales instrumentos jurídicos en los que se establece el derecho a la no discriminación. Quienes han estudiado el derecho a la no discriminación como Barrère Unzueta (2001) consideran que la igualdad formal no basta para garantizar una igualdad en el ejercicio de los derechos, por lo que es necesario considerar distintos sentidos al concepto entre los que están la igualdad de todos, la igualdad de hecho o sustantiva. Esto permitió ampliar la percepción sobre la igualdad y no discriminación ya que éstas no sólo hacen referencia a una relación jurídica del sujeto, sino que también abarcan las condiciones de desventaja y subordinación en las que se ha colocado a ciertos grupos, para quienes además de garantizar la igualdad de derechos era necesario garantizar medidas de acción positiva que generaran un equilibrio para el ejercicio de sus derechos. Por ello es importante analizar la perspectiva teórica de la discriminación estructural. El objetivo de este capítulo es ahondar sobre la discriminación en su aspecto estructural y los ámbitos en que se niega el acceso a los derechos fundamentales.

En el segundo capítulo se definirán conceptos como salud mental y trastorno mental, asimismo se analizarán las condiciones de desigualdad en las que se colocó a las

personas con trastornos mentales. La forma de abordar este aspecto se basa en aportes teóricos que analizan la manera en que se trató la “locura” como forma de excluir y estigmatizar a las personas por su condición de salud; se analizan “las razones de la sinrazón”, la construcción social del enfermo mental y la situación de estigma de la que son objeto. El objetivo de este capítulo, es analizar los procesos sociales que históricamente han colocado a este grupo en situación de desigualdad, a nivel jurídico, social y económico. Lo anterior con el fin de mostrar cómo este proceso las ha llevado a una discriminación estructural en distintos ámbitos. Posteriormente se hará una breve referencia a la forma incipiente en que se ha abordado la salud mental en México, y en particular en el Distrito Federal y los estudios que se han generado respecto a este grupo de población. Finalmente se abordará el lugar de los Derechos Humanos y Organismos Internacionales para visibilizar la violación del derecho a la no discriminación de estas personas.

En el tercer capítulo y con base en los conceptos y estudios analizados en los capítulos anteriores, se desarrollará un estudio descriptivo-interpretativo respecto de una selección de expedientes relacionados con personas con trastornos mentales que se atendieron en la Dirección General de Quejas y Orientación de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal de 2007 a 2009. Se determinó analizar ese periodo porque en el año 2007 se creó en la Dirección General de Quejas y Orientación de la CDHDF, un área que atendía de manera especializada a personas con problemas de salud mental. El criterio de selección de expedientes fue la separación de unidades en criterios temáticos, y de acuerdo con los principales temas se eligió una muestra de expedientes relacionados con cada tema, en los que se hubiera mayor información sobre el seguimiento de los casos atendidos. Sumadas a la muestra de expedientes, en el tercer capítulo se incluyeron las cinco entrevistas realizadas a integrantes de organizaciones de la sociedad civil y una dependencia del Gobierno del Distrito Federal que da servicio a este tipo de población. Hechas en el mes de octubre de 2010.

Las temáticas que se analizarán son cuatro: salud, familia, personalidad jurídica y acceso a la justicia, y personas en contextos específicos; se consideraron estas temáticas pensando

que constituyen ámbitos en los que, según la información recabada, se generan acciones y omisiones que resultan en discriminación estructural hacia las personas con trastornos mentales. Los cuatro ámbitos guardan relación entre sí, por lo cual es necesario atenderlos en conjunto, pues atender sólo un aspecto de las condiciones que generan la discriminación tendrá muy poco efecto en la transformación de la realidad analizada.

Finalmente se presentarán conclusiones respecto a los ámbitos en los que se generan acciones que resultan en actos de discriminación hacia las personas con trastornos mentales y propuestas que permitan considerar la manera en que un organismo de derechos humanos como la Comisión del Distrito Federal puede contribuir a garantizar el derecho a la no discriminación de este grupo de población en el Distrito Federal.

CAPÍTULO I

El derecho a la no discriminación

En el presente capítulo se abordará el concepto de igualdad como principio político de relación social construido en la modernidad; será necesario especificar el tipo de relación que se estableció determinando quiénes fueron considerados iguales y respecto a qué. Un primer sentido universal del concepto de igualdad convino la igualdad de todas las personas frente a ley, sin embargo, este principio por sí mismo no garantizaba la igualdad real, pues ésta además de su sentido formal debía fijar un contenido sustantivo que generará las condiciones para una igualdad en el ejercicio de los derechos.

Con base en el principio de igualdad, se analizará el derecho a la no discriminación como principio que busca garantizar el respeto a la igualdad de todas las personas para el goce y ejercicio de todos sus derechos. Se considerará la discriminación no sólo en su aspecto individual, sino además como una relación de subordinación como proceso de desigualdad estructural de carácter grupal. Se analizará la manera en que este derecho ha sido reconocido en el marco normativo de México y las dificultades para garantizarlo. Finalmente, se reflexionará respecto de la importancia del derecho a la no discriminación para los grupos en situación de vulnerabilidad, particularmente respecto a las personas con trastornos mentales.

1.1 - La igualdad de derechos

El Estado moderno como organización social y política es definido por O'Donnell (2004) como un conjunto de instituciones y relaciones sociales (casi todas ellas sancionadas y respaldadas por el sistema legal del mismo Estado) que normalmente penetran y controlan la población y el territorio que ese conjunto delimita geográficamente. Su creación fue un proceso histórico que, en el análisis de Heller (1985: 12), implicó transformaciones en

distintos aspectos: a) desde el punto de vista político, el paso del Estado absoluto del antiguo régimen, al Estado liberal, y sin reducción de aquél, al Estado constitucional, institucionalizado inicialmente como Estado liberal de derecho; b) desde el punto de vista sociológico, un profundo cambio de una sociedad estamental a una sociedad clasista, expresión de un nuevo modelo de producción y de la muy diferente posición de las plurales clases sociales dentro de él; c) desde el punto de vista de la economía, las correlativas transformaciones que van desde el total agotamiento del caduco sistema feudal y gremial al poderoso surgimiento e instauración del que con decisiva acumulación privada, se denominará “modo capitalista de producción”; d) desde el punto de vista jurídico, se trataría del tránsito de un derecho desigual para individuos desiguales a un derecho igual para individuos desiguales, pero dotado con coherentes y mayores potencialidades de igualdad y, a su vez, con amplio reconocimiento y garantía de un buen número de libertades y derechos fundamentales.

A continuación se hará referencia a la última transformación que menciona Heller: el tránsito hacia la igualdad como uno de los principios fundamentales proclamado por las revoluciones liberales, expresada en la máxima “todos los hombres son (o nacen) iguales”. Esta proclama surge en contraposición con una sociedad estamental en la que no todos tenían el reconocimiento de igualdad ante la ley, lo que imposibilitaba tener acceso a la participación en la toma de decisiones políticas. Sin embargo, la instauración de la igualdad como principio, no incluyó a todas las personas; en un primer momento quedan fuera las mujeres, delegadas al ámbito privado del hogar, así como los niños, las personas con discapacidad y los esclavos, de quienes se dudaba que tuvieran la capacidad y razón suficiente para tomar parte de los asuntos públicos. ¿A qué se refería entonces ese “todos”?, Barrère explica que era a “la totalidad de los pertenecientes a un determinado grupo social, en la medida en que se trata de un grupo más extenso del que hasta entonces había detentado el poder [...] la igualdad política liberal, es una igualdad entre individuos, varones, blancos y propietarios. La diferencia de poder (*status*) entre los distintos grupos sociales no queda registrada en el concepto político de la igualdad liberal” (Barrère s/f: 8).

A pesar de la universalidad que adquirió el término *igualdad*, apareciendo gradualmente como principio en la mayoría de las Constituciones de los distintos Estados modernos, resultaba un principio poco claro y que podía tener diversas interpretaciones. Bobbio (1993) reconoce que el principio de igualdad debía especificarse en dos sentidos: igualdad entre quiénes e igualdad en qué, para tener un contenido específico. El sentido universalmente reconocido de la igualdad es el que establecía la igualdad de todos los hombres frente a la ley, es decir, igualdad en el ejercicio de los derechos, lo que trasciende el mero sentido formal de la igualdad proclamada por el liberalismo.

La igualdad que se instaura en el derecho liberal moderno establece una relación jurídica, pero no se refiere a las condiciones de existencia material social, es un concepto normativo y no descriptivo de ninguna realidad natural o social. Por sí sola la igualdad consiste en una relación, “lo que da a esta relación un valor, es decir lo que hace de ella una línea humanamente deseable, es el ser justa [...] la igualdad no es de por sí un valor, sino que lo es tan sólo en la medida en que sea una condición necesaria [...] de la armonía del todo (Bobbio, 1993: 58-59). Resumiendo, podemos ver cómo la igualdad ante la ley fue un avance en el reconocimiento de cierto equilibrio o justicia, pero en la medida en que más grupos fueron exigiendo condiciones de igualdad se dotó de contenido ese valor, estableciendo en contextos específicos las condiciones que permiten la armonía de un todo y la posibilidad de generar condiciones materiales que faciliten en la realidad la igualdad ante la ley.

Para que las personas pudieran tener acceso al ejercicio de los derechos reconocidos por la ley, debían existir condiciones que lo posibilitaran y en las que frecuentemente se encontraban disparidades que impedían el ejercicio igualitario de sus derechos. Del principio de la igualdad frente a la ley quedó claro que era necesario pasar a la igualdad de oportunidades que permitiera una igualdad real o sustancial. Lo anterior amplía el Estado de derecho al Estado social, el cual no sólo garantiza la igualdad ante la ley, sino que además propicia la igualdad de oportunidades, y amplía el concepto de igualdad, “la igualdad jurídica genera frente al poder un deber nítido de abstención o no discriminación,

mientras que la igualdad de hecho genera obligaciones más complejas de organización, procedimiento y prestación” (Prieto, 2001: 30).

La igualdad como valor político fundamental de las sociedades modernas define no sólo una condición jurídica de los habitantes en un Estado determinado sino que fomenta el acceso a los derechos fundamentales. En la medida en que el derecho a la igualdad se fue ampliando a todas las personas, fue necesario establecer en la normatividad que ninguna diferencia podía aducirse para menoscabar el goce de ese derecho. Por ello, el fundamento de todos los tratados internacionales de derechos humanos es el derecho a la no discriminación, pues como menciona Ferrajoli “las discriminaciones serían las desigualdades antijurídicas” (1999: 83).

1.2- El derecho a la no discriminación

Si hay algo que caracteriza a los seres humanos y a las sociedades es que éstos se desarrollan en la diferencia, algunas diferencias son producto de la forma en que elegimos distintas maneras de relacionarnos con los otros: las concepciones del mundo, visiones políticas e identidades que elegimos. Otras diferencias se originan en la manera como se organizan las relaciones políticas y económicas en el mundo, lo que las convierte en desigualdades entre ricos y pobres, entre hombres y mujeres, entre indígenas y mestizos, etc. Así, podemos ver que algunas diferencias nos enriquecen culturalmente, pero las desigualdades generalmente conducen a procesos de dominación y subordinación.

Al respecto Ferrajoli señala que “las diferencias –sean naturales o culturales– no son otra cosa que los rasgos específicos que diferencian y al mismo tiempo individualizan a las personas y que, en cuanto tales, son tutelados por los derechos fundamentales [...] Las desigualdades –sean económicas o sociales– son, en cambio, las disparidades entre sujetos producidas por la diversidad de sus derechos patrimoniales, así como de sus posiciones de poder y sujeción”. (Ferrajoli, 1999: 83). Por lo tanto, una diferencia no genera una

condición de desigualdad, ésta se genera al utilizar una diferencia como argumento para excluir a determinados sujetos del pleno goce de sus derechos humanos.

La igualdad y la no discriminación han sido un fundamento para el desarrollo de los derechos humanos, pues éstos buscan reconocer derechos a todas las personas y generar las condiciones para que puedan ejercerlos, por ello se considera que la importancia del derecho a la no discriminación es que “constituye un derecho de acceso, o si se prefiere, un meta-derecho que se coloca por encima del resto de los derechos y cuya función principal es garantizar que todas las personas, sin ningún tipo de distinción razonable, puedan gozar y ejercer sus derechos fundamentales en igualdad de condiciones” (De la Torre, 2006: 124). Desde 1945 este derecho queda reconocido en la carta fundacional de la Organización de la Naciones Unidas en la que se contempla una prohibición expresa a hacer algún tipo de distinción por motivos de sexo, raza, idioma y religión en el ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales.

La discriminación no sólo es una conducta individual, pues generalmente las conductas de trato discriminatorio se fundamentan en condiciones estructurales que excluyen y subordinan a ciertos grupos con base en características físicas o culturales. La perspectiva estructural de la discriminación, posibilita la generación de nuevas perspectivas que cuestionan el principio de autonomía e igualdad contractual en la que se colocaba al individuo desde la perspectiva liberal. Si bien, el reconocimiento formal de la igualdad llevó a que todas las personas pudieran ser titulares de todos los derechos que estaban reconocidos jurídicamente, no garantizaba que realmente pudieran ejercerlos. Por ello, comenzó a hablarse de igualdad de oportunidades o igualdad sustantiva como significados del concepto de igualdad mediante los cuales se desarrollan medidas específicas para grupos que en los hechos continuaban en condiciones de desigualdad.

En este sentido, un avance importante fue considerar a la no discriminación como un derecho humano, lo cual exigió a los Estados crear legislaciones y políticas públicas para impedir conductas discriminatorias. Al igual que el concepto de igualdad, la

discriminación no tiene un significado absoluto pues varían las condiciones que generan discriminación y los grupos que son objeto de ésta. Por este motivo es importante analizar la forma en que se desarrolla este derecho a nivel internacional y en particular en el caso de México, pues de la forma en que se conceptualice dependerán las medidas que se considere prioritario impulsar para generar condiciones de igualdad.

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948 se proclama que “toda persona tiene los derechos y libertades consagrados por la Declaración, sin distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición” (art. 2). A partir de entonces el derecho a la no discriminación se contempla en la mayoría de los tratados sobre derechos humanos, algunos han proporcionado definiciones y otros sólo han hecho referencia a la obligación de garantizar los derechos que contiene el tratado sin ninguna discriminación.

El Convenio número 111 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) relativo a la discriminación en materia de empleo y ocupación fue el primer instrumento internacional que define lo que se entiende por discriminación. Al igual que el resto de instrumentos internacionales y regionales, describe la discriminación como cualquier distinción, exclusión o preferencia basada en un conjunto de motivos o cualidades personales que tienen por efecto anular o alterar la igualdad de oportunidades o de trato en el empleo y ocupación (De la Torre, 2006: 136).

La definición sobre el concepto de discriminación que se considera más completa es la que aportó el Comité de Derechos Humanos, organismo de vigilancia del Pacto de los Derechos Civiles y Políticos, basándose en la definición de discriminación que aportaron la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial (CERD, por sus siglas en inglés) y la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés). La definición de discriminación del Comité de Derechos Humanos es la siguiente:

Toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que se basa en determinados motivos, como la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de

otra índole, el origen nacional o social, la posición económica, el nacimiento o cualquier otra condición social que tenga por objeto o resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas (Párrafo 7 de la Observación general núm. 18).

Definir el concepto de discriminación fue un avance importante, pues permitió contar con un parámetro para identificar las situaciones en que un individuo o grupo es objeto de una práctica discriminatoria, retoma las principales condiciones sobre las que se basa este tipo de trato, pero además lo deja abierto a *cualquier otra condición social*, lo que indica que la discriminación no es un concepto cerrado puesto que las condiciones que la generan pueden variar. Otro elemento importante de esta definición es considerar que las conductas que generan discriminación puedan tener *por objeto o por resultado* esta conducta, lo cual abarca condiciones, leyes o políticas que, sin la intención de generar discriminación, tengan como resultado la restricción de ciertos derechos a individuos o grupos.

Al respecto, algunos autores como Courtis (2006: 196-197) han diferenciado entre una discriminación legal (o normativa) y discriminación de hecho (de facto o “invisible”). La primera se refiere a aquella que se basa en un factor que excluye, restringe o menoscaba el goce o el ejercicio de un derecho. Este tipo de discriminación puede ser directa o indirecta. El segundo tipo de discriminación, la “invisible”, se caracteriza por la ausencia de un factor explícito para excluir, restringir o menoscabar los derechos de los miembros de un grupo determinado. El factor puede ser consciente o inconsciente pero el resultado es, a fin de cuentas, la exclusión de los miembros del grupo.

Barrère (2001: 5- 6) nos explica que existen dos situaciones en que se puede dar un acto de discriminación: 1) directa; la disposición que rompe con la igualdad de trato efectuando diferencias basadas en características definitorias de las personas pertenecientes a un grupo, e 2) indirecta; en el caso de que la igualdad de trato se rompa, no por medio de la disposición sino como resultado de la misma. Sin embargo, también reconoce que en ambos casos hablar de discriminación implica identificar un trato, es decir, una conducta

individualizada o concreta a la que se le imputa el injusto, por lo que deja fuera del concepto jurídico de discriminación toda una larga serie de situaciones de desigualdad. Así, lo que el derecho considera como discriminación sería solamente un epifenómeno de la subordinación, entendida como desigualdad estructural de carácter grupal.

Ésta sería una crítica que se puede imputar al concepto de discriminación que generalmente se visualiza sólo como un acto individual, pues no se asume que ciertos grupos como son las mujeres, los discapacitados, los indígenas, la comunidad LGBTTTI,⁴ generalmente se encuentran en una condición de subordinación, sobre todo si su pertenencia a estos grupos se cruza con otras condiciones como la pobreza. Desde mi punto de vista, podría interpretarse la pobreza como una condición social que tendría por resultado menoscabar el ejercicio de los derechos, por eso creo que es importante que el concepto de discriminación quede abierto a otras condiciones sociales y a conductas que sin tener ese objetivo resulten en discriminación.

El movimiento de mujeres realizó críticas al concepto de igualdad y no discriminación al considerar que no se tenían en cuenta condiciones de desventaja en que históricamente se encuentran ciertos grupos sociales. Esta crítica puso de manifiesto que no bastaba con el trato igualitario y la prohibición de la discriminación para terminar con las condiciones de desventaja, por el contrario, se reproducían situaciones de desventaja y desigualdad. Al respecto se consideraron importantes las *medidas de acción positiva*, por medio de las cuales se busca generar políticas públicas destinadas a empoderar a los grupos discriminados, con la finalidad de eliminar las condiciones de desigualdad en que se encuentran. Así como la reflexión del movimiento de mujeres aportó elementos muy importantes en el desarrollo del derecho a la no discriminación, el análisis de la condición de otros grupos discriminados puede llevar a un resultado similar.

⁴ Lésbico, Gay, Bisexual, Transgénero, Travesti, Transexual e Intersexual.

Para hacer un análisis de la discriminación es útil tener en cuenta los elementos que señala Carlos de la Torre (2006), mismos que se encuentran en la definición de discriminación de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial. Estos elementos son: 1) Acciones (distinguir, excluir, restringir o preferir), 2) Motivos (raza, color, linaje u origen nacional o étnico), 3) Resultados (anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales); y 4) Ámbitos (política, económica, social, cultural o cualquier otra esfera de la vida pública). Con base en el análisis de estos elementos podemos explicar de una forma más completa la discriminación hacia grupos sociales que históricamente se han colocado en condiciones de subordinación, a quienes por sus diferencias se les coloca en situaciones de desigualdad.

En el mismo análisis en torno al derecho a la no discriminación, Carlos de la Torre (2006: 154-156) señala como elementos importantes las obligaciones que establece la CEDAW para que los Estados Parte lleven a cabo una política contra la discriminación de las mujeres, la cual se puede clasificar en cinco tipos: 1) la adopción de medidas legislativas, en el sentido de eliminar toda distinción discriminatoria; 2) la implementación de mecanismos nacionales de justicia al que las mujeres puedan acceder para exigir la protección de sus derechos, 3) la obligación del Estado de abstenerse de toda conducta discriminatoria, y velar por que ninguna institución cometa dichos actos, 4) la labor educativa y cultural; con dos estrategias de acción: modificar los patrones culturales de conducta basados en prejuicios y revalorar el importante papel que desempeña la mujer en todos los ámbitos públicos y privados, y 5) la implementación de medidas especiales de carácter temporal encaminadas a acelerar la igualdad entre el hombre y la mujer. Considero que estas obligaciones también pueden ser elementos importantes para analizar las políticas públicas necesarias para otros grupos discriminados.

En resumen, los conceptos que nos permitirán analizar el derecho a la no discriminación de las personas con trastornos mentales son los siguientes:

DISCRIMINACIÓN

Toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que se basa en determinados motivos, como la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional o social, la posición económica, el nacimiento o cualquier otra condición social que tengan por objeto o resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas

Discriminación directa: *la disposición que rompe con la igualdad de trato efectuando diferencias basadas en características definitorias de las personas pertenecientes a un grupo*

Discriminación indirecta: *en el caso de que la igualdad de trato se rompa, no a través de la disposición sino a resultas de los efectos o consecuencias de la misma*

La discriminación como acto directo que niega los derechos de una persona, sólo puede ser entendida y analizada en una contexto más amplio, el cual además nos permite considerar el problema de manera integral y considerar soluciones al mismo que no sólo vayan atendiendo casos individuales (lo cual es muy importante), sino que además atiende las causas del mismo, y para ello es necesario considerar a la discriminación como proceso de subordinación estructural.



1.3- El marco jurídico en México

El desarrollo del derecho a la no discriminación ha llevado a que los Estados Parte de los tratados internacionales sobre el tema deban establecer un marco legal contra la discriminación, evaluando la normatividad vigente y generando nuevas leyes o reformando las existentes. En el caso de nuestro país fue hasta entrado el siglo XXI cuando se comenzó a debatir el tema desde al ámbito gubernamental, impulsado por organizaciones sociales que ya trabajaban sobre el asunto. Es con la reforma del 14 de agosto de 2001 cuando se incorpora en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos un tercer párrafo a su artículo 1 para establecer el principio de no discriminación. Otro momento importante al respecto fue la creación en 2001 de la Comisión Ciudadana de Estudios Contra la Discriminación, instancia que presentó el anteproyecto de ley para prevenir y erradicar la discriminación, la cual sirvió de iniciativa para la Ley federal que se aprobó en junio de 2003.

El marco legal mexicano en la Constitución prohíbe la discriminación al establecer lo siguiente:

...queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas. (Art. 1)

Al respecto, la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN) estableció la siguiente tesis:

GARANTÍA DE NO DISCRIMINACIÓN. SU PROTECCIÓN CONSTITUCIONAL. De los artículos 1o., párrafo tercero, y 4o., párrafo primero, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se advierte que la no discriminación es una verdadera garantía individual, consistente en el derecho subjetivo público del gobernado de ser tratado en la misma forma que todos los demás y el correlativo deber jurídico de la autoridad de garantizar un trato idéntico a todas las personas ubicadas en las mismas circunstancias. Ahora bien, conforme a tales preceptos, en la Nación Mexicana está prohibido todo tipo de discriminación que atente contra la dignidad humana, anule o menoscabe los derechos y libertades del varón y la mujer, porque ambos deben ser protegidos por la ley sin distinción alguna, independientemente de sus preferencias y, por ello, deben gozar de los mismos derechos y de la igualdad de oportunidades para ejercer las libertades

fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural, civil o en cualquier otra. (*Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, Novena Época, Segunda Sala, Tomo XXVI, agosto de 2007, tesis 2a. CXVI/2007, p. 639.)

En la Ley federal para prevenir y erradicar la Discriminación se entiende por discriminación:

...toda distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas. La xenofobia y el anti-semitismo en cualquiera de sus manifestaciones. (Art. 4)

La reforma a la Constitución y la creación de un marco legal contra la discriminación, representan un gran paso, ya que nuestro país estaba rezagado en el tema después de casi medio siglo de iniciado el debate en la Organización de Naciones Unidas. Sin embargo, a diferencia del concepto que se desarrolla en los tratados internacionales de derechos humanos, considero que la adopción que se hace de este principio en la normatividad de México es más restringida.

En primer lugar sólo se consideran la distinción, exclusión o restricción como formas de discriminación, lo que deja fuera a la preferencia, que sí se encuentra en la definición que aporta el Comité de Derechos Humanos. En segundo lugar, omite algo muy importante, pues no contempla las conductas que sin tener por objeto discriminar generan discriminación, ya que sólo se establecen las medidas que tengan por objeto anular o menoscabar los derechos fundamentales.

De acuerdo con lo anterior, no se contempla la discriminación indirecta, una de las críticas que realiza Carbonell, quien afirma que este tipo de discriminación “resulta de aplicar medidas que son formalmente neutras pero que perjudican a grupos en situación de vulnerabilidad” (2007: 84). En un proyecto ciudadano presentado en 2001, y que se considera como el antecedente de Ley contra la Discriminación, se había estimado pertinente incluir un párrafo con el siguiente texto: “Así mismo, será considerada

discriminatoria toda ley o acto que, siendo de aplicación idéntica para todas las personas, produzca consecuencias perjudiciales para las personas en situación de vulnerabilidad”.

Estas omisiones en la definición de discriminación tienen importantes repercusiones a la hora de generar mecanismos, dispositivos y medidas que se consideran necesarias para construir condiciones de igualdad sustancial, así como en el tipo de relaciones a las que se aplicará la medida. Conceptos más abiertos y flexibles permiten que se adecúen a los cambios de la sociedad y a las diferentes condiciones que puede implicar un acto discriminatorio. Si bien, podrían considerarse como un punto de partida que permita una interpretación amplia desde la perspectiva de los derechos humanos, ésta no es una práctica muy común en nuestro Poder Judicial, donde la interpretación generalmente es literal.

Queda excluido del principio constitucional, de la LFPED y de la interpretación que hace al respecto la SCJN la visión de la discriminación como el resultado de la subordinación estructural de ciertos grupos. Ello limita una posición que obligue al Estado a garantizar medidas de acción positiva que creen condiciones de igualdad sustancial para los grupos en situación de vulnerabilidad. Al respecto, Carbonell (2007) se pregunta si las normas jurídicas deben establecer medidas sustantivas para revertir las desigualdades sociales o si el ordenamiento jurídico se debe limitar a prohibir cualquier forma de discriminación por medio de la previsión de una cláusula de igualdad formal.

Lo que parece prevalecer en la interpretación que hace la SCJN es que el ordenamiento jurídico debe limitarse a prohibir cualquier forma de discriminación mediante una cláusula formal cuando afirma que: “está prohibido todo tipo de discriminación que atente contra la dignidad humana, anule o menoscabe los derechos y libertades del varón y la mujer, porque ambos deben ser protegidos por la ley sin distinción alguna, independientemente de sus preferencias y, por ello, deben gozar de los mismos derechos y de la igualdad de oportunidades”. Desde esta visión se consideraría que una medida que genere mayores oportunidades a los grupos en desventaja para alcanzar una igualdad

sustancial sería una forma más de discriminación, una discriminación positiva, la forma en que erróneamente se ha definido a las acciones afirmativas.

Aunque no se consideran en el texto constitucional las medidas de acción afirmativas, estas sí se incluyen en la LFPED, las cuales se denominan medidas positivas y compensatorias. En el texto se enumeran el tipo de medidas necesarias en el caso de la mujeres en particular, los niños y niñas, los adultos mayores de 60 años y los indígenas (Arts. 10 al 14), para el resto de los grupos a los que se refiere el artículo 4 la adopción de la medidas que se consideren necesarias se deja al criterio de los órganos públicos y la autoridades federales (Art. 15). Nuevamente, a diferencia de lo que se ha desarrollado en los tratados internacionales de derechos humanos como una obligación de los Estados, en México se deja espacio a la discrecionalidad en cuanto a las medidas que se deberán tomar para equiparar a los grupos en desventaja. El proyecto de la Comisión Ciudadana presentado en 2001 sí otorgaba importancia a estas medidas, pues tenía en cuenta que México es un país con una enorme brecha de desigualdad, por lo que era necesario tomar medidas drásticas para reducir o eliminar las condiciones que originan o facilitan la discriminación.

1.4- Las personas con trastornos mentales ¿diferencia o desigualdad?

Los trastornos mentales son definidos por la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), como “un conjunto, cuyos síntomas varían sustancialmente, pero estos todos se caracterizan en términos generales por *alguna combinación de anomalías de los procesos de pensamiento, de las emociones, del comportamiento y de las relaciones con los demás*. Como ejemplos cabe citar la esquizofrenia, la depresión, el retraso mental y los trastornos relacionados con el abuso de sustancias” (OMS, 2001: 10, las cursivas son mías). Generalmente los trastornos mentales se ubican e incluyen en la categoría de problemas de salud mental, sin embargo, en el presente estudio sólo haré referencia, en específico, a los trastornos mentales, pues

considero que la categoría *salud mental* es más amplia e incluso no se llega a una definición exhaustiva como veremos con más detenimiento en el próximo capítulo.

De acuerdo con datos de la OMS (2005) los trastornos mentales representan aproximadamente 12% del total de la carga global de las enfermedades. En el año 2020 dichos trastornos representarán cerca de 15% de la discapacidad ajustada a los años de vida perdidos por enfermedad. Cabe destacar que el impacto de los trastornos mentales es mayor cuando se trata de adultos jóvenes, por ser el sector más productivo de la población. De esta manera, en las próximas décadas, los países en vías de desarrollo serán testigos de un probable incremento desproporcionado de la carga atribuida a los trastornos mentales, ya que las personas con dichos trastornos se enfrentan a la estigmatización y discriminación en todas partes del mundo. “El impacto de los trastornos mentales no afecta uniformemente a todos los sectores de la sociedad. Los grupos con circunstancias adversas y con menos recursos tienen una mayor carga de vulnerabilidad para los trastornos mentales” (OMS, 2005: 2).

Las personas que presentan un trastorno mental constituyen un grupo social que con base en sus diferencias ha sido colocado en condiciones de desigualdad. Esta diferencia, sustentada principalmente en su condición de salud, fue tomada como base para generar desigualdades que en los hechos excluyeron a este grupo de población. Como veíamos anteriormente, las personas podemos tener diferencias y éstas, en ocasiones, son el motivo de situaciones en las que se violenta el principio de igualdad. La desigualdad que se ha construido en torno a las personas con trastornos mentales imposibilita el ejercicio de sus derechos que les permitan un desarrollo pleno; algunos como la salud, el empleo, el reconocimiento de su capacidad jurídica y acceso a la justicia, son vulnerados generando situaciones de discriminación.

En un diagnóstico sobre la situación de los derechos humanos en México realizado por la Oficina del Alto Comisionado de la Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH, 2003), se consideró a las personas que viven con alguna enfermedad mental como un grupo en situación de vulnerabilidad y discriminación. Con el término *vulnerable* se hace referencia a quien puede sufrir un daño; este término se comenzó a utilizar en el ámbito social para definir a grupos de población que en virtud de determinada condición (sexo, edad, condición económica, etc.), son discriminados negándoles derechos que les permitan acceder a una situación de igualdad respecto a otros grupos de la población. Las condiciones de vulnerabilidad se originan, además del prejuicio y del estigma, de la falta de políticas públicas que garanticen la igualdad sustancial de las personas que pertenecen a estos grupos, es por ello que la vulnerabilidad también se define por las barreras que impiden la participación plena y efectiva de estos grupos en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

La Ley para Prevenir y Erradicar la Discriminación en el Distrito Federal, considera a las personas con problemas de salud mental como un grupo en situación de discriminación.⁵ En la misma normatividad se establece la necesidad de dictar medidas preventivas en torno a estos grupos, como las siguientes: (Art. 13) “garantizar que sean tomadas en cuenta las necesidades y experiencias de las personas o grupos en situación de vulnerabilidad en todos los programas destinados a erradicar la pobreza y a promover espacios para su participación en el diseño, la implementación, el seguimiento y la evaluación de los programas y políticas públicas correspondientes”. Además se establece (Art. 15) “fortalecer los servicios de prevención, detección y tratamiento de enfermedades más recurrentes de los grupos en situación de discriminación”.

⁵ Artículo 4, fracción VII. Grupos en situación de discriminación: Se consideran grupos en situación de discriminación las niñas, los niños, los jóvenes, las mujeres, las personas que viven con VIH-SIDA, con discapacidad, con problemas de salud mental, orientación sexual e identidad de género, adultas mayores, privadas de su libertad, en situación de calle, migrantes, pueblos indígenas, y aquellos que sufran algún tipo de discriminación como consecuencia de las transformaciones sociales, culturales y económicas.

Uno de los factores que los coloca en situación de vulnerabilidad, es la imposibilidad de ejercer su derecho a la salud:

...aunque hay grandes avances en las neurociencias, son pocos los mexicanos que disfrutan de estos avances, por el rezago en el sistema de salud de nuestro país y la falta de equidad en el acceso. Ni siquiera los conocimientos básicos, clínicos y terapéuticos, acerca de los trastornos mentales han tenido el impacto que debieran, ya que son desconocidos por parte de la población. Esta situación se agrava visiblemente en el área rural donde los trastornos mentales rara vez son atendidos con un profesional o en instituciones de servicios especializados [...] De acuerdo con la recomendación de la Organización Mundial de la Salud, el número adecuado de médicos psiquiatras especializados en niños debería ser de uno por cada 10 mil. En México, en cambio, hay uno por cada 200 mil (OACNUDH, 2004: 177).

Otra factor determinante es que muchos de estos padecimientos sin una detección temprana e intervención oportuna se vuelven crónicos y generan alguna discapacidad,⁶ se considera que los cuatro trastornos “más discapacitantes son: esquizofrenia, depresión, obsesión compulsión y alcoholismo” (Medina-Mora, 2003: 3). De los datos obtenidos en el diagnóstico se estima que “en 70% de los casos la esquizofrenia empieza en la adolescencia. Desafortunadamente, se estima que 50% de los enfermos de esquizofrenia no son tratados adecuadamente o no han tenido contacto con médicos especializados. Es por ello que el 80% de ellos se vuelve discapacitado” (OACNUDH, 2003: 177). Finalmente, un tercer factor es la poca sensibilización y el desconocimiento de los derechos de los enfermos mentales tanto por parte de los miembros que padecen o representan a este grupo, como de la sociedad y el Estado.

Considerar a las personas con trastornos mentales como grupo en situación de vulnerabilidad y discriminación, permite detectar las condiciones que menoscaban su derecho a la igualdad. Debido a su condición de salud son excluidas de diversos ámbitos, y

⁶ La Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en su Preámbulo, inciso e) establece que “...la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”. En nuestro país la Ley General para Personas con Discapacidad define a una persona con discapacidad como: “...toda persona que presenta una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social.”

la justificación para ello es que su condición les impide ser capaces, autónomos y libres. Esta exclusión se relaciona con el concepto que en la modernidad se elaboró del individuo como titular de derechos, cuya principal característica era su capacidad de razonar y tomar decisiones por sí mismo. Con base en ello se continúa marginando a las personas que no caben en ese modelo, quienes parecían no ser razonables ni capaces de tomar decisiones, ¿qué propone la sociedad para ellos?

Es importante que en la legislación contra la discriminación se tenga especial atención a las personas con trastornos mentales, y se especifiquen algunas medidas para atender la situación de vulnerabilidad en la que se encuentran, que permita garantizar una igualdad de derechos. Sin embargo, en particular este grupo es al que menos se ha tenido en cuenta al momento de considerar medidas de acción positiva respecto a la situación de discriminación en la que se encuentran. Por lo cual, es importante analizar cómo se ha construido socialmente a los trastornos mentales como una condición que genera desigual acceso a los derechos fundamentales y de qué manera se ha atendido a este grupo de población en nuestro país, y en particular en el Distrito Federal, lo cual desarrollaré en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO II

Las razones de la sinrazón

En el presente capítulo retomaré aspectos de la historia de Felipe Raygoza, contada por Sacristán (1999), para analizar la manera en que se abordó la condición de las personas con trastornos mentales llevándolas a ser consideradas un grupo en situación de vulnerabilidad. En un primer apartado definiré lo que se entiende actualmente por trastorno mental e identificaré el contexto histórico en el que se construyó la “locura” como condición para marginar de la sociedad a determinadas personas, y de qué manera éstas se constituyeron como objeto de una disciplina científica como la psiquiatría, que gradualmente adquiriría una importancia no sólo en el ámbito médico sino también en el legal.

En un segundo apartado presentaré la manera en la que en México se ha brindado la atención a este grupo de población, la cual ha sido principalmente desde el paradigma médico, olvidando que es un fenómeno con múltiples causas que requiere además un tratamiento desde los aspectos económico, social, cultural y de derechos humanos. Finalmente, y debido a que la presente investigación se centra en el aspecto de derechos humanos de las personas con trastornos mentales, particularmente en su derecho a la no discriminación, presentaré los instrumentos que se han desarrollado para la defensa de las personas con trastornos mentales y los enfoques que han propuesto al respecto organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, con el fin de considerarlos como alternativas de abordaje respecto a la condición de este grupo de población

2.1- La exclusión

En 1873 Felipe Raygoza, un mexicano que había sido miembro de la corte de Maximiliano de Habsburgo, se vería inmerso en un juicio de interdicción⁷ iniciado por su esposa Manuela Moncada, mediante el cual se determinaría su capacidad o incapacidad jurídica. De acuerdo con su esposa y la familia de ésta, Raygoza presentaba comportamientos extraños que hacían dudar de su capacidad mental, los cuales ponían en riesgo el patrimonio familiar. El juicio de interdicción implicaba varios aspectos: sacarlo o no del hospital para enfermos mentales de San Hipólito, la administración de sus bienes, la educación de sus hijos, su vida marital y el desempeño de su profesión (era abogado). El juicio duraría cuatro años, y el propio Felipe Raygoza se haría cargo de su defensa. Fue valorado por 16 médicos, pues los diagnósticos se contradecían entre sí, algunos lo consideraban capaz y otros incapaz; aunque no prevaleció la unanimidad, la mayoría logró convencer que Raygoza padecía monomanía.

Al determinar que Raygoza presentaba un trastorno mental y que éste lo hacía incompetente para manejarse en forma autónoma, se le recluyó por el resto de su vida en el hospital para enfermos mentales de San Hipólito, su esposa se encargaría de la administración de sus bienes, así como de todas las decisiones respecto de la vida de su esposo. El juicio de interdicción parecía tener sólo la función de considerar la incapacidad jurídica de un individuo, y así determinar que no podía ejercer por sí mismo sus derechos y contraer obligaciones; el principal objetivo era proteger el patrimonio económico de su familia.

Sin embargo, un juicio de esta naturaleza tenía implicaciones más allá del ámbito jurídico y económico. Lo que le impedía a Raygoza continuar siendo un esposo, un padre, un abogado y una persona libre, era el diagnóstico médico, la “sinrazón” se había

⁷ Este tipo de juicio se realiza ante el juzgado civil para que declare que determinada persona está incapacitada de administrar sus bienes. Declarada la interdicción, se hará necesario pedirle al juez que nombre un tutor que se encargue de administrar los bienes y representar los intereses de esa persona.

apoderado de él. Éste es elemento fundamental mediante el cual una diferencia se fue construyendo como principio de desigualdad, ya que la razón es la cualidad que da la modernidad para otorgar a los individuos la condición de persona. Con esa sentencia, Felipe Raygoza no podría jamás tener libertad ni decidir sobre algún aspecto de su vida.

La historia de Felipe Raygoza es rescatada en un análisis historiográfico que realizó María Cristina Sacristán (1999) en torno a *la psiquiatría, la familia y el individuo frente a la modernidad liberal*. Con base en el análisis de ese caso, Sacristán consideró que en el liberalismo “mientras se previno el intercambio entre individuos libres e iguales, se estableció con determinados grupos una relación de tutela partiendo de su condición de minoridad, entre ellos los locos [...] el Estado liberal legisló sobre dos aspectos fundamentales de su concepción política que involucraba a los locos: el derecho a la propiedad y a la libertad individual” (32- 33).

Esta exclusión sigue existiendo en la actualidad, no sólo en el derecho civil y penal, sino incluso en la definición de Derechos Fundamentales que aporta Ferrajoli (1999: 37), los cuales define como “todos aquellos derechos subjetivos que corresponden a todos los seres humanos en cuanto a dotados de status de personas, de ciudadanos o personas con capacidad de obrar”. El mismo autor al analizar la manera en que el valor de la igualdad fue ampliándose hasta considerar a todos los seres humanos, aunque en el caso de la capacidad de obrar “se ha extendido ya a todos, con las solas excepciones de los menores y los enfermos mentales”.

El caso de Felipe Raygoza es uno entre otros tantos, algunos se han rescatado y otros continúan en el anonimato, de personas para las que la concepción social de una época o el diagnóstico médico colocó en condiciones de subordinación, marginación, autoexclusión y despersonalización. Estas condiciones fueron situando a las personas con trastornos mentales en condición de vulnerabilidad, pues se priorizó el aspecto económico y legal, para excluirlas de un modelo de Estado liberal. Sin embargo, esa forma de abordarlo no es la única, pues se podía haber considerado brindar el apoyo necesario para ejercer su

libertad y sus derechos, sin excluirlos. Por eso historias como las de Felipe Raygoza son ilustrativas para analizar cómo se fue construyendo la exclusión.

2.2 - Las razones de la sinrazón

Como podemos ver en el caso de Felipe Raygoza, el diagnóstico que determina un psiquiatra tiene implicaciones más allá del ámbito de la salud, al determinar también, en algunos casos, la capacidad jurídica del sujeto, el posible internamiento contra su voluntad, la imposibilidad de ejercer sus derechos, y además una estigmatización que se ha construido socialmente. Por lo cual, la manera en que se determina un trastorno debería ser algo preciso y con un procedimiento adecuado, lo anterior no sucedió en el caso de Raygoza, pues Sacristán (1999) señaló que fue valorado por 16 médicos debido a que los diagnósticos se contradecían. Es importante mencionar que uno de los médicos en considerar que Raygoza no presentaba enfermedad mental alguna fue el médico del Hospital de San Hipólito donde, sin embargo, fue recluido hasta su muerte.

Para analizar si esta propensión a contradicciones en los diagnósticos aún es posible o si se cuenta con un sistema de diagnóstico preciso, es importante comenzar por definir qué entendemos en la actualidad por *trastorno mental*. El significado más aceptado de la salud mental es el que proporciona la OMS, la cual considera que éste abarca, entre otros aspectos, *el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales*.

Un aspecto importante que considera la OMS es la imposibilidad de llegar a una definición exhaustiva del término *salud mental*, pues reconoce que es más amplio que la ausencia de trastornos mentales, por ello afirma que las investigaciones que se lleven a cabo en el ámbito de la neurociencia y la medicina conductual son muy importantes. Al respecto, es importante señalar que no debería ser exclusivo de esas disciplinas realizar investigaciones para ampliar los conocimientos al respecto.

Hoy se diagnostica un trastorno mental con base en los dos sistemas de clasificación más utilizados para determinar estos padecimientos; uno es la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE actualmente en su versión 10), la cual es elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). El segundo es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM- actualmente en su versión IVR), elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría.

Ambos instrumentos surgieron con la finalidad de tener una clasificación consensuada de los trastornos psiquiátricos; en particular el antecedente del DSM fue la necesidad de Estados Unidos de América tener nomenclatura aceptable para todo el país en relación con el censo estadístico de 1840, más recientemente este sistema de clasificación tiene su origen en un evento traumático para la humanidad: la Segunda Guerra Mundial, que originó diversos trastornos mentales, y el ejército de Estados Unidos de América necesitó contar con una clasificación para determinar la atención médica que necesitaban los soldados, así como la pensión económica que les deberían otorgar.

El CIE-10 define a los trastornos mentales y del comportamiento como un “conjunto de patrones de comportamiento cuyos síntomas varían sustancialmente, pero, se caracterizan en términos generales por alguna combinación de anomalías de los procesos de pensamiento, de las emociones, del comportamiento y de las relaciones con los demás.” Por su parte, el DSM-IVR, define un trastorno mental como un “síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de la libertad.”

En el manual se especifica que usan la palabra *trastorno* y no *enfermedad*, pues hace referencia a una alteración en la salud, pero no se tiene especificado el factor que lo produce, pues a diferencia de otras enfermedades, su causa puede deberse a diversos factores biológicos, psicológicos y sociales identificables.

Reconoce que, si bien, se utiliza el término *trastorno mental*, también debe establecer una crítica al respecto, ya que desafortunadamente alude a una distinción entre trastornos mentales y físicos, sin embargo, “los conocimientos actuales indican que hay mucho de físico en los trastornos mentales y mucho de mental en los trastornos físicos”. Además, considera que debe admitirse el hecho de que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto “trastorno mental”.

Con base en lo anterior podemos ver que si bien las clasificaciones de trastornos mentales han permitido tener un consenso respecto al diagnóstico que establecen los psiquiatras, esta clasificación tiene todavía cierta discrecionalidad en sus definiciones y en los comportamientos que deben ser considerados trastornos, por ello ha sido necesario desarrollar diferentes versiones de sistemas de clasificación. Al respecto baste recordar que la homosexualidad estaba considerada dentro de la clasificación de trastornos mentales y en 1973 la Asociación Americana de Psiquiatría decidió eliminarla, lo que también hizo la OMS en 1990, eliminando además la transexualidad del catálogo de trastornos mentales.

Es importante retomar algunas críticas que se han realizado respecto al término *salud mental*. El médico Benassini (2001: 63), en un análisis que hace de la atención psiquiátrica en México en el siglo XX, considera que la salud mental “es un concepto difícil de definir, por lo que al intentar hacerlo es frecuente referirse a ciertos daños a la salud que a veces por razones históricas, a veces por conflictos ideológicos, y a veces porque parecen ser más afines a determinada metodología para comprenderlo e intentar resolverlos, se han incluido en la patología psiquiátrica”.

En el mismo sentido, José L. Álvaro, José R. Torregrosa y Alicia Garrido Luque consideran en “La salud mental como fenómeno psicosocial” (1992: 1), que existe una representación polimorfa de los trastornos psíquicos, y que una perspectiva histórica ayudaría a comprender las dificultades que existen para dar una definición clara del significado de la enfermedad o de la salud mental. Consideran que la salud mental positiva no se caracteriza por la ausencia de experiencias de afecto negativo, sino por la presencia

de un mayor número de situaciones de afecto positivo. En este sentido, el deterioro psicológico no es entendido como característica estable de la personalidad sino como respuesta instrumental a una situación social.

La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, en la *Recomendación relativa a la situación de los enfermos mentales*, considera que existe una dificultad para definir la salud mental porque los criterios cambian de una época a otra y de un lugar a otro y que el ritmo de trabajo, el estrés y la estructura sociológica de la vida moderna han creado desórdenes psíquicos de un género nuevo.

Me parece muy importante subrayar la diferencia que se establece entre considerar un trastorno mental como una característica estable de la personalidad y considerarlo como una respuesta instrumental a una situación dada. Esta diferencia es fundamental al determinar que una persona presenta un trastorno de este tipo, ya que actualmente cuando se asigna un diagnóstico psiquiátrico, es puesta en duda la totalidad de la persona, se considera que está fuera de toda razón, por lo tanto se debe marginar y se le etiqueta con el término de “loco”.

Por lo anterior, aún existe la posibilidad de considerar diversos diagnósticos o concepciones de trastornos que puede presentar una persona. Los trastornos mentales tal como los concebimos actualmente han sido conformados por discursos, procesos sociales, económicos y prácticas institucionales. En su análisis histórico de la locura, Foucault (1967) afirmó que la enfermedad mental no es una entidad que existió tal cual siempre y esperó a que llegara la psiquiatría para ser nombrada y estudiada; por el contrario, se fue construyendo a partir de concepciones respecto a la razón.

Para ello fue necesario primero señalar a ciertos grupos que salían de la norma, “al final del siglo XVIII, será ya evidente que ciertas formas de pensamiento *libertino* como las de [El Marques de] Sade, tienen algo que ver con el delirio y la locura; con la misma facilidad que se admitirá que magia, alquimia, prácticas de profanación y aún ciertas formas de

sexualidad están directamente emparentadas con la sinrazón y la enfermedad mental” (Foucault, 1967: 133). En realidad lo que se estaba construyendo con ese proceso era determinar que existía un grupo de personas para quienes los valores de la época moderna no se aplicaban, pues debido a su propia “naturaleza” no podían ser iguales, autónomos y mucho menos racionales.

En este sentido, el juicio de Raygoza, es interesante porque se desarrolló en el siglo XIX, el cual vería nacer a la psiquiatría como la disciplina científica que había venido construyéndose desde finales del siglo XVIII, cuando las corrientes filosóficas y médicas comenzaron a considerar que la investigación respecto a las enfermedades mentales debía centrarse en el cerebro del individuo y la manera en que algún desequilibrio en su funcionamiento generaba en el individuo falsas ideas y por lo tanto comportamiento anormal. Los hospitales psiquiátricos creados se convirtieron en los centros de estudio de la psiquiatría para desarrollar lo que ahora conocemos como clasificación de los trastornos mentales.

Jean-Etienne Dominique Esquirol publicó a mediados del siglo XIX un texto psiquiátrico llamado *Enfermedades mentales*, escribirlo fue posible por la abundancia de informes y datos que provenían de los asilos y que permitían a quien diagnosticaba construir perfiles claramente definidos de enfermedades psiquiátricas susceptibles de ser identificadas por medio de la sintomatología. Así comenzaba el proceso de clasificación de los trastornos mentales que se emplea actualmente para la determinar un diagnóstico. Precisamente fue Esquirol quien identificó la monomanía que se le fue diagnosticada a Felipe Raygoza.

Los psiquiatras comenzaron a ser actores importantes no sólo en el ámbito médico, ya que su diagnóstico tenía además una importancia en el derecho civil y penal; la determinación de la capacidad o incapacidad del individuo derivado de una valoración psiquiátrica podía señalar a un sujeto como incapaz natural y legalmente para ejercer a plenitud sus derechos; por lo tanto se le debía asignar un tutor por medio de quien ejercería sus derechos civiles y

patrimoniales. En cuanto al derecho penal, el diagnóstico de un psiquiatra permitiría considerar si la persona podía ser considerada como responsable de sus actos o debía quedar exenta del delito que se le imputaba. Para Foucault (2005: 102) estos procesos mostraban al “loco” en un primer sentido como individuo que puede poner en riesgo los derechos, riquezas y privilegios de una familia, y en un segundo sentido como adversario social, como peligro para la sociedad.

Respecto al tratamiento, en un primer momento, sin poder comprender cómo relacionarse con el fenómeno que se había construido, las personas con trastornos mentales eran recluidas en los asilos sin tener un objetivo terapéutico; sólo se les custodiaba y ataba con cadenas o con camisas que les impedían mover las manos, estas técnicas fueron conocidas como el método de la sujeción física, que era la única forma que encontraban de ejercer control; desde entonces existe la imagen simbólica de la “camisa de fuerza” que aún relacionamos con la “locura”. Posteriormente el doctor Philippe Pinel en Francia observó que los métodos de sujeción no funcionaban y comenzó a instituir una serie de reformas en el tratamiento, que llevaron a considerar que la locura era un trastorno mental y ahí era a donde se debía dirigir el tratamiento.

Quienes impulsaron la no sujeción, no negaban la necesidad de ejercer control sobre los enfermos mentales, pero consideraban que éste podía alcanzarse de otra manera, con “la clasificación adecuada de los pacientes; asistencia y vigilancia por parte de los encargados de día y noche sin cesar, afecto, ocupaciones para los pacientes, atención a la salud, limpieza, comodidad y ausencia absoluta de cualquier otro tipo de ocupación asignada al encargado” (Porter, 2003: 116).

Si bien se fueron reformando las técnicas de tratamiento, no se cuestionó de fondo la institución del hospital psiquiátrico, se consideraba que con el cambio se imprimiría un carácter más humano, pero se continuó excluyendo de la sociedad a las personas con trastornos mentales. La reclusión se consideró un instrumento terapéutico indiscutible, en este lugar se fue constituyendo un ámbito de conocimiento que poco a poco fue clasificando una

serie de trastornos que desde el ámbito médico permitían a la psiquiatría delimitar su objeto de estudio.

La forma en que se construyó y abordó el fenómeno de la “locura”, desde los ámbitos médico y jurídico generó condiciones de subordinación y marginación para las personas con trastornos mentales. Ello propició, además, un proceso de estigmatización, concepto que ha desarrollado Goffman (2006) y que se refiere a un atributo de la persona que lo hace incongruente con el modelo de “normalidad” que se construye. El atributo que estigmatiza a una persona confirma la normalidad de otro, el estigma es una relación entre un atributo y el modelo de persona que se considera “normal”; en este caso el atributo que hace al individuo diferente es la “sinrazón”, esto lo vuelve incongruente con la “razón” que se ha considerado la esencia de una persona “normal”.

Al relacionarnos con una persona que ha “perdido la razón”, a causa del estigma, ponemos la atención principal en el rasgo que la hace diferente a nosotros y que nos hace alejarnos de ella, sin que importen sus otros atributos, pues el estigma es tan fuerte que nos lleva a excluirla. Esta forma de relacionarnos con un atributo como la “sinrazón” nos lleva a pensar que hay algo en ese tipo de personas que las hace no ser totalmente humanas. Un aspecto importante del estigma son los términos que utilizamos para referirnos al atributo que las hace diferentes, en el caso de las personas con trastornos mentales se han utilizado los siguientes: *loco, retrasado, imbécil, melancólico, tarado, impedido o incapacitado*.

Así, la diferencia se constituyó en desigualdad con la “racionalidad” como estándar y el encierro como técnica de control; la primera daba la posibilidad de cuestionar la humanidad de los “locos” y una vez cuestionada su esencia humana, los métodos de control en el internado los colocaba en una condición de subordinación y marginación. Esa relación desigual de poder fue ampliándose a los diferentes ámbitos de la vida de un enfermo mental, y con base en ella se construyó una concepción social que considera normal su despersonalización, pues alguien que había perdido la razón no podía recibir el trato de persona. Este proceso lo ejemplifica muy acertadamente Porter (2003: 67) cuando señala que

“el procedimiento consiste en identificar primero una diferencia, luego llamarla inferioridad y finalmente culpar a quienes son ‘víctimas’ de ella debido a su naturaleza disímil”.

Los juicios colectivos hacia las personas con trastornos mentales no han cambiado, pues se sigue “considerando a los enfermos mentales como peligrosos, como gente que ha perdido toda capacidad intelectual y tiene comportamientos imprevisibles [...] el enfermo mental sigue siendo mirado con miedo y aversión, como un ser peligroso y mendaz, como un ser aparte” (Bastide, 1998: 311). Todavía se puede afirmar lo mismo: la estigmatización como proceso de diferenciación y marginación llevó a otros procesos como subordinación y exclusión, los cuales han generado discriminación estructural respecto de las personas con trastornos mentales.

2.3 - “*Deus Providebit*”

Felipe Raygoza fue internado en el Hospital de San Hipólito, el cual había sido fundado a finales del siglo XVI y es considerado uno de los primeros asilos para albergar a enfermos mentales en la Nueva España. Fundado por Bernardino Álvarez, con el apoyo del Ayuntamiento y del Arzobispado, fue denominado Hospital de San Hipólito de Convalecientes y Desamparados, creado para recibir a los más desprotegidos según su propia experiencia: los convalecientes, los ancianos y los locos. Bernardino de Álvarez decidió poner a la entrada del Hospital de San Hipólito la leyenda en latín “*Deus Providebit*”, con la cual se refiere a que Dios proveerá lo necesario para mantener el Hospital. El loco al igual que el vagabundo, el pobre, el anciano o el desprotegido, era considerado para brindarle asilo en ese hospital. Ello confirma que homogeneizar a ciertos sectores y encerrarlos, fue una práctica que se trasladó de España hacia sus colonias, pues es este mismo proceso el que se practicó en Europa en el siglo XVI y que analiza Foucault.

Otro hospital que cobró relevancia hacia el siglo XVII por su particularidad en el continente americano, fue concebido en 1687 por un carpintero de nombre José Sayagó, quien acogió en su casa a una prima de su esposa, al parecer demente, hecho que despertó

en él cierta sensibilidad motivándolo a recoger a cuantas mujeres –en apariencia con trastornos mentales– que encontraba deambulando por las calles. Cuando su casa ya no le permitió seguir albergando a más, obtuvo el patrocinio del arzobispo de México para empezar a construir un hospital, el cual quedó a cargo de la Congregación del Divino Salvador fundada por los jesuitas, de ahí que se le conociera con el nombre de Hospital del Divino Salvador (Sacristán, 2005: 14).

Ambos hospitales brindaron asilo a las personas con trastornos mentales durante más de tres siglos, hasta 1910, año en que el Estado mexicano crearía un hospital para atender a las personas con trastornos mentales, inaugurando el Manicomio General de la Castañeda, como parte de los festejos del centenario de la Independencia, y el cual para Porfirio Díaz representaría el paso de México a la Modernidad en cuanto a la atención de los enfermos mentales. El hospital respondía en su arquitectura a la concepción que desde el siglo XIX se había desarrollado para los hospitales psiquiátricos y retomaba la técnica de asilo denominada de no sujeción, basada en la clasificación adecuada de los pacientes, asistencia y vigilancia constante, así como la necesidad de ubicarse en un espacio alejado de la ciudad, pues se consideraba que la tranquilidad de los pacientes ayudaba a su mejoría. Las clasificaciones que se tenían en la Castañeda nos hablan de los términos utilizados para los pacientes, los cuales estaban divididos en los siguientes pabellones: imbéciles, epilépticos, infecciosos, distinguidos, alcohólicos, tranquilos y peligrosos.

El Manicomio de la Castañeda fue un paso importante para que el Estado considerara su responsabilidad en la atención de las personas con trastornos mentales y permitió el desarrollo de la psiquiatría en nuestro país. A lo largo de los 58 años de vida de ese manicomio fueron internados 68 000 pacientes. Sin embargo, los objetivos que se plantearon no fueron alcanzados, ya que no se contaba con una valoración adecuada de las personas que debían ser atendidas en ese lugar ni se les brindó una atención especializada. Además de que la población fue creciendo y los servicios fueron en detrimento.

Al igual que en el Hospital de San Hipólito, se ingresó a pobres o vagabundos aunque no tuvieran algún trastorno mental, así como a personas cuyo comportamiento era considerado inmoral por una sociedad que los creía “locos” y merecedores del encierro. Dos casos de los expedientes clínicos de la Castañeda ejemplifican esto: el de Sara Santos, mujer de 18 años de edad, mexicana, detenida por vestir de rojo y medias acanaladas negras, blusa de satín blanco, desgarrada por el frente, dando un espectáculo inmoral, pues se asomaban los pechos; y Serafina de la Peña, prostituta de 25 años de edad, acusada de escupir a dos agentes en la cara en el año de 1919, quien murió de infección intestinal. La paciente presentaba los siguientes síntomas: ojos caídos, color pálido, falta de apetito y de sueño, carácter violento y asocial; el diagnóstico: locura.

Esta falta de rehabilitación y las condiciones insalubres y de maltrato hacia los pacientes, llevaron a que no existiera mejoría dentro de éstos y aumentara el número de personas asiladas, condiciones que finalmente llevaron a decidir su cierre en el año de 1959. En ese mismo año se estableció un área dentro de la Secretaría de Salud que se responsabiliza de los programas de atención psiquiátrica. En el periodo administrativo que abarca los años de 1964 a 1970, se reestructura la unidad central coordinadora de estos servicios y se denomina Dirección de Salud Mental, correspondiéndole como tarea sustantiva de su gestión coordinar el plan de acción conocido como “Operación Castañeda”; éste consistió en una reforma de la atención hospitalaria especializada, por medio de la cual se cierra el manicomio de “La Castañeda” y se crearon seis recintos hospitalarios especializados que tuvieron como principal objetivo, por lo menos en los documentos, mejorar las condiciones de vida institucional de los usuarios, a partir de la organización de nuevos modelos de tratamiento y rehabilitación que les permitieran desarrollar, mediante actividades ocupacionales, agropecuarias y talleres de terapia y diversas alternativas para su reintegración social.

El proceso conocido como “operación Castañeda” respondió a una serie de críticas que se fueron desarrollando a partir de la década de los años sesenta respecto a las condiciones en que se encontraban recluidas las personas con trastornos mentales y a la

hospitalización como única forma de atención y rehabilitación. Así lo reconoce Fuente Muñiz (1997: 18-19) al afirmar que “a partir de los años sesenta cobró aliento entre nosotros la corriente que subraya el estudio de los problemas de los enfermos mentales en su contexto social [...] una nueva filosofía que había recorrido el mundo occidental [...] cuando la mayoría de los países reconocieron la necesidad de prestar más atención a los aspectos psicológicos y sociales de la salud, en vista del elevado costo social de su descuido”.

Áreas responsables de la atención en salud mental en México después de “La Castañeda”

Época	Instancia
1959-1971	Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación
1971-1981	Dirección General de Salud Mental
1981-1994	Dirección de Normas de Salud Mental, Asistencia Social y Rehabilitación
1994-1996	Dirección General de Salud Mental
1996-2000	Coordinación de Salud Mental (CORSAME)
2000-2006	Integración del Consejo Nacional contra las Adicciones y de los Servicios de Salud Mental (SERSAME) (instancia que fue reestructurada a partir de la CORSAME)

Cuadro elaborado con base en los datos de Benassini (2001) y el Programa de Acción en Salud Mental de la Secretaría de Salud.

La atención de la salud mental cobró importancia en los documentos y legislaciones en México. En 1984 se aprobó la Ley Federal de Salud, en la que se atribuyó a la salud mental un carácter prioritario, la cual contenía normas técnicas dirigidas a proteger los derechos de los enfermos mentales, complementada posteriormente con un conjunto de principios y regulaciones basadas en las normas y disposiciones internacionales. Aunque es importante señalar que si bien en la ley se atribuyó un carácter prioritario a la salud mental, en los hechos no fue posible alcanzarlo. Fuente Muñiz reconoce que al momento de asignar un presupuesto adecuado se olvidó la prioridad de atender las condiciones de las personas con algún tipo de enfermedad mental. “En el área de salud mental, en nuestro país y en muchos

otros, ocurre que *las necesidades siempre exceden a las disponibilidades*". [...] El problema central ha sido la pobreza. Nadie duda que es urgente hacer más por los más pobres y vulnerables, incluyendo a los pacientes crónicos psiquiátricos y neurológicos" (Fuente Muñiz: 1997: 38, las cursivas son mías).

El Estado mexicano desarrollaba instituciones para brindar atención a este grupo de población. Sin embargo, podemos observar que sólo se atiende el aspecto médico del fenómeno, sin generar políticas públicas que atendieran las condiciones de vulnerabilidad en que se colocó a este grupo de población, como la necesidad de reintegración a su comunidad, terapias de rehabilitación psicosocial, programas de empleo y campañas de sensibilización contra el estigma y la necesaria atención a la salud mental. Es importante mencionar además el hecho de que no se generaban datos precisos respecto de este grupo de población que ayudaran a prever las medidas que se debían considerar en las políticas públicas.

El primer estudio que se realizó para obtener datos respecto a las personas con problemas de salud mental se hizo entre los años 2001 y 2002 durante los cuales se lleva a cabo la *Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México*, que se realizó con la población que tiene un hogar fijo y vive en zonas urbanas. Este estudio fue desarrollado como parte de la iniciativa 2000 de la Organización Mundial de la Salud en Salud Mental. De acuerdo con esta encuesta se estimó que en México alrededor de 15 millones de personas padecen algún trastorno mental y que solamente uno de cada diez pacientes recibió atención especializada.

Según los datos del Registro Nacional de Infraestructura para la Salud (Renis), los recursos del primer nivel de atención⁸ están conformados por más de 12 000 núcleos

⁸ Los servicios de atención médica son el conjunto de recursos que intervienen sistemáticamente para la prevención y curación de las enfermedades que afectan a los individuos así como de la rehabilitación de los mismos. Una forma organización de estos servicios, relacionada con la complejidad de las necesidades de salud de la población, son los niveles de atención. El primer nivel de atención se desarrollan actividades de promoción y prevención, así como atención de las necesidades de salud más frecuentes que no requieren una especialidad médica, un ejemplo son los centros de salud. El segundo nivel de atención, además de realizar promoción de la salud, atiende necesidades que requieren una mayor

básicos de salud (integrados por un médico y dos enfermeras), de los cuales operan completos menos de 30%, ninguno de ellos contempla servicios de salud mental. En lo referente al segundo nivel, el Distrito Federal concentra 41% de los psiquiatras y psicólogos institucionales para la población abierta, únicamente siete estados tienen suficiencia de psiquiatras y cuatro de psicólogos (uno por 100 mil y uno por 40 mil habitantes respectivamente). En Campeche, Chihuahua, Quintana Roo y Zacatecas la carencia de psiquiatras es casi absoluta, Campeche y Quintana Roo sufren una situación similar respecto a los psicólogos. Además, en las entidades de la República estos profesionales se concentran en las ciudades de mayor tamaño y desarrollo. El tercer nivel de atención está conformado por 28 hospitales de especialidad (psiquiátricos) y cuatro hospitales generales con posibilidad de internamiento de individuos con trastornos mentales. La seguridad social dispone de cuatro hospitales y existen ocho en el ámbito privado (Sandoval: 33).

Al inicio del siglo XXI en nuestro país, la Secretaría de Salud elaboró el Programa de Acción en Salud Mental, en el que se establecieron diez estrategias con sus respectivas líneas de acción: 1) vincular la salud mental con el desarrollo económico y social; 2) reducir los rezagos en la salud de los pobres que afectan su salud mental; 3) enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades; 4) desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud mental; 5) brindar protección financiera a toda la población que requiera atención psiquiátrica; 6) construir un federalismo en materia de salud; 7) fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud en materia de salud mental; 8) avanzar hacia un modelo integrado de atención a la salud; 9) ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención 10) fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud mental.

especialización y en algunos casos hospitalización para la rehabilitación de la persona, este nivel lo conforman los hospitales generales. El tercer nivel de atención, los conforman los servicios de atención médica especializados, que brindan atención integral ambulatoria y hospitalaria para la recuperación y rehabilitación de la salud. Una característica de este nivel de atención es que se realiza investigación respecto a la especialidad médica que atienden. Por ejemplo, en este nivel se ubican el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía y el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

El *Atlas de los recursos en Salud Mental*, elaborado por la OMS, en 2005, reconoce que nuestro país se encuentra en un proceso complejo de implementación de reformas en materia de atención psiquiátrica, destacando el Programa de Acción en Salud Mental y la instauración de modelos de atención comunitaria como el Modelo Hidalgo que incluye villas de atención y casas de medio camino, mediante el cual se ha establecido el primer centro con estas características en el estado de Hidalgo. Los modelos de atención comunitaria responden a lo que se ha considerado el cambio tradicional del hospital psiquiátrico a un modelo de atención comunitaria, el cual consiste en asegurar que algunas de las funciones protectoras del manicomio sean íntegramente asumidas por la comunidad, e impedir que se perpetúen los aspectos negativos de las instituciones.

Un factor determinante para que las personas con trastornos mentales se encuentren en situación de vulnerabilidad, es que muchos de estos padecimientos sin una detección temprana e intervención oportuna se vuelven crónicos y generan alguna discapacidad,⁹ como se mencionó anteriormente, se considera que los cuatro trastornos “más discapacitantes son: la esquizofrenia, depresión, obsesión compulsión y alcoholismo” (Medina-Mora, 2003: 3). Además de la pobreza y la falta de servicios de atención médica, los prejuicios y el estigma relacionado con este tipo de padecimientos hace que las personas no busquen ayuda especializada. En la Encuesta de Epidemiología Psiquiátrica en México, se determinó que “las personas con trastornos emocionales piden primero ayuda a sus redes sociales, 54% a familiares y amigos, 10% a sacerdotes o ministros, 15% se auto medica y sólo secundariamente acuden a medicina general y a los servicios especializados” (Medina-Mora, 2003: 3). Lamentablemente, en la mayoría de los casos la renuencia a pedir atención es el resultado de obstáculos muy reales. El más importante de esos obstáculos es el estigma con que muchas personas de nuestra sociedad marcan la enfermedad mental y a quienes la padecen” (OMS, 2001: 54).

⁹ La Ley General para Personas con Discapacidad define a una persona con discapacidad como: “toda persona que presenta una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social.”

En 2008 se presentó un Diagnóstico de los Derechos Humanos, en el Distrito Federal, por parte de la CDHDF y el Gobierno de la Ciudad de México, además de otros organismos y asociaciones de la sociedad civil. Con base en ese diagnóstico, en 2009 se presentó el Programa de Derechos Humanos para el Distrito Federal. En el apartado referente a la Seguridad Humana, se hizo un análisis del derecho a la salud, en el cual se estableció que la prevención, promoción y detección de problemas psicosociales son abordados de manera incipiente y aún limitada, preocupa, en particular, que dentro de la red hospitalaria a cargo de la Secretaría de Salud del Distrito Federal no se cuente con hospitales para atender enfermedades psiquiátricas y, en general, la salud mental.

En dicho diagnóstico, el tema de las personas con trastornos mentales es abordado en el apartado dedicado a los derechos de las personas con discapacidad, donde se aprecia la falta de atención a los problemas de salud que genera algún tipo de discapacidad, en particular de la derivada de enfermedades mentales. Se considera que uno de los principales problemas en relación con la salud a nivel local es la deficiencia de las autoridades para detectar tempranamente las enfermedades que generan discapacidades y su atención oportuna, situación más frecuente en sectores con altos niveles de marginación.

Además, se indica que los hospitales generales carecen de atención adecuada a las personas con discapacidad generada por algún trastorno mental, a quienes no se les proporciona un trato adecuado, se les niegan los medicamentos o se les proporcionan los que tienen más efectos secundarios desfavorables que otros fármacos.

En cuanto a la personalidad jurídica se informa que existe una contradicción entre la normatividad local y los instrumentos internacionales. Se considera que por una parte la Convención sobre los Derechos de la Personas con Discapacidad, establece la necesidad de garantizar la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad al acceso a la justicia. Este derecho se contradice con la limitante a la capacidad jurídica en la legislación del Distrito Federal, que considera a la persona como sujeto incapacitado natural y

legalmente para ejercer a plenitud sus derechos.¹⁰ Esto significa que la distinción en la legislación civil local genera condiciones de desigualdad de acceso a la justicia para las personas con discapacidad.

En el Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, se considera que la desigualdad para las personas con trastornos mentales está fundamentada más en las concepciones que se tiene en torno a la enfermedad mental que en la diferencia que esta condición de salud genera, por ejemplo, se menciona que la desventaja social se determina sobre todo en términos de la discapacidad y de la forma discriminatoria en que ésta se percibe, pero hay que señalar que se añaden otros factores, como el género, la condición socioeconómica y la pertenencia étnica. Por lo anterior, se requiere generar las condiciones que les garanticen la igualdad de oportunidad.

Un efecto que genera el estigma existente respecto a los trastornos mentales, es la autoexclusión de las personas que presentan una afectación a su salud mental. Este fenómeno fue analizado por Cecilia Acuña y Mónica Bolis (2005) en un estudio que realizaron para la Organización Panamericana de la Salud; algunas de las conclusiones a las que llegaron son que las personas con problemas de salud mental sufren diversas causales de exclusión dependiendo de sus condiciones económicas, culturales, étnicas, de género, geográficas, de empleo, y otras. También son objeto de exclusión debido a la naturaleza específica de sus problemas de salud, que conducen a la desvalorización de su posición social y generan autoexclusión por temor a ser discriminadas. La autoexclusión o rechazo a la atención psiquiátrica se deben a la creencia de que los trastornos mentales no tienen tratamiento efectivo. Se unen a esto el temor y la vergüenza asociados al estereotipo, tanto en el nivel laboral como en términos de la participación en diversos ámbitos de la sociedad. La autoexclusión incide en otros factores que llevan a empeorar la calidad de vida:

¹⁰ De acuerdo con el Código Civil del Distrito Federal, “el estado de interdicción y demás incapacidades establecidas por la ley, son restricciones a la capacidad de ejercicio”, y también se establece que “tienen incapacidad natural y legal, II. Los mayores de edad que por causa de enfermedad reversible o irreversible, o que por su estado particular de discapacidad, ya sea de carácter físico, sensorial, intelectual, emocional, mental, o varias de ellas a la vez, no puedan gobernarse, obligarse o manifestar su voluntad, por sí mismos o por algún medio que la supla.

el impacto del estigma como causal de exclusión en la generación de competencias y posteriormente del ingreso, produce un incremento en el nivel de pobreza de las personas con enfermedad mental. El círculo de pobreza no se detiene en el individuo, sino que afecta también a su familia al ser ésta la que en muchos casos debe encargarse de proveer los recursos que el afectado requiere para mantener sus niveles básicos de subsistencia. Por lo tanto, además de los costos que generan los tratamientos de largo alcance y la productividad perdida, es posible afirmar que los trastornos mentales contribuyen considerablemente a incrementar el nivel de pobreza (Acuña y Bolis, 2005: 5).

Otro de los efectos que genera el estigma, es la falta de representatividad de estos grupos para reclamar políticas de inclusión y hacer efectivos sus derechos establecidos en tratados internacionales, porque los miembros del grupo no se asumen como personas con trastornos mentales, pero además porque las condiciones de pobreza y falta de educación disminuye su capacidad de incidir en el desarrollo de políticas públicas y programas específicos de empleo, educación y salud.

Dudet (1999) realizó un estudio sobre la construcción social de la salud/enfermedad mental, en el que analiza la percepción de la sociedad y de los propios pacientes respecto a la salud mental. En uno de los estudios que cita hecho por López *et al.* (1995) se analizaron las percepciones de las personas que acuden a cita en un hospital psiquiátrico y se encontró que 57.5% de los pacientes no saben qué es un trastorno o problema de tipo mental, por lo que no saben qué hacer, a quién acudir y a dónde ir en caso de presentarse este tipo de problemas. Una de las conclusiones es la importancia de programas de difusión y prevención respecto a la salud mental. Además de que el desconocimiento respecto a su padecimiento y el posible tratamiento genera una mayor dependencia del paciente respecto del médico, lo que genera una relación desigual de poder.

En otro estudio, Dudet (1986) analiza el rol del paciente psiquiátrico internado en un hospital. Algunas conclusiones de su trabajo son la siguientes: su tratamiento consiste básicamente en recibir medicamentos, que les ayudan pero no totalmente. Consideran que su padecimiento debe ser tratado en una institución especializada, en donde deben colaborar y participar en el tratamiento para su propia recuperación, por lo que deben

respetar las indicaciones médicas, y el reglamento y las normas del hospital aunque no les sea muy grato.

Al paciente se le induce a considerar su trastorno, el proceso salud-enfermedad mental como un padecimiento individual, en el que factores socioeconómicos, políticos, ideológicos y culturales no son tomados en cuenta ni para el propio paciente en tratamiento ni como fenómeno social. Esta concepción del tratamiento propicia que el paciente responda, pese a sus necesidades apremiantes, de manera dependiente, convencional; depositando ciegamente sus problemas y su vida en general en manos de los “expertos”.

Constató que el enfermo mental es tratado como “loco”, al que se le margina y reprime directamente. Su segregación en el hospital le deja solamente una alternativa: actuar y desempeñar el papel del enfermo mental que le ha sido asignado, lo cual causa que se fomente poco la autosuficiencia y el ayudarse a sí mismos; así como que el paciente conozca su problemática, sus tratamientos, su condición de paciente, con la finalidad de que se involucre y colabore más con su tratamiento y recuperación, durante y después de la hospitalización. Por lo anterior, considera necesario propiciar la participación de los pacientes, y generar una cultura de salud y de prevención acorde a sus necesidades.

La autora considera que, en general, en todo tipo de enfermedad se requiere la participación activa del paciente, y más aún en el caso de los trastornos mentales, pues no es sólo el tratamiento farmacológico el que puede beneficiar al paciente, sino que deben manejarse los factores psicológicos desde un enfoque integral. Esta forma de tratamiento lleva a una aceptación pasiva del rol de los pacientes, pese a su rechazo institucional. A lo anterior se suma el factor del internamiento voluntario e involuntario, lo que va a determinar su deseo o no de recuperarse, su colaboración en el tratamiento, su agrado o desagrado a la institución.

Los datos que aportan los estudios citados muestran que las condiciones de las personas con trastornos mentales no se han modificado sustancialmente, aún con las

medidas que las instituciones públicas han creado para abordar su condición. Un aspecto importante es que no se cuenta con indicadores que evalúen los resultados que ha tenido la transformación que se ha generado en nuestro país en el ámbito de la atención médica a las personas con trastornos mentales.

Sin embargo, es posible afirmar que los nuevos hospitales creados, así como la legislación para normar su atención y establecer la defensa de los derechos de los pacientes, no son suficientes si no se genera una visión integral de la problemática y se destinan los recursos económicos, humanos y las investigaciones académicas necesarias para hacer que esas medidas funcionen. Al respecto se podría tomar como metáfora la frase que eligió Bernardino de Álvarez para la entrada del Hospital de San Hipólito: “dios proveerá”, pues si le quitamos su sentido teológico, queda como la esperanza de que con sólo desearlo y plasmarlo en un documento la mejora a la atención y las condiciones para ello llegarían por sí solas, lo que todavía parecen esperar la autoridades responsables en nuestro país del ámbito de la salud mental.

2.4- El abordaje desde los derechos humanos: ¿retrasado, impedido, enfermo mental o discapacitado?

Los derechos humanos han sido un elemento fundamental en muchos de los cambios que se han dado en la atención a las personas con trastornos mentales, y como mecanismos para visibilizar las condiciones de vulnerabilidad en que se encuentran y la discriminación de la que son objeto. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), han sido los organismos que más han incidido en la concientización y generación de planes y políticas públicas para atender esta problemática. La Declaración Universal de los Derechos Humanos establece que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos, por lo tanto toda persona tiene todos los derechos y las libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Con base en este principio de

no discriminación se han generado instrumentos que especifican derechos para grupos en situación de vulnerabilidad.

Fue posterior a la década de los años sesenta cuando se cuestionó la psiquiatría y las condiciones que existían en los hospitales psiquiátricos, y que se comenzó a abordar los derechos humanos de las personas con alguna enfermedad mental, aunque es importante considerar el lenguaje que utilizaban los primeros instrumentos al respecto, los cuales se refieren a los *retrasados mentales* (1971), *los impedidos* (1975), o *discapacitados* (2006). Es decir, no existe aún una definición específica respecto a este grupo y los términos que se utilizan para referirse a estas personas indican los juicios colectivos que se construyen al respecto, pues el lenguaje es una forma de relacionarse con una determinada realidad. Por lo anterior, además de identificar las condiciones que han colocado a las personas con trastornos mentales en una situación de vulnerabilidad, y la manera en que tradicionalmente se ha abordado su condición; es necesario presentar de manera breve los instrumentos de derechos humanos que se han generado específicamente para este grupo de población, con la finalidad de identificar las alternativas de atención, así como la forma en que éstas personas pueden exigir sus derechos. En el ámbito de los derechos humanos también es muy importante la participación de los sujetos en la exigencia y defensa de sus derechos, pues de ellas depende en muchos casos el respeto a su dignidad y la generación de condiciones con las que se posibiliten el mayor grado posible de autonomía y libertad.

En 1971 la Asamblea General de la ONU proclamó la *Declaración de los Derechos del Retrasado Mental*, en la que se establecían tres elementos importantes: el retrasado mental debe gozar hasta el máximo grado de viabilidad de los mismos derechos que los demás seres humanos; tiene derecho a la atención médica y el tratamiento físico que requiera su caso, así como a la educación, la capacitación, la rehabilitación y la orientación que le permitan desarrollar al máximo su capacidad y sus aptitudes; tiene derecho a la seguridad económica y a un nivel de vida decoroso; tiene derecho, en la medida de sus posibilidades, a desempeñar un empleo productivo o alguna otra ocupación útil.

En 1975 se proclamó la Declaración de los Derechos de los Impedidos, en la que se considera como “impedido” a *toda persona incapacitada de subvenir por sí misma, en su totalidad o en parte, a las necesidades de una vida individual o social normal a consecuencia de una deficiencia, congénita o no, de sus facultades físicas o mentales*; y se reconoce que tiene esencialmente derecho a que se respete su dignidad humana, cualesquiera sean el origen, la naturaleza o la gravedad de sus trastornos y deficiencias, tiene los mismos derechos fundamentales que sus conciudadanos de la misma edad, lo que supone, en primer lugar, el derecho a disfrutar de una vida decorosa, tan normal y plena como sea posible.

En 1977, la Asamblea General de la Asociación Mundial de Psiquiatras decidió proclamar la Declaración de Hawái, un instrumento en el que se establecieron guías éticas para los psiquiatras de todo el mundo; se reconoció que a todo paciente debía ofrecérsele la mejor terapéutica disponible y tratarlo con la solicitud y respeto debidos a la dignidad de cualquier ser humano, respetando su autonomía sobre su vida y su salud.

En el mismo año, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa estableció la Recomendación relativa a la situación de los enfermos mentales, en la que se consideró la dificultad de definir la salud mental por el hecho de que los criterios cambian de una época a otra y de un lugar a otro y que el ritmo de trabajo, el estrés y la estructura sociológica de la vida moderna han creado desórdenes psíquicos de un género nuevo. Además, hizo un llamado a revisar el confinamiento de los enfermos mentales, reduciendo al mínimo la práctica consistente en internar un paciente a la fuerza "por un período indeterminado", y llama a tomar en el marco de una política a largo término, disposiciones que apunten a reducir la importancia cuantitativa de los grandes establecimientos y a multiplicar servicios de cuidados en comunidad donde los pacientes se encuentren en condiciones de vida que se aproximen a su vida normal.

En 1990 la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), convocada por la

Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS), adoptó la Declaración de Caracas, en la que se acordó la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la atención primaria en los marcos de los sistemas locales de salud, permitiendo la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales, lo que implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios.

En 1991 la Asamblea General de la ONU adoptó los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, donde se establecen, entre otros, las libertades fundamentales y los derechos básicos, las normas de atención, el consentimiento para el tratamiento, los criterios para determinar una enfermedad mental y la importancia de la comunidad y la cultura.

En 2006 la Asamblea General de la ONU aprobó la Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en la cual se reafirma que las personas con discapacidad tienen derecho en cualquier lugar al reconocimiento de su personalidad jurídica, por lo que los Estados parte reconocerán que las personas con discapacidad tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida; el derecho a la educación, salud y trabajo; a un nivel de vida adecuado y protección social, y la protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, entre otros.

Muchos derechos y recomendaciones establecidas en estos instrumentos han sido la base para que se modifique la práctica psiquiátrica que restringía los derechos de la persona con trastornos mentales, lo que podría llevar a modificar el encierro y control de que eran objeto. Sin embargo, un factor que limita su cumplimiento es que no todos los instrumentos son vinculantes, aunque sí establecen criterios que se deben tener en cuenta para desarrollar planes y políticas públicas en la materia.

La Organización Mundial de la Salud ha sido el organismo que más ha incidido en la investigación y visibilidad de este problema. Con la finalidad de concientizar sobre las

condiciones de las personas con problemas de salud mental y llamar a actuar al respecto, en 2001 dedicó su informe anual de salud en el mundo al tema de la salud mental. En 2002 estableció un Programa Mundial de Acción en Salud Mental denominado “Cerremos la brecha”, en el que reconoce la necesidad imperiosa de pasar a la acción con el objetivo de reducir el costo que representan los trastornos mentales en todo el mundo y de mejorar la capacidad de los Estados miembros para hacer frente a un problema que se agrava día a día. En ausencia de acciones estratégicas y sistemáticas estarán en peligro la vida y la salud de millones de personas, así como el desarrollo económico y social de los países en todo el mundo. Desde entonces la OMS ha desarrollado una serie de publicaciones y guías como componente del proyecto de Acción Global de Salud Mental para ayudar a los gestores y a los planificadores de los servicios a abordar la salud mental, y ayudar a los Estados miembros a la puesta en práctica de la política de recomendaciones del Informe Mundial de la Salud de 2001.

En el Informe de Salud Mental que realizó en 2001, la OMS consideró la importancia de los distintos sectores que deben actuar para atender las necesidades de las personas con trastornos mentales, los cuales son principalmente de cuatro tipos:

REHABILITACIÓN	COMUNIDAD	ATENCIÓN MÉDICA	FAMILIA
Apoyo social Educación Formación profesional Asistencia diurna Atención prolongada Necesidades espirituales	Evitación del estigma y la discriminación Participación social plena Derechos humanos	Detección precoz Información sobre la enfermedad y el tratamiento Atención médica Apoyo psicológico Hospitalización	Aptitudes para la atención Cohesión familiar Creación de redes de cooperación con las familias Apoyo durante las crisis Apoyo financiero Asistencia de relevo

Fuente: Informe Mundial de la Salud de 2001

Un tema que se trata en el Informe es el cambio tradicional del hospital psiquiátrico a un modelo de atención comunitaria el cual consiste en *asegurar que algunas de las*

funciones protectoras del manicomio sean íntegramente asumidas por la comunidad, e impedir que se perpetúen los aspectos negativos de las instituciones. Como enfoque, la atención comunitaria significa lo siguiente: 1) servicios situados cerca del domicilio, incluidos atención hospitalaria general para ingresos agudos y residencias para estancias largas en la comunidad; 2) intervenciones relacionadas con las discapacidades además de con los síntomas; 3) tratamiento y asistencia específicos para el diagnóstico y las necesidades de cada individuo; 4) una amplia gama de servicios que respondan a las necesidades de las personas con trastornos mentales y conductuales; 5) servicios coordinados entre los profesionales de salud mental y los organismos comunitarios; 6) servicios ambulatorios antes que residenciales, incluidos los que permitan el tratamiento a domicilio, y 7) cooperación con los cuidadores y respuesta a sus necesidades; 8) legislación en apoyo de los aspectos citados.

En el Plan Nacional de Salud Mental (2001), nuestro país contempla el paso hacia un modelo de atención comunitaria, sin embargo, la OMS considera que avanzar en la desinstitucionalización sin tener garantizada una red sólida de alternativa comunitaria, colocaría en una situación de desprotección a los enfermos mentales, pues el paciente dado de alta puede ser abandonado por los servicios de salud al cuidado de su familia cuando ésta no está en condiciones de atenderle, con la consabida carga y consecuencias psicosociales negativas para los integrantes de la familia.

Por lo anterior, es importante tener en cuenta que la desinstitucionalización no consiste en la mera descarga administrativa de los pacientes, por el contrario “es un proceso complejo donde la deshospitización conduce a una puesta en práctica de una red de servicios comunitarios alternativos a las instituciones psiquiátricas. En muchos países desarrollados, desafortunadamente, la desinstitucionalización no estuvo acompañada del desarrollo apropiado y paralelo de los servicios comunitarios (OMS, 2005: 3).

En resumen, comencé este capítulo haciendo referencia al caso de una persona a quien en el siglo XIX le debía ser negada su personalidad jurídica y privada su libertad por

considerar que presentaba un comportamiento irracional, esta exclusión de ciertos individuos fue estableciendo “las razones de la sin razón”, ubicando a ciertos grupos en la categoría de *locos*. Ésta fue la forma en que la modernidad liberal abordó la condición de las personas con trastornos mentales, desde una perspectiva que se había construido en los siglos XVI y XVII, en la que parece normal que a este grupo social se le subordine, margine y se ponga en cuestionamiento su condición de persona; justificó el encierro y la pérdida de autonomía para quienes se estigmatizó y excluyó de la sociedad de los *normales*. Por lo tanto, al enfermo mental se le ofrecieron tres opciones: esconder sus delirios e intentar ser “normal”, recluirse en un hospital para que “conviva” con quienes sí pueden entenderlo, como psiquiatras u otras personas que también tengan trastornos mentales; y aceptar que no tiene la capacidad para ser sujeto de derechos y obligaciones, por lo cual es necesario que alguien lo represente.

En México, si bien generaron instituciones que atienden a este grupo de población, sólo se consiguieron avances desde el paradigma médico, olvidando que es un problema que debe ser atacado integralmente atendiendo todas las dimensiones de la persona, social, cultural, económica y política. Y se ha reconocido a las personas con trastornos mentales como un grupo que es discriminado –ya sea directa o indirectamente–, sin embargo, no se ha considerado a la discriminación estructural, por lo cual no se han generado las acciones necesarias para transformar las condiciones que generan la condición de vulnerabilidad en la que se encuentran. Pues si bien es importante reconocer que en los niveles nacional e internacional se han realizado estudios descriptivos y programas para actuar ante la situación de vulnerabilidad en que se encuentra este grupo, éstos no han sido suficientes para modificar sus condiciones, ante ello es importante preguntarnos por qué este tema continúa invisible social y políticamente.

CAPÍTULO TRES

Discriminación a las personas con trastornos mentales

Para analizar esta problemática es importante considerar el derecho a la no discriminación de las personas con trastornos mentales, como un tema importante que haga visible su situación y la necesidad de implementar políticas públicas que permitan mejorar las condiciones en las que actualmente viven. Particularmente en el Distrito Federal, la falta de estudios respecto a las condiciones de vulnerabilidad en que se encuentran las personas con trastornos mentales, es una forma de discriminación que representa graves violaciones a sus derechos humanos, pues como vimos, la no discriminación es un derecho de acceso, por lo que al no garantizarlo tampoco se garantiza el ejercicio de los otros derechos humanos.

En el presente capítulo analizaré cómo la forma de abordar la condición del enfermo mental ha derivado en una discriminación estructural que genera en el nivel individual, actos de discriminación, directos e indirectos, para lo cual retomaré la perspectiva teórica del derecho a la no discriminación desde el cual se analizan cuatro elementos: 1) Acciones (distinguir, excluir, restringir o preferir), 2) Motivos (raza, color linaje u origen nacional o étnico), 3) Resultados (anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales), y 4) Ámbitos (político, económico, social, cultural o cualquier otro de la esfera de la vida pública). Con base en el análisis de estos elementos se podrá explicar de una forma más completa la discriminación hacia las personas con trastornos mentales, como un aporte fundamental para visualizar la situación de desigualdad en la que se ha colocado históricamente este grupo.

El objetivo del presente capítulo es realizar un estudio descriptivo interpretativo respecto a diversos ámbitos de discriminación relacionados con las personas con trastornos mentales. Los casos sobre los que me basaré provienen de la atención que la Dirección General de Quejas y Orientación de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal

(CDHDF) ha brindado a personas pertenecientes a este grupo de población, y son resultado de un primer análisis relativo a las principales temáticas que refieren las personas con trastornos mentales o sus familiares, en relación con sus derechos. También realicé entrevistas semiestructuradas en torno a las temáticas elegidas con base en los casos seleccionados a cinco personas, informantes-clave.

Persona entrevistada	Organización o institución a la que pertenece
Margarita Saucedo	Presidenta de la Asociación de Familiares y amigos de Pacientes Esquizofrénicos A. C. (AFAPE)
Gabriela Cámara	Presidenta de Voz Pro Salud Mental en el Distrito Federal
Perla Xóchitl Ortiz Romero	Directora del Centro de Asistencia e Integración Social “Cuemanco” del Gobierno del Distrito Federal
Sergio	Vicepresidente de AFAPE
Mahoma Maciel	Persona a quien hace 17 años se le diagnosticó esquizofrenia y que participa en AFAPE

En un primer apartado hablaré sobre las causas que llevaron a considerar la creación de un área en la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal para brindar un trato especializado a grupos en situación de vulnerabilidad, como el de las personas que presentan algún trastorno mental. Haré mención de algunos datos de los expedientes que seleccioné para la presente investigación, lo cual llevará a identificar las temáticas que se abordarán en un segundo apartado, como: la salud, la familia, capacidad jurídica y acceso a la justicia, y personas en contextos específicos. Todo lo anterior con el objeto de interpretar estos temas en relación con el contexto de discriminación, considerando que las temáticas seleccionadas puedan definirse como ámbitos en los que se generen acciones que resulten en actos de distinción, exclusión, restricción o preferencia que tengan por objeto o resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de sus derechos humanos y libertades fundamentales.

La manera de tratar cada una de las temáticas mencionadas consistirá en realizar una descripción de las mismas y la importancia que adquieren en torno a las personas con

trastornos mentales. Posteriormente interpretaré los casos seleccionados en cada tema con el fin de detectar las acciones que resultan de la dificultad de estas personas para ejercer sus derechos en igualdad de condiciones, y los testimonios de los informantes-clave para cada temática. Finalmente presentaré un esquema respecto a la discriminación estructural señalando la manera en la que interactúan todos los ámbitos descritos para generar condiciones de desigualdad estructural que derivan en actos de discriminación de tipo individual de las personas con trastornos mentales.

Las preguntas que guían la presente investigación, son las siguientes:

De acuerdo con los casos que atiende la CDHDF,

¿En qué consiste la discriminación estructural hacia las personas con trastornos mentales?

¿Cuáles son los ámbitos y las acciones que se convierten en actos discriminatorios hacia las personas con trastornos mentales con base en los casos atendidos por la CDHDF?

¿Cuál es el resultado de la discriminación hacia las personas con trastornos mentales en el Distrito Federal?

Al inicio de cada apartado incluiré algunos fragmentos del cuento “Sólo vine a hablar por teléfono” de Gabriel García Márquez, que gira en torno a la historia de una mujer recluida en un hospital psiquiátrico por un “malentendido”, llamada María de la Luz Cervantes, al final del capítulo podremos ver cómo un cuento así sólo puede tener sentido en una sociedad que aún no comprende la “locura”, y rompe los lazos de comunicación con las personas que son diagnosticadas con un enfermedad mental colocándolas en situaciones de subordinación.

3.1- Atención a las personas con trastornos mentales en un Organismo de Derechos Humanos

Sólo vine a hablar por teléfono

Una tarde de lluvias primaverales, cuando viajaba sola hacia Barcelona conduciendo un coche alquilado, María de la Luz Cervantes sufrió una avería en el desierto de los Monegros.

Era una mexicana de veintisiete años, bonita y seria, que años antes había tenido un cierto nombre como artista de variedades. Estaba casada con un prestidigitador de salón, con quien iba a reunirse aquel día después de visitar a unos parientes en Zaragoza.

Al cabo de una hora de señas desesperadas a los automóviles y camiones de carga que pasaban raudos en la tormenta, el conductor de un autobús destartado se compadeció de ella.

Le advirtió, eso sí, que no iba muy lejos.

- No importa - dijo María -. Lo único que necesito es un teléfono...

En 2006, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF), reconoció la necesidad de realizar una atención diferenciada en torno a diversas situaciones con que acuden algunos de los y las peticionarias que solicitan los servicios de este Organismo. De los distintos asuntos atendidos, se destacaron aquellos casos en los que la o el peticionario presentaron problemas de salud mental,¹¹ cuya atención ha sido delicada, por ser un grupo expuesto a la constante inobservancia de sus derechos humanos, lo que, sumado a la dificultad de atender y entender su demanda, los ha llevado a enfrentar situaciones que los colocan en situación de vulnerabilidad.

Conforme lo anterior, en febrero de 2007, la Dirección General de Quejas y Orientación de la CDHDF creó un área denominada Unidad de Recepción y Trabajo Social (URTS), cuyo objetivo era “brindar atención especializada en casos excepcionales de peticionarios y peticionarias que pertenecen a algún grupo en situación de vulnerabilidad, personas que llegan a la institución en crisis emocional y aquellos que presentan problemas de salud mental” (CDHDF, 2008: 110). El grupo que conformó la URTS en su primera

¹¹ Considero que el término *personas con problemas de salud mental* no es el más adecuado, ya que es un término que no permite especificar las características de estas personas, pues como se explicó en el capítulo anterior es un concepto difícil de delimitar, además supone que ser diagnosticado con una enfermedad de salud mental es un *problema*, lo que estigmatiza a las personas diagnosticadas con una enfermedad mental, pues no se hace esto con otras enfermedades, por ejemplo, no se dice *las personas con problemas de diabetes*.

etapa fue un equipo multidisciplinario (psicólogos, trabajadores sociales y abogados), con el fin de proporcionar una atención apropiada a las y los peticionarios que acuden a solicitar la intervención de este organismo y viven una situación de crisis emocional o presentan algún trastorno mental.

De acuerdo con el Informe 2008 de la CDHDF, para determinar que una persona presenta algún problema de salud mental –cuando no lo refiere directamente el peticionario o la peticionaria– se recurre a la certificación que haya realizado la instancia competente para considerarlo, a efecto de diseñar una estrategia de atención. En los casos de peticionarias y peticionarios que no presentan un diagnóstico clínico, pero que por información colateral se presume padecen algún trastorno de salud mental, para atender la problemática derivada de la violación de sus derechos se intenta encontrar canales de apoyo con los familiares, así como con instituciones públicas y privadas. En cualquier caso, basta que se tenga conocimiento de esta situación de vulnerabilidad para recurrir ante las instancias competentes para lograr la salvaguarda de la persona, buscando así generar las condiciones que le permitan el goce del ejercicio de sus derechos. La situación de afectación en la salud mental de la persona, sea temporal o no, de ninguna manera determina la procedencia o no de la queja por presuntas violaciones a derechos humanos.

De acuerdo con los Informes Anuales de 2007 a 2009, la CDHDF atendió a 2,603¹² personas con problemas de salud mental a quienes se les brindó un trato especializado, atendiendo a su condición como un grupo en situación de vulnerabilidad, por diversos estigmas sociales educativos y culturales, y aún más si tienen que afrontar limitaciones de carácter económico. El análisis de los casos atendidos por este organismo puede arrojar información importante sobre los ámbitos de discriminación de las personas con trastornos

¹² De acuerdo con los informes anuales de 2007 a 2009 en la CDHDF se brindaron en total 115,421 servicios (71,166 de no competencia y 44,255 de competencia), de los cuales 46,114 corresponden a servicios proporcionados a peticionarios y peticionarias que acuden de manera personal, tipo de servicio principal mediante el cual se atiende a las personas con problemas de salud mental. Por lo que la atención a este grupo de personas representaría aproximadamente el .06% de las atenciones brindadas a peticionarios de 2007 a 2009. Aunque se debe tener en cuenta que la atención especializada a este grupo de personas sólo se realiza en la Sede de la CDHDF, lo que reduce el número de servicios de atención personal con el que se debe comparar, el lugar de atención sólo se consideró por separado en los informes 2008 y 2009.

mentales en el Distrito Federal, además podría permitir evaluar la actuación que este tipo de Organismo otorga para visualizar y atender esta problemática.

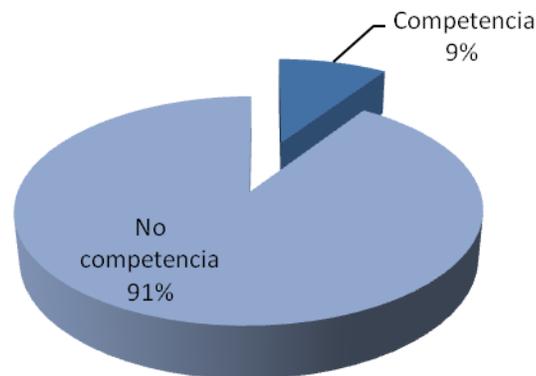
Servicios brindados por la CDHDF a personas con problemas de salud mental

AÑO	SERVICIOS DE COMPETENCIA	SERVICIOS DE NO COMPETENCIA	ATENCIONES BRINDADAS
2007	81	812	893
2008	73	756	829
2009	88	793	881
Total	242	2361	2603

Fuente: Informes Anuales de 2007 a 2009 de la CDHDF

Lo que podemos observar en el cuadro anterior es que 9 de cada 10 personas que presentan algún trastorno mental y acuden a exponer alguna problemática a la CDHDF, ésta tiene que ver con situaciones que no entran dentro del ámbito de competencia de la Comisión. Es decir, no se relacionan con violaciones directas a sus derechos por parte de un funcionario u organismo del Distrito Federal. Sin embargo, aún cuando las personas no sean víctimas directas de alguna violación a sus derechos, o no lo perciba así, se puede valorar y proporcionar servicios adicionales como orientación o canalización que les brinden los elementos necesarios para atender sus distintos planteamientos, así como información general sobre sus derechos, lo cual se agrupa en lo que se denomina servicios de no competencia, que en muchas ocasiones sirven para prevenir alguna violación a derechos humanos.

Tipo de atención brindada



En el caso de las personas que pertenecen a un grupo en situación de vulnerabilidad, los servicios de no competencia¹³ adquieren una función muy importante debido a que su condición los coloca en riesgo de que se violen con mayor facilidad sus derechos. Por ello, es necesario un análisis integral de su situación para poder determinar en cada caso concreto qué acciones son necesarias realizar para atender su problemática. En muchas ocasiones es necesario canalizarlos a instituciones de salud, o bien a programas de empleo o becas de apoyo económico para personas con discapacidad, brindarles asesoría respecto a su situación jurídica o hacer contacto con su familia con el fin de obtener mayor información y abordar adecuadamente su planteamiento, que en la mayoría de los casos se relaciona con situaciones de pobreza y discriminación que les impiden abordar adecuadamente su condición social.

En particular, cuando se presentan casos que no sean competencia de la CDHDF pero a los que por la problemática se determina dar un seguimiento para atender de manera integral la situación del peticionario o la peticionaria, se consideró la necesidad de asignar un expediente que diera cuenta del seguimiento y documentara las diferentes situaciones planteadas por las personas que estaban diagnosticadas con algún trastorno mental o que,

¹³ A partir de 2011 los servicios de no competencia son denominados servicios de defensa y prevención.

derivado de información colateral se consideraba la necesidad de canalizarla a una institución de salud para que fuera valorado por un profesional de la salud mental.¹⁴ Por lo tanto, estos expedientes contienen información importante sobre servicios de no competencia que se les brindan, como la atención médica que reciben, el contacto establecido con su familia o el acceso a la justicia, por mencionar algunos.

Ésos fueron los expedientes consultados para la presente investigación, pues son fuente de información importante para conocer los principales conflictos a los que se enfrentan las personas con trastornos mentales; éstas, generalmente se relacionan con condiciones de desigualdad estructural que muestran la exclusión, restricción y abandono en los que frecuentemente se coloca a estos grupos de personas, lo que les impide el ejercicio de sus derechos. A continuación se presentan las temáticas seleccionadas y los casos que corresponden a cada una de ellas. Por protección a los datos personales de las y los peticionarios, sólo se hará referencia a datos generales, pues el objetivo es detectar temáticas generales.

Seleccioné 60 expedientes (de un total de 126) de atenciones que brindó la URTS a personas que presentaron algún trastorno mental en un periodo comprendido entre 2007 y 2009. El criterio para la selección fue principalmente detectar los expedientes que contenían mayor información respecto a los principales asuntos que exponen los peticionarios. Como mencioné antes, dividí los casos en cuatro temáticas: 12 corresponden a situaciones relacionadas con la atención a su salud, 24 con problemáticas relacionadas con la familia, 16 con su capacidad jurídica o el acceso a la justicia, y 8 con diversos contextos relacionados con personas en situación de calle y reclusión. Estas temáticas corresponden a la asesoría que les prestó la CDHDF derivada de un análisis integral de la problemática por la que se presentó ante ese organismo. Es importante mencionar que no en todos casos las personas llegan a buscar atención a su salud o a comentar el conflicto de su

¹⁴ Lo cual se realiza mediante un oficio de canalización dirigido a los servicios de salud de segundo y tercer niveles.

familia para enfrentar su situación, es a partir de un análisis que se deriva y considera importante abordar estos temas para prevenir situaciones de riesgo para la persona.

Principales temáticas expuestas por la personas con trastornos mentales

Temática	Casos	%
Salud	12	20%
Familia	24	40%
Capacidad jurídica y acceso a la justicia	16	27%
Contextos diversos	8	13%
Total	60	100%

Fuente: Muestra de 60 expedientes de casos atendidos por la URTS

A continuación se presenta información relacionada con el sexo, la edad, el lugar donde se ubica su domicilio, el diagnóstico (en caso de que lo tuvieran), y la institución en la que fueron diagnosticados los 60 casos seleccionados.

Edad

Grupos de edad (años)	Total
18 a 29	6
30 a 44	25
45 a 59	22
60 o más	5
no proporcionó	2
	60

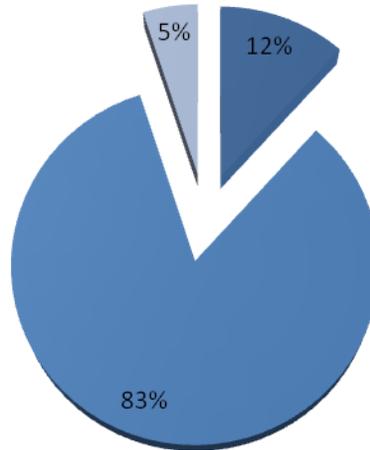
Fuente: Muestra de 60 expedientes de casos atendidos por la URTS

La mayoría de las personas que acuden se encuentran en la edad adulta, ubicándose entre los 30 a 59 años. Podemos observar que la población adolescente está ausente, y que tanto los jóvenes como las personas de mayor edad representan un porcentaje mínimo. Es importante hacer notar este dato, ya que las enfermedades mentales rara vez se diagnostican en edades tempranas a causa de la falta de prevención, por lo que en muchas ocasiones la enfermedad no se hace visible hasta que alguna crisis o delirio genera problemas en su entorno.

Domicilio

Lugar donde se ubica su domicilio

■ Estado de México ■ Distrito Federal ■ No proporcionaron



Debido a que los datos se relacionan con un organismo local de derechos humanos la mayoría de las atenciones se dan a personas que habitan en el Distrito Federal, pero también acuden personas que habitan en el Estado de México. En cinco casos en los que la persona habita en el Distrito Federal, dos se encuentran en situación de calle y tres internas en algún centro de reclusión cumpliendo una medida de seguridad.

Principales diagnósticos¹⁵

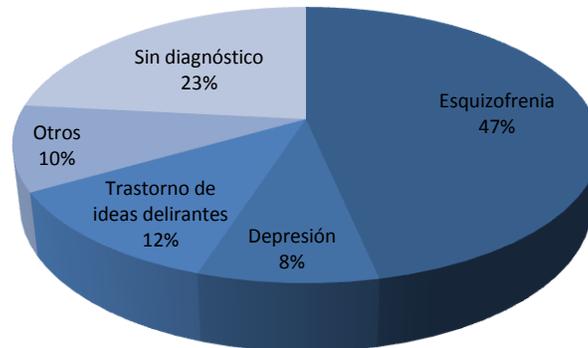
Diagnóstico	Casos
Esquizofrenia	28
Depresión	5
Trastorno de ideas delirantes	4
Trastorno de ideas delirantes relacionado con el consumo de sustancias tóxicas	3
Retraso mental leve	2
Disritmia cerebral	1
Trastorno de la personalidad de tipo orgánico	1
Trastorno bipolar	1
Fobia	1
Sin diagnóstico	14
Total	60

Fuente: Muestra de 60 expedientes de casos atendidos por la URTS

En cuanto a los diagnósticos, la esquizofrenia, la depresión y los ocasionados por alguna sustancia tóxica, representan más de 50% de los casos que analizaré, esto cobra sentido porque de acuerdo con la OMS son los principales padecimientos de salud mental en el mundo. Los relacionados con la desorganización del pensamiento y existencia de delirios como la esquizofrenia e ideas delirantes representan 59%, lo cual como veremos en los siguientes apartados se relaciona con el discurso que presentan algunos de las y los peticionarios, pues en muchos casos es un delirio es lo que los lleva a solicitar ayuda de la CDHDF en primera instancia.

¹⁵ Las categorías que se presentan en la tabla son los diagnósticos que presentan los peticionarios y peticionarias con trastorno mental o sus familiares y que han sido realizados en las instituciones que se mencionan en el apartado de *Instituciones de diagnóstico*.

Diagnóstico



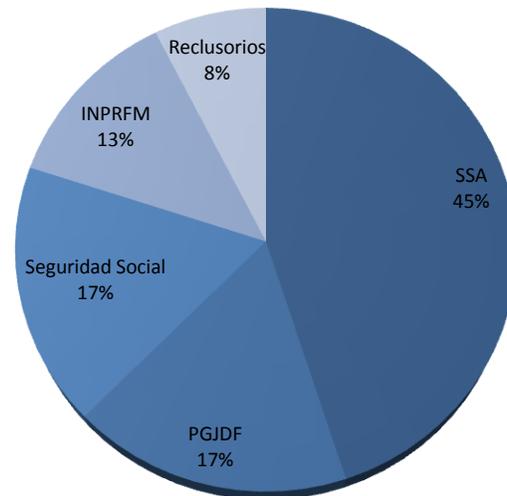
Un porcentaje importante no cuenta con diagnóstico, aunque, por información colateral se determina que presenta alguna afectación en su salud mental y en la mayoría de estos casos la información fue obtenida por el testimonio de algún familiar o persona cercana a su entorno. En otros casos, se les canalizó para que acudieran a ser valorados por un profesional de la salud mental y en todos los casos que acudieron se confirmó algún trastorno, aunque también existen casos en los que se les brindó la canalización, pero la institución a la que se les envió informó que no acudieron.

Institución de diagnóstico

En cuanto al lugar donde se obtuvo el diagnóstico, en 40 de los casos podemos ubicar la institución que los realizó y en los 20 restantes no es posible, incluyendo los 14 casos en los que no se tiene diagnóstico. Las instituciones que realizaron los diagnósticos en la mayoría de los casos (18) corresponden a los Servicios de Atención Psiquiátrica a cargo de la Secretaría de Salud Federal como el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y el Hospital Psiquiátrico Samuel Ramírez Moreno. En segundo lugar, con el mismo número de casos (7 cada una), se ubica un porcentaje de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal relacionado con algún proceso penal en el que la o el peticionario tiene la calidad de víctima o de presunto responsable, y las instituciones de seguridad social (IMSS e ISSTE). En tercer lugar está el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

con 5 casos. Y finalmente, con 3 casos, los Centros de Reclusión como son el Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial (Cevarepsi) y el Centro Femenil de Readaptación Social de Tepepan.

Institución de diagnóstico



Es este apartado podemos ver que la mayoría de las personas no cuentan con seguridad social, por lo cual acuden a los servicios que brinda la Secretaría de Salud federal, debido a que la Secretaría de Salud del Distrito Federal no cuenta con hospitales para atender enfermedades psiquiátricas y, en general, la salud mental. Aunque el diagnóstico fue obtenido en alguna institución de salud, la persona en muy pocos casos continúa acudiendo a recibir el tratamiento correspondiente, en muchas ocasiones porque no está cercana a su domicilio, pero también debido a que no aceptan el diagnóstico o no tienen claridad de que se requiere un tratamiento permanente. Muchos diagnósticos se realizan como parte de un proceso penal, situación que enfrenta a la persona con un diagnóstico que desconocía y que no entiende, por lo que en todos los casos se niega a aceptarlo ya que debido al estigma que genera la enfermedad mental considerará que se le está tomando como “loco”, lo que ocasionará que no pueda acceder en igualdad de condiciones a la justicia.

3.2 - Temáticas

¿Dónde estamos? - le preguntó María.

- Hemos llegado - contestó la mujer.

El autobús estaba entrando en el patio empedrado de un edificio enorme y sombrío que parecía un viejo convento en un bosque de árboles colosales. Las pasajeras, alumbradas apenas por un farol del patio, permanecieron inmóviles hasta que la mujer de aspecto militar las hizo descender con un sistema de órdenes primarias, como en un parvulario. Todas eran mayores, y se movían con tal parsimonia que parecían imágenes de un sueño.

La guardiana pareció escucharla con atención.

- ¿Cómo te llamas? - le preguntó.

María le dijo su nombre con un suspiro de alivio, pero la mujer no lo encontró después de repasar la lista varias veces. Se lo preguntó alarmada a una guardiana, y ésta, sin nada que decir, se encogió de hombros.

- Es que yo sólo vine a hablar por teléfono - dijo María.

- De acuerdo, maja - le dijo la superiora, llevándola hacia su cama con una dulzura demasiado ostensible para ser real -, si te portas bien podrás hablar por teléfono con quien quieras. Pero ahora no, mañana. Algo sucedió entonces en la mente de María que le hizo entender por qué las mujeres del autobús se movían como en el fondo de un acuario. En realidad estaban apaciguadas con sedantes, y aquel palacio en sombras, con gruesos muros de cantería y escaleras heladas, era en realidad un hospital de enfermas mentales...

La revisión de los expedientes y los datos expuestos nos muestran un primer escenario de los casos atendidos en el primer contacto que establece la CDHDF, mediante la Dirección General de Quejas y Orientación, con las personas que acuden a exponer algún asunto relacionado a su condición de salud derivado de un trastorno mental:

- ✦ La mayoría de los asuntos son situaciones que no entran en el ámbito de competencia de la Comisión, es decir, no representan una violación directa a sus derechos. Sin embargo, de acuerdo con el modelo proactivo de atención que ha establecido la CDHDF, independientemente de lo anterior, se debe brindar atención y orientación mediante las cuales se les explique la manera de afrontar su situación.
- ✦ Quienes acuden se ubican en edad adulta, son principalmente habitantes del Distrito Federal, y presentan alguno de los padecimientos de salud mental más comunes de acuerdo con la OMS.

- ⊕ Su diagnóstico se ha realizado principalmente en hospitales psiquiátricos de la SSA. Sin embargo, un número importante han sido diagnosticados en procesos que tiene que ver con el acceso a la justicia o en reclusión. Ello nos habla de diagnósticos que no se han realizado como un proceso de conciencia de enfermedad, sino como un procedimiento necesario para determinar su capacidad jurídica.
- ⊕ No tienen información relacionada con su trastorno mental, y en caso de tener alguna sospecha debido a los síntomas que presentan, como son las alucinaciones o delirios persecutorios, no tienen accesos a servicios de salud ni a un tratamiento de calidad.
- ⊕ En otros casos, su petición se relaciona con algún asunto de procuración de justicia, derivado de que su denuncia presenta un discurso *desorganizado* y mezclado con posibles *delirios*, se determina la realización de un peritaje por parte de un psiquiatra, con el fin de determinar su capacidad jurídica. En estos casos se verá confrontado con un diagnóstico respecto a su condición de salud mental que se prioriza dejando de lado o anulando en algunos casos, su demanda original.
- ⊕ Finalmente, en algunos casos, la exclusión y poca atención a su condición los lleva a encontrarse en situación de calle o a ser reclusos en alguna institución.

Las anteriores son las temáticas que trataré en los siguientes apartados.

3.2.1 Salud

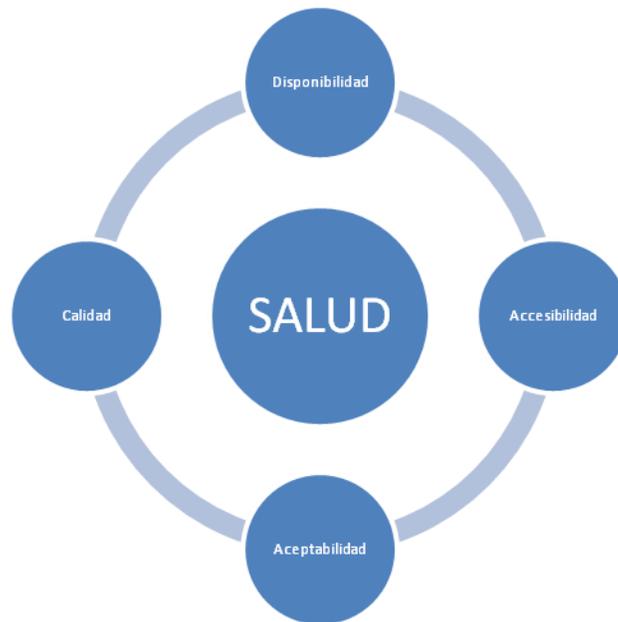
Derecho reconocido

De acuerdo con la definición que proporciona la OMS, la salud puede definirse como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de

afecciones o enfermedades. En particular la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Para el Comité del Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, el derecho a la salud es un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición y una vivienda adecuadas, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional (Observación 14).

El derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados: a) Disponibilidad: cada Estado parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas; b) Accesibilidad: presenta cuatro dimensiones superpuestas: I) No discriminación; II) Accesibilidad física; III) Accesibilidad económica; y IV) Acceso a la información; c) Aceptabilidad: todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate; y d) Calidad: los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.



En nuestro país, un análisis publicado por la OACNUDH (2008) realizado por organizaciones de la sociedad civil y académicos muestra que, si bien es cierto que en 1917 México fue pionero en el reconocimiento constitucional de los derechos humanos, especialmente en lo que se refiere a los de carácter social, también lo es que la manera concreta en que la Constitución Mexicana consagra los derechos humanos, se encuentra afectada de ciertas deficiencias estructurales que obstaculizan la plena eficacia y práctica de los derechos. Algunas de ellas se refieren al concepto mismo de *garantías individuales*; a la falta de sistematización y coherencia del referido Capítulo I; a la carencia de una perspectiva de género; a la débil incorporación de los tratados internacionales en la materia, y a las limitaciones que actualmente afectan a las garantías y mecanismos para su protección, por citar sólo algunas deficiencias.

Como derecho humano, la salud está reconocida en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en el artículo 12 donde se establece que “los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. En el nivel nacional la Constitución reconoce al

derecho a la salud como una garantía individual a través del tercer párrafo del artículo 4, donde se establece “que toda persona tiene derecho a la protección a la salud” y establece que “la Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.”

En este sentido, el derecho a la salud está reconocido en instrumentos como la Constitución y la Ley General de Salud, los cuales establecen las finalidades del Estado en cuanto a la protección del derecho a la salud. Como parte de este, se encuentra el derecho a la salud mental, pues en el artículo 2 reconoce que una de las finalidades del derecho a la salud es el bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades. En el artículo 3 se establece que en los términos de esa ley, la salud mental es materia de salubridad general. Pero existen dificultades para ejercerlo realmente.

Dificultad para ejercerlo

Uno de los primeros factores que impide ejercer el derecho a la salud mental es la falta de información respecto a los síntomas que pueden considerarse parte de un trastorno mental. En algunos casos, las personas que acuden a la CDHDF lo hacen debido a que presentan un delirio persecutorio, sin embargo, no lo relacionan con un trastorno mental y no es fácil que lo consideren, debido a que no tienen conciencia de enfermedad. Esto lleva a que no tengan acceso a las instancias que puede acudir para recibir atención.

Aunque en un primer contacto no es posible determinar si el asunto que expone la persona está relacionado con algún trastorno mental, posteriormente por información colateral, y después de hacer un seguimiento en donde se contacta a su familia, o se le canaliza a instituciones de salud, en las que se confirma la presencia de un padecimiento relacionado con su salud mental, el cual desconocía o no se había diagnosticado y no acepta, pues no tiene conciencia de enfermedad y no ha seguido un tratamiento.

Después de que se ha confirmado a la persona que presenta algún trastorno mental, es difícil que acepte seguir un tratamiento médico, debido a que lo relaciona con el estigma que existe respecto a estos padecimientos. Una persona en particular se resistía a atenderse pues decía que ella no estaba “loca” y que no quería que la encerraran en la “casa de la risa”. Este ejemplo, más allá de la anécdota, nos muestra que en el imaginario colectivo la salud mental se sigue relacionando con la “locura” y el encierro en algún hospital psiquiátrico.

Para Gabriela Cámara, presidenta de la Asociación Voz Pro Salud Mental, el estigma es un factor que impide la atención médica de calidad, pues la falta de actualización del personal que brinda atención en materia de salud mental lleva a que exprese cosas como las siguientes: “en el 2000 te puedo decir que los médicos y psiquiatras le decían a la familia que no le dijeran nada a nadie, porque habría rechazo por parte de la sociedad por tener un familiar con enfermedad mental”. También mencionó cómo esta falta de actualización y sensibilidad sobre la salud mental provoca que algunos médicos generales no ayuden a prevenir un deterioro mayor para el paciente, pues les dicen que aún no están tan locos como para mandarlos al psiquiatra. Gabriela Cámara considera que los mismos médicos no le dirían lo mismo a alguien que padece cáncer: “*Señor su tumor está muy pequeño aún, vamos a esperar a que se ponga choncho para que lo mande con el oncólogo, no haces eso ¿no? Es igual para salud mental, lo mismo*”.

Una de las propuestas en que coinciden todos los entrevistados es la necesidad de una campaña informativa sobre las enfermedades mentales y un programa de actualización para el personal de salud en materia de atención a la salud mental. Asociaciones como Voz Pro Salud Mental y Asociación de Familiares y Amigos de Pacientes con Esquizofrenia (AFAPE) han emprendido algunas actividades en este sentido, brindando talleres de información a personal de salud y personas cercanas a personas diagnosticadas con trastornos mentales. Una experiencia que comentó Sergio, vicepresidente de AFAPE, respecto a una maestra que participó en uno de los talleres que brinda AFAPE, para dar a

conocer lo que es la esquizofrenia, es que en una ocasión durante una sesión dijo “me da mucha pena pero quiero saber si la esquizofrenia es contagiosa o no”. Al respecto una propuesta de la presidenta de AFAPE es que desde las escuelas se empiece a hablar de la salud mental:

“que los niños sepan lo que son las enfermedades mentales, que crezcan no burlándose de los compañeros que tengan una discapacidad, sino que sepan lo que es la salud mental, lo que son las discapacidades; que ellos, así como estudian biología, así como estudian todas las materias, dentro de los mismos estudios también tengan nociones de lo que son las enfermedades mentales, en las secundarias, en las prepas, porque si es 1% de la población el que va a tener esquizofrenia, pues yo creo que tanto los padres, los maestros, los mismos jueces, que toda la población sepa lo que es la enfermedad mental”

En muchas ocasiones, por esta falta de información y por el estigma, la persona se resiste a aceptar el diagnóstico; además, porque al no haber tenido una prevención, tratamiento y no recibir sensibilización sobre su condición de salud, no comprende sus síntomas ni la necesidad de atenderse. En este caso una labor importante que se hace con las personas que se atienden en la CDHDF es sensibilizar a la persona y a su red de apoyo cercana sobre lo que implica la salud mental, la necesidad de atenderlo y las instancias a las que puede acudir.

Otro factor que impide el ejercicio del derecho a la salud es la no accesibilidad física y económica, debido a que no hay un número suficiente de establecimientos que brinden servicios de salud mental, y los que existen generalmente se ubican muy lejos de su domicilio, por lo que deben hacer un recorrido de una hora y media como mínimo para llegar. Asimismo, debido a la saturación de estos servicios, deben otorgar un número limitado de fichas para la atención. Al respecto, el profesional de la salud mental entrevistado comenta lo siguiente:

...no es suficiente todavía la cantidad de psiquiatras o de profesionales de la salud mental, que se puedan dedicar al gran número de población que hay, y eso nos reduce entonces a percibir que no hay una gran calidad porque no hay suficiente número; también el tema es de número de que se conciba de que el problema mental es mayor que los egresados cada año no corresponden a las necesidades actuales del país; eso habla entonces que las

personas quienes están a cargo de las políticas públicas en salud no son conscientes en esa parte, o no tienen el presupuesto (Napoleón, AFAPE).

Además deben cubrir un costo, que, aunque sea mínimo, representa un gasto para la persona, situación que se agrava si dicha persona no cuenta con ingresos fijos, lo que representa un obstáculo para su atención. Uno de los requisitos para que la persona acuda a los servicios de salud mental es ir acompañada de un familiar y presentar una serie de documentos de identificación y comprobante de domicilio. Estos requisitos pueden ser necesarios y justificables, sin embargo, existen casos en que no pueden ser cubiertos por las personas, lo cual los deja fuera del acceso a los servicios. Aunado a lo anterior, en algunos casos las personas no cuentan con alguien que quiera o pueda acompañarlos, por lo que aunque quieran atender su salud, no serán aceptados. En cuanto a sus documentos, algunos casos se relacionan con personas en situación de calle o que pernoctan en un albergue y no cuentan con documentos de identificación, en este caso tampoco serán aceptados.

En caso de lograr que la persona aceptara que padece algún trastorno mental, y decidiera acudir a la institución a la que fue canalizada y que ésta la aceptara como paciente, todavía existen otros obstáculos para ejercer su derecho, uno de ellos es la imposibilidad para adquirir medicamentos, los cuales no son otorgados por instituciones de salud, ya que para ello el sujeto debe ser derechohabiente de alguna institución de seguridad social o estar integrado a programas como el Seguro Popular que depende del Gobierno Federal o al programa de Servicios Médicos y Medicamentos Gratuitos del Gobierno del Distrito Federal. En este caso sólo proporcionarán los que se encuentren en el cuadro básico de medicamentos, y el resto deberá ser adquirido por el paciente.

Cabe mencionar que integrarse a algunos de los programas de cobertura universal de salud requiere una serie de trámites que, en algunos casos, ha necesitado de un seguimiento por parte de la CDHDF de hasta dos meses para que una persona pueda ser inscrita. Requiere tener todos sus documentos, acudir a distintas citas dependiendo del número de trámites; en el caso del Seguro Popular debe pertenecer a algunos de los grupos de población que están contemplados.

Al respecto existe el caso de un adulto mayor de 88 años de edad que está a cargo de su nieto, un joven de 22 años que presenta esquizofrenia y que acudió para que se le ayudara a conseguir los medicamentos pues no podía comprarlos y por este motivo su nieto había presentado crisis constantes. Al canalizarlo para que lo inscribieran al Seguro Popular le informaron que no podía ser aceptado porque en ese momento sólo aceptaban a mujeres, adultos mayores y niños. Por ello, fue necesario realizar distintas gestiones para ayudar a que finalmente lo inscribieran luego de dos meses.

Sin embargo, aun cuando sean derechohabientes de alguna institución de seguridad social o se inscriban en programas de cobertura universal –y en caso de que el medicamento que requiera esté en el cuadro básico de medicamentos–, posteriormente se enfrentan a la falta de presupuesto en materia de salud, por lo que deberán comprar los medicamentos por su cuenta. “No están los medicamentos adecuados en los cuadros básicos, en el ISSSTE, en el IMSS, no los tienen muchas de las veces, van los pacientes y los piden y no les dan los medicamentos, a pesar de que dicen el Seguro y el ISSSTE que sí están cubriendo los medicamentos, no los tienen” (Margarita, AFAPE).

Sergio (AFAPE) nos da una idea de lo que representan los gastos que debe cubrir una familia en cuanto al medicamento:

...el medicamento por ejemplo es carísimo, hablamos de dos mil pesos o más, según la cantidad que tome, si tu muchacho no trabaja, tienes que darle de comer, transporte, etc. A muchos de los muchachos les gusta el cigarro y según parece, el hecho de que ellos fumen, les ayuda a manejar niveles de estrés mayores, pero entonces si un muchacho se fuma una cajetilla de Marlboro al día, estamos hablando de 28 o 30 pesos, no sé cuánto vale más, lo multiplicas, al mes se vuelven tres mil pesos, mas el medicamento, más su atención, estamos hablando de ocho a nueve mil pesos que muchas familias obviamente no pueden pagar.

Los medicamentos del cuadro básico son los que se conocen como de primera generación, algunos de los cuales han demostrado tener efectos contraproducentes o ya no ser eficaces. Éstos han sido superado por los medicamentos conocidos como de segunda generación, que al ser más caros no son aún cubiertos por los servicios de salud. El costo de no contar con un medicamento adecuado se refleja en la persona con trastorno mental, pues

cuando se niega a un sector de la población medicamentos de calidad, se está generando un deterioro mayor al suministrarle medicamentos que no son adecuados. Un aspecto importante en este sentido es que las instituciones públicas no tienen una política clara:

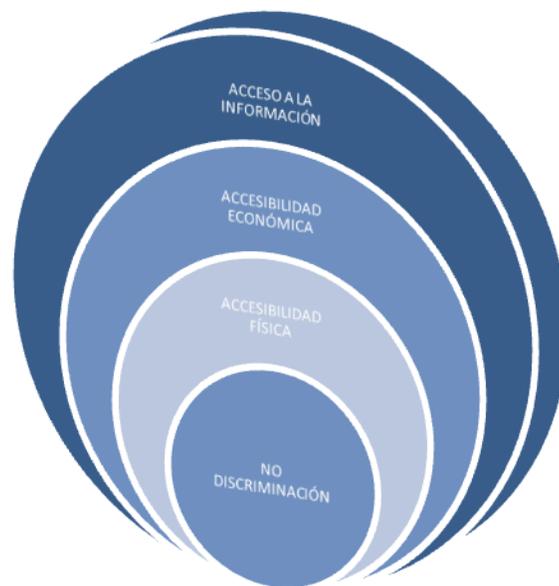
Porque no hay esos presupuestos que es su argumento fundamental o porque no lo pueden hacer fuera de; no pueden recomendar otros medicamentos, si tú vas a un instituto determinado, te dicen que sólo tienen éste para recomendarte no te van a hacer una recomendación fuera ni siquiera se te informa que existe la posibilidad de que pudieras acceder a otro medicamento con un alto costo, porque entonces para que me ponga algo que sé que no va a poderme dar o para que me dé algo que sé que no me voy a poder comprar, y entonces los médicos tienen la restricción de no decir. “Por lo pronto aquí está esto que nosotros tenemos”, pero nunca orientarlos para decirles “mira aquí hay otro medicamento”, cuando las instituciones públicas no están obligadas, entonces guardan silencio. (Napoleón, AFAPE)

Al respecto, un tema muy importante de revisar es el papel de los laboratorios que producen los medicamentos para enfermedades psiquiátricas. En este sentido un testimonio relevante es el que aporta la presidenta de AFAPE, quien cuando participó en un grupo de ética que valoraba el modo como los laboratorios realizaban los protocolos para poner a prueba nuevos medicamentos pudo observar su poca ética:

...los protocolos consisten en dar a probar al paciente los medicamentos que van a salir al mercado, entonces al paciente le cae bien el medicamento nuevo pero es por una temporada, acaba el protocolo y el laboratorio no se compromete a darle el medicamento durante un tiempo y ese medicamento muchas veces cuesta hasta dos mil pesos cada caja. ¿Entonces qué pasa con ese paciente? Ese paciente toma medicamento muchas veces de la primera generación, entonces ya probó el medicamento de segunda generación que salió al mercado, entonces tiene que suspender y volver a la de primera generación. [...] por más que yo les decía que deberíamos de comprometer al laboratorio en esos casos de que los muchachos que entraran en este grupo de protocolo, el laboratorio se comprometiera a darles este medicamento puesto que no era una generalidad en muchos pacientes que entraban a ese protocolo, porque eran pocos; de que se comprometieran a darles de por vida o mientras el muchacho estuviera tomando su medicamento podrían ser 10 años, 5 años, mientras el medicamento le estuviera cayendo bien y este laboratorio no se comprometía, el laboratorio nada más mientras el protocolo continuaba; entonces ¿qué pasaba con el paciente?, mientras el protocolo duraba el paciente estaba bien. ¿Y qué pasaba con el paciente? Pues volvía en una etapa crítica y venía con un retroceso tremendo (Margarita, AFAPE).

Un último factor que impide ejercer el derecho a la salud, en el caso de las personas con trastornos mentales, es la falta de apoyo para que continúen con su tratamiento. Cuando se logra que a la persona se le brinde un diagnóstico y un tratamiento, durante el seguimiento se puede observar que muy pocos continúan atendiendo su salud mental, principalmente porque no cuentan con una red de apoyo que los acompañe a sus citas, que vigile que atiendan su tratamiento, pero también por la distancia y los costos que representa acudir a los servicios de salud existentes. Además, debido a la falta de información, no saben que un trastorno mental requiere de un tratamiento permanente y, cuando ya se sienten mejor, dejan de acudir a sus citas médicas, debido a lo cual presentarán una recaída que afectará su mejoría.

Como podemos observar, los factores que impiden ejercer el derecho a la salud, particularmente a la salud mental, se relacionan con el elemento de accesibilidad que presenta cuatro dimensiones superpuestas:



- ⊕ No se puede afirmar que se les discrimina directamente, pues en todos los casos cuando se ha canalizado a una persona a una institución para atender su salud mental, se le ha brindado el servicio, cubriendo los trámites necesarios para lograrlo.
- ⊕ Sin embargo, es necesario recordar que la discriminación no sólo es directa, también tiene un aspecto indirecto que se podría relacionar con algunos requisitos que, sin tener por objeto restringir el derecho, tienen como resultado impedir su acceso.
- ⊕ El aspecto estructural de la discriminación en este tema tiene que ver con la falta de servicios de salud y personal que brinden servicios de salud mental, así como de la garantía para que cuenten con los medicamentos adecuados que permitan a toda persona el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
- ⊕ No se tiene acceso físico y económico, aquí es importante señalar que el Distrito Federal no cuenta con servicios de salud en el área de salud mental, por lo que sus habitantes deben acudir a Servicios de Salud Federal que frecuentemente están saturados.
- ⊕ No se cuenta con servicios de salud mental en el primer nivel de atención, lo cual impide prevenir un trastorno mental, situación que a generara más saturación en los pocos hospitales de tercer nivel que se encargan de la atención a la salud en este ámbito y más costos para los pacientes al comenzar a atenderse en una etapa crítica del trastorno.
- ⊕ El acceso a la información es algo que falta en todos los casos, lo que genera desconocimiento para su atención y para el tratamiento necesario, situación que llevará a reproducir el estigma. En este aspecto coinciden la mayoría de los entrevistados, quienes proponen una campaña de información de nivel masivo y una actualización del personal de salud.

3.2.2 Familia

...Esa misma tarde María fue inscrita en el asilo con un número de serie, y con un comentario superficial sobre el enigma de su procedencia y las dudas sobre su identidad. Al margen quedó una calificación escrita de puño y letra del director: "agitada"

...Lo más duro era la soledad de las noches. Muchas reclusas permanecían despiertas en la penumbra, como ella, pero sin atreverse a nada, pues la guardiana nocturna velaba también el portón cerrado con cadena y candado. Una noche, sin embargo, abrumada por la pesadumbre, María preguntó con voz suficiente para que le oyera su vecina de cama:- ¿Dónde estamos?

La voz grave y lúcida de la vecina le contestó:- En los profundos infiernos.- Dicen que ésta es tierra de moros - dijo otra voz distante que resonó en el ámbito del dormitorio -. Y debe ser cierto, porque en verano, cuando hay luna, se oyen a los perros ladrándole a la mar...

Relación salud-familia

La enfermedad no se reduce a una condición del individuo que presenta una afectación a su salud, también es la forma en la que esta condición es asumida por la sociedad, los recursos que existen para afrontarla y la red de apoyo con la que cuenta. Uno de los recursos más importantes para afrontar una enfermedad es la familia, la cual se define como un conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo, organizadas en roles fijos (padre, madre, hermanos, etc.) con vínculos consanguíneos o no, con un modo de existencia económico y social comunes, con sentimientos afectivos que los unen y aglutinan. Además de la familia nuclear, debe considerarse a la constelación familiar, la cual “incluye a todos los miembros de la unidad doméstica actual, el sistema de familia extensa y las personas clave que funcionan como miembros de la familia (amigos íntimos y profesionales de la salud)” (Rolland, 2000: 98).

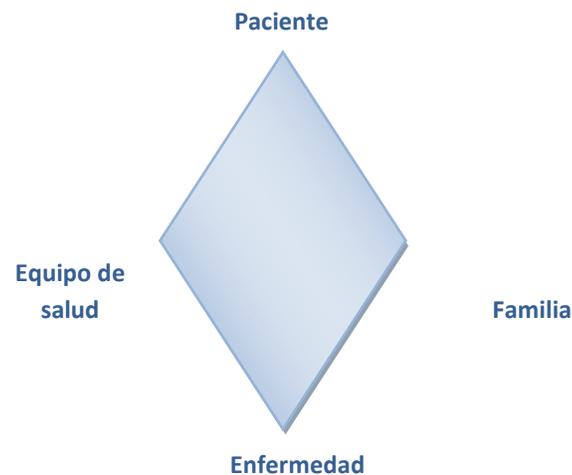
Una temática recurrente en torno a los casos seleccionados para la presente investigación, es la relación de la familia y la persona a quien se le diagnostica un trastorno mental. De los 60 casos seleccionados, 40% se relacionan con el tema de la familia, relativo a la dificultad para abordar la enfermedad que presenta uno de sus miembros, situación que

genera exclusión y agresión por parte de los demás integrantes. Para comprender cómo la familia puede ser un factor determinante para mejorar las condiciones de vida de la persona con trastorno mental y evitar la discriminación, es importante describir los factores que determinan esta relación. Para ello, en primer lugar, es necesario considerar a la familia como un sistema y tener claro la manera en que se interrelacionan todos los elementos que la componen. En segundo lugar es necesario explicar la relación entre familia y salud. Ambos aspectos permitirán una mejor descripción e interpretación de los casos revisados.

John S. Rolland es un terapeuta familiar que desarrolló un enfoque teórico conocido como la teoría sistémica de la familia. Este enfoque teórico destaca sobre todo la interacción y el contexto en el que se desarrolla el individuo. “Desde esta perspectiva, función y disfunción se entienden en relación con el ajuste entre el individuo y su familia, su contexto social y las demandas psicosociales de la situación: en este caso un problema de salud” (Rolland, 2000: 33). Para la teoría sistémica los individuos están interrelacionados de manera tal que un cambio en cualquiera de los miembros de la familia afecta a los otros miembros, lo que a su vez afecta al primero en una cadena circular de influencia.

Una persona con trastorno mental dentro de la familia plantea un desafío, pues generalmente conlleva una carga emocional y requiere de ajustes en la organización de sus miembros. La teoría sistémica como enfoque teórico considera importante realizar estos ajustes comprendiendo al individuo en el contexto de su comportamiento. En este sentido, los procesos de la familia o de las relaciones personales son tan importantes como el contenido del problema, o quizá más. Los elementos clave de este contexto son: el paciente, la enfermedad, la familia y el equipo de salud, los cuales se encuentran, además, dentro de una sociedad y una cultura que otorga determinado significado y recursos para cada uno de estos cuatro componentes.

El cuadrángulo terapéutico (J. S. Rolland)



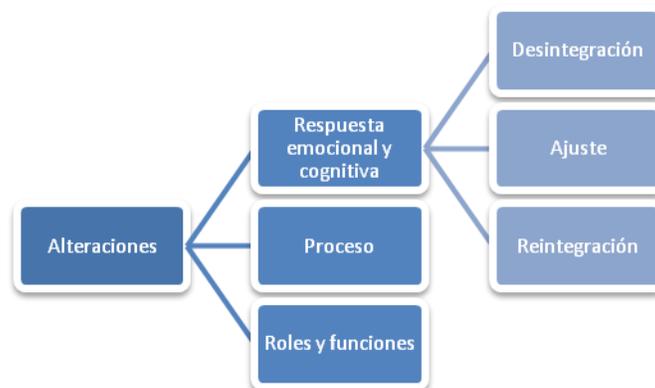
Otros enfoques consideran sólo tres factores: el paciente, el equipo de salud y la familia, sin embargo se colocó también a la enfermedad ya que no todas conllevan la misma carga valorativa ni representan el mismo desafío para una familia, por lo tanto de qué enfermedad se trate y cómo se asuma ésta dependerá el ajuste que se pueda lograr. Además estos elementos se ven influidos por la sociedad y la cultura mediante dos aspectos: “crea un significado, en función del cual rechaza o acepta la enfermedad; genera recursos para enfrentar los problemas que comporta. Ambos aspectos conforman el marco desde el que los profesionales realizan su trabajo” (Navarro, 2004).

La carga valorativa que se le otorgue a la enfermedad depende, en gran medida, de la información que el médico da en el momento del diagnóstico, así como la forma en que la familia asuma dicho diagnóstico, lo cual dependerá de la historia de experiencias previas de la familia con la enfermedad y de factores socioculturales. De acuerdo con el enfoque de la teoría sistémica, para crear un sistema funcional que pueda hacer frente a los desafíos de la enfermedad, las familias necesitan: 1) comprensión psicosocial de la afección en términos sistémicos: aprender las pautas de demandas prácticas y emocionales previsibles en una afección; 2) una comprensión de sí mismas como unidad funcional en términos

sistémicos; 3) entender los ciclos de la vida familiar y del individuo para que les ayude a estar preparados para el cambiante ajuste; y por último, 4) deben entender los valores, creencias y legados multigeneracionales que subyacen en los problemas de salud (Rolland, 2000: 36).

Crear este sistema, en el caso de los trastornos mentales, implica manejar carga valorativa que muchas veces estigmatiza a la persona y le genera situaciones en las que es discriminada. El modelo sistémico de la familia considera importante evaluar cuatro áreas básicas del funcionamiento familiar: “pautas estructurales/organizativas, procesos de comunicación, pautas multigeneracionales y ciclo de vida familiar, sistema de creencias de la familia (construcciones de la realidad compartidas, paradigma familiar y visión del mundo)” (Rolland, 2000: 97).

En el caso de los trastornos mentales, dos áreas son muy importantes, los procesos comunicativos y el sistema de creencias, pues muchos de los cambios estructurales y las pautas del ciclo vital dependen de la forma en que se conciba un trastorno mental y los procesos que se generen para lograr una comunicación. Al respecto Rolland (2000) afirma que las creencias de una familia acerca de lo que es normal o anormal y la importancia que le atribuyen a la conformidad y a la excelencia en relación con el tipo, tienen consecuencias de largo alcance para las enfermedades crónicas. Es posible observar el impacto que se puede causar en la familia mediante los siguientes elementos que propone Navarro (2004):



Alteraciones de roles y funciones familiares: la función de roles y funciones familiares necesita redefinirse. Esta redefinición sería tanto más profunda, y potencialmente más complicada, cuanto más importantes eran los roles o las funciones familiares de la persona enferma. Se hace necesario el desarrollo y la negociación de nuevos roles y funciones (principalmente del cuidador primario) que impone la enfermedad.

Alteraciones del proceso: la enfermedad interfiere con los ciclos evolutivos de las personas y de la familia en su conjunto, en el sentido de que las tareas normativas de cada etapa se ven perturbadas en menor o mayor grado, dependiendo de factores tales como el grado de discapacidad de la enfermedad, pero también de lo adecuado de las estrategias de afrontamiento, o del apoyo social del que disponga.

Alteraciones de la respuesta emocional y cognitiva: en este punto encontramos la reacción del paciente y de la familia. En ambos casos encontramos similar gama de reacciones, aunque se expresan en momentos diferentes. En el caso de la familia son: protección, rabia, duelo anticipado, culpa y miedo. La reacción de la familia se da en tres fases: 1) *desintegración* (depresión, rabia y culpa), 2) *ajuste* (se comienza a buscar información, a hacer planes y acomodarse emocionalmente), esta fase conlleva momentos desagradables: tendrán que explicar a familiares y amigos la condición del enfermo, hacer frente a la incompreensión de ciertas personas o a su extremada cortesía, así como reprimir sus respuestas de envidia hacia los sanos, y 3) *reintegración*, tratan de poner el problema en perspectiva, lo que se define como “poner a la enfermedad en su lugar”, de integrarlo en la vida familiar, de aprender las técnicas del cuidado.

Algunas investigaciones han considerado importante analizar a la familia como factor determinante en los estudios relacionados con la salud (Gómez, s/f), pues al interior de este núcleo social se toman decisiones y se definen acciones en torno a la misma. Sin embargo, observan que en nuestro país el análisis sobre el tema no ha incorporado este componente. Gómez (s/f: 90- 91) propone utilizar un modelo para poder analizar la relación salud-familia. De acuerdo con dicho modelo, el hogar es la unidad de análisis y sus miembros reciben satisfacción de la salud y de otros bienes de consumo, por ejemplo, de

recreación. Los individuos que forman parte del grupo doméstico toman decisiones correspondientes al nivel de salud deseado para cada uno de sus miembros, teniendo en cuenta las limitaciones tanto de conocimiento como de recursos para realizar sus preferencias.

Para poder alcanzar el nivel de salud deseado, los miembros del hogar deben producirlo utilizando insumos como su propio tiempo, las visitas al médico, el uso correcto de medicinas, el ejercicio, etcétera. De esta manera, el nivel de salud observado en determinado momento es producto de una inversión acumulada a través del tiempo, en forma de prácticas individuales, de estilos de vida, de utilización de medidas preventivas y curativas, y de una depreciación producto de enfermedades pasadas y del paso del tiempo, o sea la edad (Gómez, s/f: 91).

Los factores que inhiben o facilitan las prácticas asociadas con la salud, por lo común se dividen en tres grandes grupos: 1. De conocimiento; 2. De ingreso; 3. De costos. En este sentido, podemos observar que la decisión que tome el individuo respecto a su salud no es aislada, pues depende en gran medida del contexto en el que se desarrolla, y su contexto más cercano es la familia. Es así que la salud del individuo depende en gran medida de la manera en que responda la familia como sistema de acuerdo con los componentes y la interrelación de éstos en el modelo planteado por Rolland (2000) y Navarro (2004).

Las dificultades para enfrentar la condición de un familiar con trastorno mental

El contacto con la familia de la persona que presenta un trastorno mental y acude a solicitar algún servicio ante la CDHDF se establece de dos maneras: en algunos casos, se contacta a la familia con el objetivo de obtener mayor información para abordar de manera integral el asunto expuesto por la o el peticionario, ya que en muchas ocasiones muestra signos de una posible afectación a su salud mental o llegan en estado de crisis, por lo que es necesario hacer contacto con su red de apoyo; en otros casos, es algún familiar quien por primera vez acude a solicitar orientación principalmente por la dificultad para abordar y atender a un familiar a quien le diagnosticaron un trastorno mental. En ambos casos la manera en que la

familia entienda el problema y decida apoyar serán factores determinantes para la mejoría de la persona.

En los casos que se debe establecer contacto con la familia, son aquellos que la persona acude refiriendo algún tipo de conflicto con su entorno. Estos conflictos son principalmente agresiones que recibe la persona por su entorno, y se originan debido a la falta de atención a su salud, situación que ha llevado a la persona a comportarse de manera agresiva y ser agredido por los demás; o debido a que su familia intenta obligarlo a acudir al doctor o tomar su medicamento contra su voluntad, también hay casos en los que la persona es víctima de violencia por parte de su entorno familiar. Por ello, si se tiene forma de contactar a la familia, se le cita para poder realizar una intervención respecto a la forma en que está enfrentando la condición de salud de su familiar.

La manera en que responde la familia a la cita por parte de la CDHDF suele ser de tipo defensivo, pues considera que su familiar se fue a quejar de los integrantes y que se les cita para iniciarles algún procedimiento. Ubican a la CDHDF como una instancia que sólo va a proteger los derechos de la persona que tiene un trastorno mental, y no va a comprender la dificultad que ha representado para su familia atender la situación. Para ello se les brinda una explicación respecto a la causa por la que se les contactó, y cambia su perspectiva, comienzan a informar sobre las dificultades que tienen para poder apoyar a su familiar. Una de estas dificultades es que no comprenden el porqué de la enfermedad que presenta su familiar, por lo tanto no saben cómo apoyarlo, lo cual ha generado procesos de desintegración familiar y de carga para uno de sus miembros en cuanto a gastos y tiempo para brindar los cuidados necesarios.

Otra dificultad es la falta de recursos económicos para comprar los medicamentos de su familiar, por lo que aunque saben que deben atenderlo, solicitan que se le indique cómo puede obtener los fármacos. En relación con esto, se encuentra el caso de una joven que llegó denunciando persecución de diversas personas, sin que especificara nombres o motivos, por lo que se decidió contactar a su familia. Se logró contactar a su mamá, quien

informó que su hija estaba diagnosticada con esquizofrenia y hacía un día que se había escapado de su casa después de un evento de crisis que tuvo en el que quisieron llevarla de urgencia al hospital; debido a que el hospital no cuenta con ambulancia debían llevarla por su cuenta pero ella se resistía, por lo cual se había escapado con el fin de no ser hospitalizada.

El hospital les había dado la opción de alquilar una ambulancia pero el costo de la misma era de 2,000 pesos, monto imposible de asumir para su familia. Se estableció un proceso de mediación entre la peticionaria y su familia por medio del cual, la primera aceptó regresar a su casa y días después la llevaron en taxi al hospital donde permaneció algunos meses internada. Derivado de la plática con la familia se pudo observar que había un desgaste muy grande, y aunque estaban dispuestos a brindar ayuda a su hija, no sabían la manera de hacerlo pues ella se negaba a aceptar ayuda, por lo que frecuentemente recaía en crisis y en algunas ocasiones se escapaba de su casa por días.

Mediante los procesos de mediación o de visitas domiciliarias se ha logrado sensibilizar a la familia respecto a las características del trastorno mental que presenta su familiar, canalizándolos a instituciones de salud y asociaciones civiles que trabajan con la familia el proceso de aceptación, información y forma de abordar el hecho de que su familiar presenta una afectación a su salud mental. Sin embargo, muy pocos le dan seguimiento a alguna de estas canalizaciones, principalmente porque sus recursos de tiempo y dinero no lo permiten.

También existen casos de personas que se niegan a colaborar, asumen que el comportamiento de su familiar no es una enfermedad pues les parece muy extraño que en ocasiones pueda tener un comportamiento “normal” y de pronto estallar en un arranque de agresión. Dicen haber intentado todo para apoyarlo pero se han dado por vencidos al ver que su familiar no ha querido recibir la atención médica necesaria y se refieren a ella o él como un “necio”. En algunos de estos casos la persona es víctima de violencia por parte de

su familia, ha sido excluida de su entorno familiar o se le ha dejado abandonada en un hospital o en la calle.

Cuando es la propia familia quien establece el contacto con la CDHDF, también es a causa de la dificultad para abordar la situación de trastorno mental que presenta su familiar. La familia refiere principalmente tres situaciones: la primera es solicitar información respecto a las consecuencias que tendría internar a su familiar contra su voluntad; la segunda es solicitar direcciones de instituciones en las que puedan dejar internado a su familiar de manera definitiva pues ellos no pueden cuidarlo más, y la tercera es solicitar apoyo para la compra de medicamentos o el traslado de un familiar al servicio de urgencia de algún hospital psiquiátrico.

El impulso que llevó a Gabriela Cámara y Margarita Saucedo a fundar dos de las asociaciones civiles más importantes en el ámbito de la salud mental en nuestro país, fue el *shock* y la crisis que representó para su familia la noticia de que uno de sus miembros presentaba un problema de salud mental, y la enorme falta de información respecto a qué significaba un diagnóstico como la esquizofrenia y cómo abordarlo; se generaban muchas expectativas falsas sobre la sanación, argumentando que se trata de un problema temporal o de carácter. También genera culpa o pena al interior de la familia, en muchos casos tener un familiar con un trastorno mental es un secreto. Lo anterior llevó a la presidenta de AFAPE a reunirse con otras familias que estuvieran en esa situación, éstas se avergonzaban por tener un hijo con esquizofrenia y en lugar de llamar a la enfermedad por su nombre, afirmaban que su familiar *estaba mal de los nervios* o que tenía una enfermedad depresiva.

Al respecto Perla Xóchitl Ortiz, directora del Centro de Atención Integral Social Cuemanco (CAIS Cuemanco), de la Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal, quien refiere que al contactar a familiares de las personas que están en situación de calle, éstas en un primer momento niegan conocer a la persona enferma o niegan su parentesco. Es necesario entonces realizar un trabajo de sensibilización para que comiencen a aceptar que es su conocido y que desde hace mucho tiempo no lo ven. Por lo cual es preciso volver

a unir el vínculo que se había roto, lo que lo hace un trabajo muy delicado, que lleva mucho tiempo y a veces hay varias caídas porque los familiares no tienen el tiempo, no se lo quieren llevar, etc.; a veces ni siquiera son familiares directos los que acuden, en algunos casos asiste la cuñada, el primo o la vecina, pero finalmente es alguien que les representa algo “allá afuera”.

Como parte de los talleres que se realizan con familiares en el CAIS Cuemanco, se han podido percatar que aún existen muchos mitos alrededor de la enfermedad mental; muchos familiares consideraban que su familiar cada vez que había luna llena se alteraba, o que seguramente porque se ha portado mal, el diablo se le metió o que tiene un espíritu que lo está guiando mal. Estos testimonios muestran la falta de información respecto a los síntomas relacionados con algún trastorno mental: al no saber cómo manejarlo, al tener un desconocimiento de que existe una enfermedad llamada esquizofrenia o trastorno del comportamiento o retraso mental, etc., buscan la explicación en mitos o supersticiones. Recurren a los remedios que conocen para contrarrestar el efecto de la luna, llevan a cabo “limpias” y demás, pero cuando no hay un buen resultado llega a haber mucho miedo, y esto es porque cuando una persona con problemas mentales no está medicada puede volverse muy agresiva. Entonces el desconocimiento, aunado al mal manejo, provoca que la gente tenga miedo a su propia familia; llega el momento en el que la familia dice: “Pues de él a mí, pues yo, mejor yo porque él ha agredido a mis hijos, me ha agredido a mí, ha intentado quemar la casa”, etcétera.

Por su parte Sergio, vicepresidente de AFAPE, señala que tener un familiar con esquizofrenia no es fácil. En su caso, hubo que enfrentarse a las dificultades que existen para obtener un buen diagnóstico, a la ignorancia de la necesidad de acompañamiento que requieren quienes padecen esquizofrenia, por lo que sabe que el gran desconocimiento sobre la enfermedad es una limitación para que la familia pueda acompañar a sus pacientes, reconocer sus logros y sentirse orgullosos de ellos como él lo está de Ricardo, su hermano, quien hoy puede viajar en el metro, hacer sus cosas por sí mismo y gozar de cierta independencia, ya que la familia no tiene que estar al tanto de lo que él hace. De su

experiencia recupera que el papel del familiar en el cuidado del paciente debe estar bien definido y equilibrado, porque muchas veces se tiende a dejar todo: amigos, novia, hasta esposo; incluso a la propia familia, lo que provoca procesos negativos para todos.

De ahí la importancia de participar en procesos grupales y terapéuticos que le fueron permitiendo conocer y entender la enfermedad y darse cuenta de la importancia de su participación en el acompañamiento a su hermano, lo que le dio la oportunidad de reconocer que no sólo no es una carga sino que es una posibilidad de crecimiento conjunto, por lo que hoy al ver a su hermano responsable de su tratamiento, seguro y más independiente, lo hace querer compartir con otras familias.

En razón de lo anterior, considera que es necesario realizar campañas constantes de sensibilización dirigida a toda la población a fin de que se conozca y difunda la enfermedad y la importancia de incluir a las personas que viven con esquizofrenia a la vida productiva del país, por lo que hay que encausar los esfuerzos a que se generen espacios dignos en los que puedan desarrollarse adecuadamente, toda vez que uno de los obstáculos que han tenido que enfrentar es la falta de espacios laborales donde se pudiera desarrollar su hermano, a causa de los mitos y temores que limitan su inserción a la vida laboral, actividad de suma importancia para su desarrollo, ya que generar sus propios recursos económicos les permite ser autosuficientes, por lo que hoy ha encaminado sus esfuerzos a buscar la implementación de talleres autogestivos para este grupo de la población.

Para Mahoma Maciel, una persona diagnosticada con esquizofrenia desde hace 17 años, la familia ha sido un factor fundamental en la atención de su salud y el desarrollo de sus actividades cotidianas de manera autónoma. Sin embargo, el apoyo que hoy tiene de su familia requirió un proceso para que sus hermanos comprendieran y afrontaran adecuadamente su situación. Los síntomas que comenzó a presentar generaron discusiones con sus hermanos, pues los delirios hacían que peleara y reconoce que se ponía muy agresivo y orgulloso. Además, debido a que no podía encontrar empleo, sus hermanos se molestaban porque no aportaba dinero para los gastos del hogar. La primera en apoyarlo

fue su mamá, quien lo llevó al psiquiatra, y poco a poco fueron platicando con sus hermanos explicándoles que necesitaba acudir a consulta psiquiátrica, que tenía que tomar medicamentos y acudir a terapias ocupacionales. La información que fue compartiendo con su familia permitió que poco a poco comprendieran su situación y le brindaran el apoyo necesario, pues actualmente colaboran para que periódicamente acuda a sus citas médicas.

Lo que los convenció es que yo les llevé cosas que he hecho aquí en el taller, por ejemplo, en un principio hicimos unos alebrijes para Navidad, los llevé a la casa y dije “mira, yo hice este alebrije en el taller de manualidades”, también otro trabajo de manualidades fue hacer una alcancía de papel maché y lo llevé a mi casa y dije “mira, yo hice esta alcancía en el taller de manualidades” y se sorprendieron porque supuestamente uno no sabe hacer nada pero en realidad sí sabe uno hacer cosas, sí aprende uno a hacer algo, sí se desenvuelve siempre y cuando tome la decisión de aceptar ser atendido en una asociación como ésta [AFAPE]. (Mahoma)

No obstante, reconoce que este proceso no es fácil para la familia. pues cuando acude a terapias grupales algunos compañeros platican que sus familias no los comprenden, que no los entienden su papá o su mamá o que tiene discusiones como las que él tenía con sus hermanos.

De acuerdo con lo anterior, se puede observar que:

- ⊕ La familia de una persona con trastornos mentales es un ámbito en el que actualmente se generan procesos de violencia, exclusión y marginación debido a su condición de salud. Por lo cual es importante analizar a la familia como una condición de la discriminación estructural, pues al interior de ésta se generan situaciones de desigualdad que subordinan a las personas con trastornos mentales.
- ⊕ Como recurso para prevenir las condiciones de desigualdad se puede observar la importancia que adquiere la familia como el principal ámbito en el que se detectarán los síntomas y se posibilitará que su familiar acuda a recibir atención médica y continúe su tratamiento, al respecto han funcionado los procesos de intervención y mediación que se han realizado, lo que indica que el factor de información y apoyo

institucional es una forma de apoyar a la familia para que tenga mayores recursos para afrontar la situación.

Debido a que las instituciones públicas consideran a la familia como factor que permitiría equiparar a las personas con salud mental, están siendo omisas y perpetuando condiciones de violencia, marginación y exclusión respecto a las personas con trastornos mentales. Razón por la que es importante generar estudios que muestren la importancia de la familia para evitar violación a los derechos de este grupo de población así como las medidas de acción positiva que permitirían modificar las condiciones de desigualdad en que se le ha colocado.

- ✦ De los casos atendidos, ya sea cuando acude el familiar en un primer momento o contactándosele posteriormente, ubican a la CDHDF como un organismo que defenderá los derechos de su familiar, pero no saben en qué sentido. Un primera reacción es el temor de que se les sancione por internarlos contra su voluntad o no brindarle los cuidados necesarios, generalmente quieren saber si en caso de que intenten internarlo contra su voluntad no enfrentarán ningún procedimiento legal en su contra.
- ✦ En todos los casos hay desconocimiento de la forma de abordar un trastorno mental y la atención que éste requiere. Por la orientación que reciben se percatan de que no es sólo el aspecto del internamiento involuntario, sino que es un problema de salud más complejo y que la posibilidad de que su familiar mejore depende de su comprensión, pues es la red de apoyo principal, ante el vacío de políticas públicas e instituciones que atiendan esta problemática.
- ✦ En todos los casos es posible observar las alteraciones a las que se refiere Navarro: emocionales y cognitivas, de proceso, de roles y funciones; y en el caso de las primeras se observa una etapa de desintegración que en muy pocos casos de los atendidos en la CDHDF ha cambiado al ajuste, y casi en ninguno a la integración. Sin embargo, en el caso de las asociaciones que han trabajado con talleres de

información y terapias de grupo en ese ámbito se ha mostrado que una labor a largo plazo y constante puede unir el vínculo que se había roto en la familia, posibilitando el ajuste y reintegración de la familia y la persona con trastornos mentales.

- ✦ Los factores de conocimientos, ingresos y costos son muy importantes, pues si no se tiene información clara respecto a los síntomas relacionados con un trastorno mental, se puede pensar que sólo se deben al mal carácter de de la persona, quien si se lo propusiera podría cambiar. Debido a que en sus primeras etapas la enfermedad no es muy notoria, la familia puede priorizar otros gastos, hasta que las crisis sean muy amenazantes y buscar atención urgente, situación que complica el abordaje pues la persona no tiene conciencia de enfermedad, tiene crisis constantes y se niega a acudir al médico y a tomar los medicamentos.

3.2.3 Capacidad jurídica y acceso a la justicia.

...Saturno el Mago fue al sanatorio de locas el sábado siguiente,... El director en persona lo recibió en su oficina, tan limpia y ordenada como un barco de guerra, y le hizo un informe afectuoso sobre el estado de su esposa. Nadie sabía de dónde llegó, ni cómo ni cuándo, pues el primer dato de su ingreso era en el registro oficial dictado por él cuando la entrevistó.

...Le dio una ojeada al expediente que tenía sobre su escritorio de asceta, y concluyó:- Lo único cierto es la gravedad de su estado.

El médico hizo un ademán de sabio. "Hay conductas que permanecen latentes durante muchos años, y un día estallan", dijo. "Con todo, es una suerte que haya caído por aquí, porque somos especialistas en casos que requieren mano dura". Al final hizo una advertencia sobre la rara obsesión de María por el teléfono.- Sígame la corriente - dijo.- Tranquilo, doctor - dijo Saturno con un aire alegre -. Es mi especialidad...

Personalidad jurídica

Otro tema recurrente en las atenciones brindadas son situaciones en que es necesario determinar la capacidad jurídica de una persona que presenta posibles afectaciones a su salud mental, como resultado de protección a su patrimonio, beneficios de pensión o acceso a la justicia (principalmente en calidad de víctima del delito). Legalmente, la capacidad

jurídica¹⁶ de una persona se adquiere por el nacimiento y se pierde por la muerte; y es condición de validez de los actos jurídicos. La minoría de edad, el estado de interdicción y demás incapacidades establecidas por la ley son restricciones a la personalidad jurídica que no deberían menoscabar la dignidad de la persona ni atentar contra la integridad de la familia; los incapaces pueden ejercitar sus derechos o contraer obligaciones por medio de sus representantes.

El juicio de interdicción se realiza a una persona considerada incapaz, quien a pesar de ser mayor de edad, por causa de alguna enfermedad (reversible o irreversible) o discapacidad (física, sensorial, intelectual, emocional, mental o varias de ellas), se considera que no puede gobernarse, obligarse o manifestar su voluntad por sí misma o por algún medio. Es un juicio que se lleva ante un juez especializado en materia familiar, el cual declara jurídicamente el estado de interdicción (también se le llama declaración de incapacidad) de una persona al mismo tiempo que le asigna un tutor. Esa declaración jurídica únicamente la puede hacer un juez especializado en materia familiar. Pero existe una excepción que se da cuando un juez especializado en materia penal realiza una declaración similar: a la persona se le declara inimputable.

La Convención Americana de Derechos Humanos,¹⁷ reconoce el derecho que tiene toda persona al reconocimiento a la personalidad jurídica. El contenido jurídico del reconocimiento a la personalidad jurídica implica que se le reconozca en cualquier parte como sujeto de derechos y obligaciones, y a gozar de los derechos civiles fundamentales. El derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica implica la capacidad de ser titular de derechos (capacidad y goce) y de deberes; la violación de aquel reconocimiento supone desconocer en términos absolutos la posibilidad de ser titular de esos derechos y deberes.¹⁸

¹⁶ Código Civil Federal, artículos 22 y 23.

¹⁷ Artículo 3.

¹⁸ Corte Interamericana de Derechos Humanos: Caso la Cantuta VS Perú

De acuerdo con lo anterior, la Convención sobre las personas con discapacidad ha considerado que las restricciones a la personalidad jurídica en relación con la determinación de discapacidad son discriminatorias, violan el derecho a la autonomía de la persona y limitan o impiden el ejercicio de todos sus derechos, a la vez que generan condiciones de desigualdad en el acceso a la justicia, que implica el derecho de acudir al sistema de administración de justicia establecido por ley, para la resolución de conflictos de conformidad al ordenamiento jurídico vigente. Nuestro país, al firmar dicha Convención, presentó una reserva precisamente en este apartado por considerar que prevalecería la norma que proteja mejor a la persona, en este caso podría ser el juicio de interdicción.

Para analizar el tema de la capacidad jurídica, es importante considerar que en el caso de los menores de edad se ha logrado transitar de condición como sujetos de protección a sujetos titulares de derechos. Al respecto González Contró (2006) analiza si la forma de tratar a los niños es un acto discriminatorio o sólo un trato diferenciado atendiendo a su condición. Considera que el reconocimiento de los derechos del niño dentro de la familia constituye el último eslabón en este largo camino de la afirmación de la igual dignidad de cada ser humano, independientemente de su sexo, edad o capacidades físicas o psíquicas. Por ello pone en cuestionamiento la idea de la dependencia total del niño hasta que cumpla “la mayoría de edad”, por el contrario, para considerar importante una autonomía progresiva “hay que tener en consideración que la participación activa es uno de los derechos vinculados directamente con la necesidad de autonomía y supone la libertad para expresar sus opiniones y que éstas sean tomadas en cuenta y sobre todo la facultad para ir tomando las decisiones de las que sea capaz en cada etapa del desarrollo” (González Contró, 2006: 431).

En el caso de las personas con trastornos mentales es muy importante comenzar a debatir su condición de incapacidad jurídica, y por lo tanto, la imposibilidad para el ejercicio de sus derechos. En ocasiones la tutela, más que buscar la protección de la persona, se convierte en una condición de negación de derechos. Foucault (1998: 23) consideraba que esta condición de tutela es un componente de la estigmatización, pues si

bien se consideraba al enfermo mental un ser humano, también se consideraba que en él había desaparecido una de las facultades más valoradas de la persona: la razón, por lo tanto no podía tener el mismo reconocimiento de personalidad jurídica, así “desposeído de sus derechos por el tutor y el consejo de familia, prácticamente de nuevo en un estado de minoría jurídica y moral, privado de su libertad por la omnipotencia del médico, el enfermo [mental] se convertía en el centro de todas las sugerencias sociales”.

En el Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal (2008) se ha propuesto reformar los artículos del Código Civil del Distrito Federal relacionados con el estado de interdicción y el proceso judicial respectivo para decretarlo. Al suplirlo se propone reconocer el “sistema de apoyo a la voluntad”, mediante el cual se asistiría a las personas con enfermedades mentales cuando se vean afectadas e impedidas para tomar una decisión en relación con algún acto jurídico, para lo cual se necesitaría establecer la obligación de realizar la valoración independiente y profesional del nivel de apoyo que requiera las personas y crear mecanismos y redes comunitarias de servicios sociales, supervisadas por organismos del Estado, para brindar apoyo a las personas con discapacidad en la toma de sus decisiones y cuando lo requieran para ejercer su autonomía.

Sin capacidad jurídica

Los asuntos relacionados con la capacidad jurídica de las personas que acuden a la CDHDF se presentan en dos ámbitos. El primero, y que es el mayor número de casos, es el proceso de peritaje psiquiátrico solicitados por el Ministerio Público para determinar si la persona es capaz de comprender el carácter de un ilícito y, por lo tanto, si puede hacer una declaración ministerial. En segundo lugar, son actos jurídicos relacionados con bienes patrimoniales respecto a los cuales es necesario determinar la designación de un tutor y para lo cual se debe realizar el juicio de interdicción. En ambos casos existe desinformación respecto a lo que implica la nueva situación jurídica que debe enfrentar la persona, y en el primer caso generalmente se presenta un proceso de negación respecto al peritaje psiquiátrico.

Los distintos ámbitos que colocan a una persona en situación de desigualdad se deben analizar conjuntamente. En el caso de las situaciones que enfrentan a la persona a la búsqueda de acceso a la justicia tienen que ver con procesos de conflicto con su entorno, debido a que no ha podido atender su salud y no cuenta con el apoyo de su familia. Aunque el discurso que presenta la persona es desorganizado y con elementos de delirio, se relaciona con situaciones reales en las que son agredidos por un entorno que no comprende lo que les pasa y reacciona agresivamente ante su condición. También se presentan casos en los que la familia los mantiene encerrados o los maltrata físicamente, pues refiere que no encuentra otra manera de controlar la situación.

De alguna manera la persona en esta situación busca el acceso a la justicia, generalmente sin contar con compañía de alguna persona cercana, y al llegar a realizar una declaración respecto a hechos posiblemente constitutivos de delito ante una agencia del Ministerio Público comunica hechos sin relación alguna, y en muchos casos de manera muy demandante, es atendida por un servidor público que no está capacitado ni tiene la sensibilidad de comprender su discurso y valorar su problema de manera integral. Es así que debido a la desorganización que presenta en procesos de pensamiento, y por lo tanto en su discurso, se considera necesario como parte del proceso de investigación derivarlo con un perito en psiquiatría, quien mediante una entrevista determinará si la persona puede o no comprender el carácter de un ilícito. En caso de que no sea así se determinará lo siguiente:

...no tiene capacidad para comprender el carácter ilícito de un hecho y no es capaz de conducirse conforme a dicha comprensión, por lo que no puede hacer declaración ante autoridad ministerial y/o judicial. Por el diagnóstico que presenta requiere de tratamiento médico psiquiátrico de manera permanente, así como de asistencia familiar constante, por lo que se sugiere localizar a familiares para hacerles responsables de sus cuidados y atención.

La cita anterior es la que comúnmente aparece en los peritajes psiquiátricos que se realizan como parte de la investigación ministerial, en algunos casos se añade lo siguiente: *por el diagnóstico que presenta puede ser peligroso para sí mismo y/o para la sociedad,*

por lo que es indispensable se mantenga bajo tratamiento. Este peritaje es el que enfrenta a la persona por primera vez a un diagnóstico en el que se establece que presenta un trastorno mental que le impide continuar con el proceso y lo deja en la imposibilidad de acceder a la justicia.

Si bien este procedimiento está normado y se supone que lo que busca es la protección de la persona, el resultado es que no actúa sobre las condiciones que llevaron a la persona a buscar justicia y la regresa a los ámbitos que al no funcionar adecuadamente la llevaron a buscar justicia (familia y salud). Lo que genera un círculo vicioso, que regresa a la persona a situaciones de conflicto y no le brindan opciones para atender su salud o para sensibilizar a la familia para que aborde adecuadamente la situación. Además, al no ser un contexto adecuado para explicarle a la persona los alcances del diagnóstico y el tratamiento que deberá seguir, generalmente lo que genera es una percepción en la persona de negación de la justicia y aumenta su delirio al considerar que las autoridades son parte del acoso que le está afectando.

Con la suposición en la negación de la justicia, las personas llegan a solicitar la atención de la CDHDF, donde se deberá explicar que el peritaje es un proceso válido como parte de la investigación, y que no implica una violación a sus derechos ni negación de la justicia, por lo que es necesario que acudan a una institución de salud para que les realicen una valoración más especializada. Lo anterior, genera que también desconfíen de la defensa de sus derechos humanos y se sienta excluido de un entorno que ha roto los canales de comunicación con la persona y sólo la ve como un diagnóstico que parece determinarla totalmente y que todo lo que diga carecerá de veracidad pues es parte de su “delirio”.

Con lo anterior no estoy considerando que la persona no presente ideas delirantes o que la autoridad ministerial no deba realizar el peritaje ni que la solución de la problemática será sólo en el ámbito penal. Pero, se debe entender que no es posible ver la situación de la persona de manera aislada de las otras condiciones que determinan la condición de vulnerabilidad en la que se encuentra. Excluir a la persona del acceso a la justicia, provoca

indirectamente situaciones de discriminación, pues si bien se puede considerar que la medida no es discriminatoria sino protectora de la persona, en los hechos no genera una protección, pues se le considera sin capacidad de comprensión y se le envía a que su familia la cuide y sean atendidas en las instituciones de salud, sin considerar que esos ámbitos no están funcionando adecuadamente y también han excluido a la persona.

Al respecto, como parte del seguimiento, en algunos casos se pide a la autoridad ministerial que en su carácter de representación social proteja a la persona de situaciones que la pongan en riesgo, pues su ley y reglamento¹⁹ indican que deberá “proteger los derechos de los menores e incapaces y coordinarse con instituciones públicas o privadas que tengan por objeto la asistencia social de menores e incapaces, a fin de brindarles protección” ya que en muchos casos están abandonadas por su familia o son agredidas por la misma y no tienen acceso a servicios de salud. Sin embargo, la respuesta de la autoridad es que no puede determinarlos como incapaces, ya que eso sólo puede hacerlo un juez de lo familiar, pero tampoco se les reconoce capacidad para hacer una declaración ante una autoridad. Esta situación los coloca en una especie de limbo jurídico que genera condiciones de desigualdad y fomenta las condiciones de vulnerabilidad en que se les coloca. Lo anterior cobra importancia además porque se desarrolla en un contexto de escasa sensibilización de los agentes del ministerio público respecto a las condiciones de las personas con trastornos mentales, quienes generalmente reproducen el estigma y no están preparados para atender a este tipo de población.

Finalmente, no se debe perder de vista que la procuración de justicia es el ámbito en el que más frecuentemente se violan los derechos de las personas en el Distrito Federal, lo que genera que se deba atender este aspecto de manera integral por parte de los organismos protectores de los Derechos Humanos, pues si bien no existe una violación directa que vulnera sus derechos si existe una discriminación indirecta que deja a la persona con trastorno mental fuera del acceso a la justicia.

¹⁹ Ley y Reglamento de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal.

Pasando al otro ámbito que también se relaciona con la capacidad jurídica nos encontramos casos que tienen que ver con el patrimonio de la persona. Aquí se encuentra que, debido a su condición, las personas son víctimas de fraude y de la pérdida de su patrimonio. También existen casos en los que la persona es beneficiaria de alguna pensión ya sea por incapacidad o por ser beneficiario de algún familiar que falleció, y para acceder a la misma es necesario determinar su incapacidad y nombrar a un tutor que lo represente para que realice los trámites necesarios y acceda a la ella.

En este ámbito, es más común que la persona acepte que tiene un problema de salud mental y cuente con los recursos para atender su salud. Sin embargo, los trámites a los que se debe enfrentar para acceder a un juicio de interdicción y a la pensión son tan difíciles que generalmente no se atreve a realizarlos solo, por lo que acude a la CDHDF a solicitar orientación y apoyo para ello. Por lo general, la persona no cuenta con una red de apoyo de amigos o familiares, así que se enfrenta sola a tener que acudir a hacer los diversos trámites. El juicio de interdicción es un trámite sobre el cual la persona no cuenta con la información necesaria y requiere además realizar gastos para llevarlo a cabo. Lo que lo convierte en un trámite poco accesible para las personas con trastornos mentales, quienes requieren del apoyo de una persona durante todo el proceso.

Un caso que podría ilustrar lo anterior es el trámite que debía realizar un peticionario de 38 años de edad que está diagnosticado con retraso mental moderado y quien se había quedado solo luego de fallecer su mamá. Era beneficiario de la pensión que su mamá tenía por parte de una institución de seguridad social, pero no podía acceder a ella, ya que antes debía determinarse su capacidad jurídica y asignarle un tutor, quien sería el encargado de hacer los trámites necesarios para acceder a la pensión.

La persona no contaba con familiares que quisieran ser tutores ni comprendía qué trámites requería el juicio de interdicción. Por lo anterior, se le acompañó durante el proceso, contactando a la única familiar de la que hacía referencia y quien vivía en otro

estado de la República Mexicana. Fue necesario primero sensibilizarla y convencerla de apoyarlo, pues de principio se negaba a fungir como tutora. Posteriormente se les asesoró para que iniciaran el juicio de interdicción, el cual requirió de varios trámites. Finalmente pudo acceder a la pensión, pero determinado como incapaz; en adelante debería ser representado por su tutora para sus actuaciones ante cualquier autoridad.

Otro caso es el de una mujer que presentaba depresión mayor, quien había sido defraudada por una amiga que cobraba su pensión y le había hecho firmar con engaños unos documentos mediante los cuales le quitó su departamento. La había llevado a vivir a un hotel donde posteriormente la había dejado abandonada. En este caso se solicitó la colaboración de la Procuraduría de Justicia del Distrito Federal para que investigara el ilícito y brindara protección a la persona. También se estableció contacto con sus familiares, quienes desde hacía mucho no sabían nada de ella pues decían que era una persona muy difícil de tratar, pero accedieron a apoyarla y acudir con ella dar seguimiento a la investigación. Se les brindó información sobre el juicio de interdicción pero se negaron argumentando que sería mucha responsabilidad hacerse cargo por completo de su familiar, y además ella no estaba de acuerdo con que se le asignara un tutor.

La capacidad jurídica es un tema debatido por organismos protectores de derechos humanos, pero muy poco abordado por las asociaciones que trabajan directamente con familias y personas diagnosticadas con un trastorno mental; al preguntarles al respecto se generan opiniones contradictorias pues para algunos es necesario que alguien pueda decidir por su familiar cuando éste está en crisis y aun contra su voluntad deben obligarlo a que acuda al médico. En ese sentido, tienen la idea de que quienes defienden los derechos humanos no comprenden esa situación y podrían demandarlos por ir contra la voluntad de su familiar. Gabriela Cámara dice respecto a las comisiones de derechos humanos: “les quisiéramos hacer entender que ellos están en un momento de inconsciencia, es como si estuvieran tirados en el suelo porque acaba de pasarles un coche encima, para salvarles la vida y protegerlos tienes que meterlos en contra de su voluntad al hospital, ni modo”.

Sin embargo, aún en estos casos no comprenden si un juicio de interdicción los ayudaría o sería necesario un tipo de juicio de interdicción temporal.

Eso sería padre, porque parece que la persona, bueno el principal problema es que la persona cuando esté bien, y haya aceptado su enfermedad, desgraciadamente una cosa de las que tenemos en contra con la enfermedad mental es que no hacen conciencia de enfermedad, y entonces bueno si tenemos la suerte que hagan conciencia de enfermedad, entonces que den un permiso de que se pueda hacer este juicio de interdicción, cuando ellos empiecen a estar mal, y el familiar lo haga valer en un momento dado, y ya que él esté bien pues ya. Eso sería padre pues porque si lo podrías proteger, aunque te digo está difícil porque la primera vez no van a tener aceptación de su enfermedad (Gabriela, VPSM).

En este sentido, a Margarita Saucedo le preocupa que, de quitarse el juicio de interdicción, no pueda obligar a los pacientes a tomarse los medicamentos o asistir al médico. Aunque también comenta que conoció el caso de una persona a quien la familia le quería quitar todo precisamente porque como lo consideraban un paciente enfermo mental, querían abusar de él y quitarle los bienes que le había heredado su madre como protección; en ese caso un abogado de la asociación tuvo que ayudarlo para que no lo declararan incapaz. A partir de esto considera que se debe regular cuándo sería necesario decidir por la persona; si un paciente está en esas condiciones, que la familia sea la que decida o sean dos o tres médicos los que determinen. Lo anterior lo propuso su Asociación Civil desde 1997, que hubiera una junta de médicos que determine si tienen que internar al paciente aunque sea a la fuerza u obligarlo a tomarse los medicamentos, porque si no, se pregunta: “¿qué va a pasar con estos pacientes?”.

Para Mahoma –quien hace 17 años fue diagnosticado con esquizofrenia–, el juicio de interdicción depende mucho de la persona en sí misma, de sus condiciones y de su estabilidad; si es una persona inestable, podría tener un asesor y si es demasiado inestable entonces sí sería recomendable que una persona decidiera por él. Pero si, por otro lado, una persona estable que está controlada, es mejor que decida por sí misma.

De acuerdo con lo anterior, se puede observar que:

- ⊕ Es necesario revisar el proceso de peritaje psiquiátrico que se realiza como parte de un proceso ministerial, sensibilizando a los servidores públicos implicados y revisando su procedimiento, ya que muchas veces sólo con una entrevista se determina algo tan fundamental para la persona como es su capacidad para hacer declaraciones ante una autoridad.

- ⊕ Teniendo en cuenta las condiciones y contexto de conflicto que lleva a la persona con trastorno mental a buscar acceso a la justicia, se debe atender su condición de manera integral más allá de su condición de salud; para lo cual es necesario potencializar el papel de las instituciones de procuración de justicia como representantes de los grupos vulnerables a quienes se debe apoyar a ejercer sus derechos.

- ⊕ La determinación de la capacidad jurídica de una persona es un aspecto muy complejo y que requerirá un debate amplio en el que se escuche a los diversos actores implicados en el tema: personas con trastornos mentales, familia, asociaciones que trabajan con el tema y órganos de impartición de justicia, a fin de considerar acciones necesarias para su protección, pero sin perder la importancia de generar el mayor nivel de autonomía de la persona.

- ⊕ Es necesario que no se le vea como un aspecto aislado de otras condiciones en las que se encuentra la persona con trastorno mental, como son el abandono de su familia, la falta de acceso a la salud y no conciencia de enfermedad, aunado a condiciones de pobreza.

- ⊕ El juicio de interdicción no es algo que se realice frecuentemente como se podría pensar, y no es accesible a las personas, por lo que la discusión respecto a su desaparición debe tener en cuenta otros aspectos. Lo más adecuado para la persona es una medida que le permita mayor autonomía, pero si no se garantizan los apoyos

a la voluntad con los cuales debe contar se le podría dejar en situación de desprotección por las condiciones de vulnerabilidad que enfrenta.

3.2.4 Persona en contextos específicos

*...¿Cómo te sientes? - le preguntó él.- Feliz de que al fin hayas venido, conejo - dijo ella -. Esto ha sido la muerte.
No tuvieron tiempo de sentarse. Ahogándose en lágrimas, María le contó las miserias del claustro, la barbarie de las guardianas, la comida de perros, las noches interminables sin cerrar los ojos por el terror.- Ya no sé cuántos días llevo aquí, o meses o años, pero sé que cada uno ha sido peor que el otro - dijo, y suspiró con el alma -: Creo que nunca volveré a ser la misma.- Ahora todo eso pasó - dijo él, acariciándole con la yema de los dedos las cicatrices recientes de la cara -. Yo seguiré viniendo todos los sábados. Y más si el director me lo permite. Ya verás que todo va a salir muy bien.
Ella fijó en los ojos de él sus ojos aterrados. Saturno intentó sus artes de salón. Le contó, en el tono pueril de las grandes mentiras, una versión dulcificada de los propósitos del médico. "En síntesis", concluyó, "aun te faltan algunos días para estar recuperada por completo". María entendió la verdad.
- ¡Por Dios, conejo! - dijo atónita -. No me digas que tú también crees que estoy loca!- ¡Cómo se te ocurre! - dijo él, tratando de reír...*

Los contextos específicos son aquellos en los que se abandona a las personas con trastornos mentales como resultado de ámbitos que los excluyen y les quitan su capacidad de autonomía y comunicación. En particular, me refiero a los casos que tiene que ver con las personas que se encuentran en abandono social y forman parte de las poblaciones callejeras, así como quienes se encuentran internos en algún centro de reclusión.

3.2.4.1 Personas con trastornos mentales en situación de calle

De acuerdo con el Diagnóstico de Derechos Humanos del Distrito Federal, usar el concepto “poblaciones callejeras” significa reconocer el carácter activo de las y los más pobres y excluidos de la estructura social de un país como México, es decir, grupos humanos que sobreviven con sus propios recursos en medio de las adversidades de la calle. Además, esta categoría social permite acercarse a una demografía diversa y cambiante. La particularidad de esta población está en la construcción de su identidad en torno a la calle y la

vulnerabilidad social en la que se encuentran en el ejercicio de sus derechos. Quienes sobreviven en las calles de la ciudad afrontan su exclusión social buscando los satisfactores a los que la estructura social de oportunidades no les permitió acceder dentro de las familias, el sistema educativo, el mundo laboral, etc. De este modo, vivir en la calle se convierte (y los convierte) en motivo de atención pública; la mirada de “el otro” les otorga visibilidad social por medio del estigma y la sobredimensión negativa de su modo de vida. Irónicamente, esta discriminación no significa “existencia legal”, pues generalmente carecen de documentos de identidad.

La Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal ha elaborado censos de personas en situación de calle en la Ciudad de México. En el censo 2008-2009 se entrevistó a 2,759 personas que forman parte de poblaciones callejeras, según los resultados respecto a las principales enfermedades que presenta este grupo de población en tercer lugar se encuentran las enfermedades psiquiátricas y en sexto lugar la depresión. En el censo elaborado de 2009-2010 ya no se encuentra el apartado de enfermedades, aunque un dato importante es el relativo al consumo de sustancias tóxicas de las cuales 50.04% de los entrevistados son consumidores, condición misma que puede ser el origen de algún trastorno mental. Estos censos representan una fuente importante de información respecto a las personas con trastornos mentales toda vez que se trata de una población que no es considerada en los censos del INEGI, y que por las condiciones en que vive puede presentar algún trastorno mental sin que éste se diagnostique y se atienda adecuadamente, por lo que son personas que difícilmente aparecerán en los censos oficiales.

En la Ciudad de México existe un número importante de personas que viven graves situaciones de rechazo y exclusión que los ha llevado o no poder resolver sus necesidades básicas y viven en las calles, en este sector de la población podemos ubicar a aquellas personas que presentan algún trastorno mental. Como mencioné en el apartado de la familia, la falta de conocimiento de la enfermedad y la ausencia de alternativas de atención hacia estas personas es uno de los factores que puede llevar a dejarlos en situación de calle,

y debido a que instituciones de gobierno han desatendido este factor, indirectamente están perpetuando condiciones de desigualdad estructural.

Perla Xóchitl, directora del CAIS Cuemanco, cotidianamente, junto con su equipo de trabajo, atiende a un total de 320 usuarios varones mayores de 18 años de edad, de los cuales a aproximadamente 75% (siete de cada diez) se les ha diagnosticado esquizofrenia, brindándoles un espacio de puertas abiertas donde pueden satisfacer sus necesidades de alimentación y estancia y donde además se les ofrecen diversas actividades lúdicas, recreativas y culturales, así como atención médica, incluyendo la psiquiátrica, y medicamentos.

Para la funcionaria, uno de los problemas que origina que estas personas se encuentren en abandono es el desconocimiento de la enfermedad, de sus síntomas y la manera de atenderla, lo que genera en los familiares un desgaste económico, psicológico y físico que los hace optar por no seguir buscando alternativas y dejar de involucrarse. De ahí la importancia de trabajar con las familias, involucrándolas en procesos de acercamiento que permitan ir conociendo las características de la enfermedad de sus pacientes, cómo manejarlo y la importancia del tratamiento farmacológico, además de la importancia de reinsertarlos de manera paulatina a las actividades familiares, lo que en algunos de los casos ha provocado que se reencuentren y se fortalezcan los lazos afectivos hasta que regresen a vivir con ellos.

Una preocupación para Perla es lo limitado de los medicamentos psiquiátricos incluidos en el cuadro básico, mismos que muchos de los usuarios de CAIS han tomado por varios años –lo que los hace menos funcionales– y la imposibilidad de acceder a los fármacos de nueva generación, que sumado a la dificultad de costearlos por la situación económica que viven la mayoría de las familias mexicanas, repercute en el seguimiento puntual de un tratamiento adecuado. Considera la implementación de acciones preventivas en materia de la salud mental en ciudades como ésta, en las que la dinámica repercute en la estabilidad emocional de sus habitantes, un asunto pendiente de atender.

3.2.4.2 Personas con trastornos mentales en centros de reclusión

Las personas que padecen una enfermedad mental que no les permite comprender el carácter ilícito del acto o actos delictivos que hayan cometido, son consideradas como inimputables. En estos casos la o el juez penal no les impone una pena, sino una medida de tratamiento que les permita su rehabilitación psiquiátrica y conductual. Ésta puede ser aplicada en internamiento o en libertad. En caso de determinarse que la medida de tratamiento se debe aplicar en internamiento, se envía a la persona inimputable a la institución correspondiente para su tratamiento. En el Distrito Federal, para los hombres está el Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial (Cevarepsi) y para las mujeres el Área de psiquiatría del Centro Femenil de Readaptación Social de Tepepan. (CDHDF: 2005: 30)

Estas temáticas que se presentan en casos concretos de peticionarios y peticionarias, muestran el último eslabón de una cadena que coloca a las personas con trastornos mentales en condiciones que les impiden ejercer sus derechos en igualdad de condiciones. Y que en la mayoría de los casos pasan desapercibidos, pues finalmente se ha logrado marginar a la persona que no se considera “normal”, por lo que parecería lógico que acabe viviendo en situación de calle o sea reclusa, ya que al parecer no tiene otro lugar en la sociedad tal como se lo han mostrado una y otra vez, cuando quiere acceder a la salud, al apoyo de la familia y la comunidad; al acceso a la justicia o al ejercicio de su patrimonio.

Estos contextos específicos hacen mucho más difícil un seguimiento respecto a cada caso en virtud de que no se cuenta con una red social que apoye en la concientización de la enfermedad, en el acceso a un tratamiento y a los medios necesarios para una vida digna. Las personas en situación de calle acuden sólo para ser escuchadas por alguien y sentir que aún forman parte de una sociedad que los excluye. Expresan un discurso delirante que se repite en cada una de sus visitas y que al parecer es lo único que aún le da sentido a su vida. En algunos casos se ha logrado que sean ingresados a un albergue, pero en muy pocos casos permanecerán en él. El acceso a la salud será imposible, pues lo más que se puede lograr es que acudan a una primera valoración, pero no podrán dar seguimiento por los

documentos que se requieren, los gastos que implica y porque nadie vigilará que continúe su tratamiento.

En el caso de las personas que cumplen una medida de seguridad, se desarrollan en un contexto en el que no tienen acceso a servicios de salud de calidad, serán víctimas de violencia por parte de otros internos o custodios, y debido a su condición serán poco creíbles sus historias; se rompe la comunicación al considerársele como un diagnóstico antes que una persona, por lo que habrá muy poco de creíble en lo que diga. Generalmente se encuentran abandonadas, pues sus familiares se han olvidado de ellas. Existen casos en los que se ha cumplido la medida de seguridad pero al no tener familiares que se hagan cargo del paciente no le pueden dejar en libertad, situación muy frecuente para las personas en esta condición. Lo anterior es una vulneración grave a sus derechos pues se le tiene recluida aunque ya no exista causa para ello, y el Estado no es capaz de garantizar su derecho a la libertad proporcionándole el apoyo que necesita para ello, como podrían ser casa de medio camino que les permita ir accediendo a la reintegración a una comunidad.

Un caso que permite describir los dos contextos, es el que registra la constante visita a la CDHDF que realizaba un peticionario en situación de calle y quien presentaba un discurso desorganizado. Derivado de las atenciones se logró tener contacto con su hermano, quien acudió para explicar que el trastorno de su hermano se había originado por el consumo de sustancias tóxicas, y después de acudir a ser valorado se le había diagnosticado con esquizofrenia paranoide. La situación había sido difícil de abordar pues continuaba consumiendo sustancias tóxicas, lo que afectaba a su tratamiento médico. Además, debido a que él trabajaba no podía cuidarlo todo el día, por lo que frecuentemente su hermano se escapaba por días, en uno de esos escapes fue informado de que su hermano había cometido un ilícito y se encontraba sujeto a proceso penal; fue internado en el Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial donde permaneció algunos meses.

Al salir, comenzó a vivir en situación de calle y fue la temporada en que inició sus visitas a la CDHDF. Cuando se contactó a su hermano se le orientó sobre la posibilidad de

canalizarlo a una institución de salud mental para que continuara su tratamiento, mencionó que era difícil que su hermano lo obedeciera y temía que volviera a cometer un ilícito. Solicitó información respecto al juicio de interdicción, misma que se le proporcionó canalizándolo a la institución que podría asesorarlo jurídicamente al respecto. Sin embargo, se perdió el contacto, pues ya no acudió al seguimiento, cuando se estableció contacto nuevamente con él informo que debido a que su hermano había golpeado a una persona estaba nuevamente interno en el Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial donde aún permanece.

Estos contextos específicos en los una persona que termina con trastorno mental como resultado del abandono social y la falta de atención a su condición de salud, fortalecen el estigma social que se relaciona con su condición. Es común que en estos ámbitos rompan el contacto con la realidad y les cueste más trabajo reintegrarse a su comunidad. Al no tener un tratamiento de calidad, les será más difícil que puedan rehabilitarse, en la calle están expuestos a situaciones que agravarán su estado de salud general. En la reclusión romperán con los contextos que le brindan identidad, y no contarán con un proceso en el que la familia se involucre para su recuperación, por lo que si logran salir será difícil que su familia pueda abordar su condición y posiblemente se le excluya del ámbito familiar. En estos contextos las personas forman parte de un doble proceso de estigma y vulnerabilidad, pues además del trastorno mental, la calle y la reclusión les generarán una mayor posibilidad de ser discriminados.

3.3 - Ámbitos de discriminación

...Después de intentar muchas veces ver de nuevo a María, Saturno hizo lo imposible para que recibiera una carta, pero fue inútil. Cuatro veces la devolvió cerrada y sin comentarios. Saturno desistió, pero siguió dejando en la portería del hospital las raciones de cigarrillos, sin saber siquiera si llegaban a María, hasta que lo venció la realidad.

Nunca más se supo de él, salvo que volvió a casarse y regresó a su país. Antes de irse de Barcelona le dejó el gato medio muerto de hambre a una noviecita casual, que además se comprometió a seguir llevándole los cigarrillos a María. Pero también ella desapareció. Rosa Regas recordaba haberla visto en el Corte Inglés, hace unos doce años, con la cabeza rapada y el balandrán anaranjado de alguna secta oriental, y encinta a más no poder. Ella le contó que había seguido llevándole los cigarrillos a María, siempre que pudo, hasta un día en que sólo encontró los escombros del hospital, demolido como un mal recuerdo de aquellos tiempos ingratos.

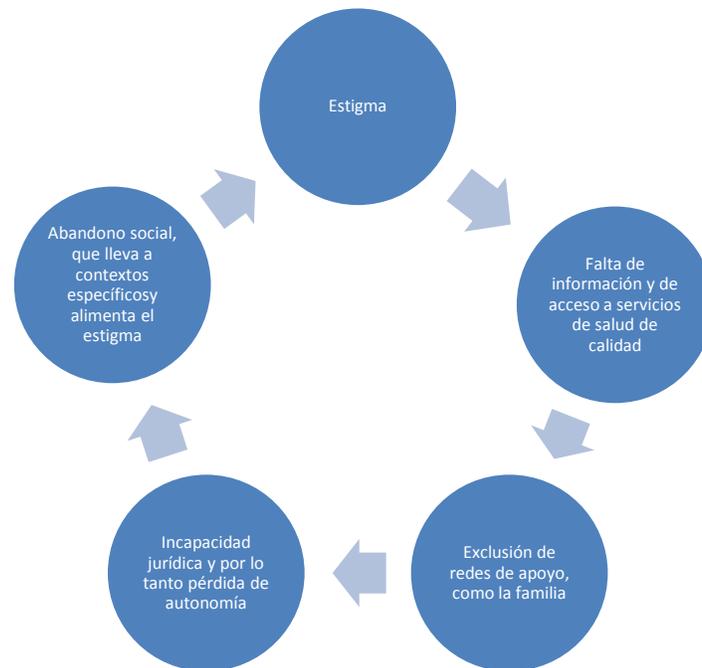
A lo largo del capítulo se han descrito situaciones que colocan a las personas con trastornos mentales en condiciones de distinción, exclusión, marginación y abandono, debidas principalmente a su condición de salud. Sólo en este contexto podrían tener sentido los fragmentos de una historia como la del personaje María de la Luz, a quien el sólo hecho de ser confundida con una enferma mental la colocó en condiciones de subordinación, y pérdida de comunicación con su entorno; más que como persona fue vista como diagnóstico, y derivado de ello la única relación que se estableció fue basada en el estigma que generan este tipo de trastornos. Al final de la historia el personaje se entrega a al abandono, pues su entorno la ha llevado a considerar que no tiene otra forma de asumir su nueva condición.

Las diferentes facetas que suceden en la historia bien pueden ser elementos de una metáfora que nos acerca a interpretar la condición de desigualdad en que es colocada la persona con trastornos mentales. Comienza con una situación de desesperación por un problema que le plantea la vida, busca ayuda en su entorno y confía en que será escuchada, pero de pronto se ve colocada ante una realidad que la despersonaliza y donde pierde sentido todo lo que ella pueda comunicar; esto la lleva a una situación de desesperación y desconcierto que serán considerados como síntomas de un diagnóstico. El único punto de apoyo que podría tener en el exterior es su familia, sin embargo, pronto se percata de que su esposo tampoco podrá comprender su situación y se romperá esta relación. Al romperse todos los lazos con el exterior va asumiendo el rol que le fue impuesto y que es la única manera de continuar viviendo.

El problema en el que nos colocan las diferentes temáticas revisadas sólo puede ser abordado desde una visión integral. La desigualdad se fundamenta en una diferencia, como la condición de salud, pero no se agota en ella, pues se va fortaleciendo con las diferentes formas en que el entorno aborda dicha diferencia. Por ello considero que las temáticas analizadas: salud, familia, capacidad jurídica y contextos específicos se pueden considerar como ámbitos diversos en que se generan procesos de discriminación. Para analizarlos se

deben considerar desde una perspectiva estructural, por ello se puede afirmar que se originan fundamentalmente en la discriminación estructural.

DISCRIMINACIÓN HACIA LAS PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES DESDE UNA PERSPECTIVA ESTRUCTURAL



Este esquema muestra la relación de cada uno de los ámbitos descritos en los apartados anteriores. Las acciones que tienen por resultado la discriminación de las personas con trastornos mentales no se pueden considerar aisladas, ya que se determinan unas a otras hasta llegar al abandono social en que se coloca a las personas, ya sea en situación de calle o interno en algún centro de reclusión. No podemos determinar cuál componente del círculo inicia el ciclo de acciones que llevan a la discriminación, pues esto depende de cada caso particular.

CONCLUSIONES

La aportación de los casos y testimonios analizados apuntan a visibilizar las condiciones de discriminación y proponer acciones que un organismo público como la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal debe realizar para impulsar y proponer proyectos que garanticen el respeto de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales teniendo como eje de análisis el derecho a la no discriminación. Las propuestas que se expondrán tienen como base las siguientes atribuciones y competencias que se establecen en la Ley de la CDHDF:²⁰

- ⊕ Impulsar la observancia de los derechos humanos en el Distrito Federal
- ⊕ Proponer a las diversas autoridades del Distrito Federal en el ámbito de su competencia la formulación de proyectos de las modificaciones a las disposiciones legislativas y reglamentarias, así como de prácticas administrativas que a juicio de la CDHDF redunden en una mejor protección de los derechos humanos
- ⊕ Elaborar e instrumentar programas preventivos en materia de derechos humanos
- ⊕ Formular programas y proponer acciones en coordinación con las dependencias competentes, para impulsar el cumplimiento de los tratados, convenciones, acuerdos internacionales signados y ratificados por México en materia de derechos humanos. Para ello, elaborará y actualizará de manera constante una recopilación de dichos documentos, que divulgará de manera amplia entre la población
- ⊕ Practicar visitas e inspecciones a los Centros de Asistencia Social e Instituciones de Asistencia Privada donde se presten servicios asistenciales como son: casas hogares, casas asistenciales, instituciones y organismos que trabajen con la niñez, instituciones para el tratamiento y apoyo a enfermos mentales, instituciones donde se preste asistencia y apoyo a las personas con capacidades diferentes, a las personas adultas mayores; centros de asistencia e integración social, instituciones y centros de salud y demás establecimientos de asistencia social en el Distrito Federal, en los que intervenga cualquier autoridad pública local, para cerciorarse del absoluto respeto a los derechos humanos de los internos.

En un primer apartado se abordarán las conclusiones de acuerdo con las tres preguntas que guiaron la presente investigación y posteriormente se realizarán las

²⁰ Artículo 17, fracciones V, VI, IX, XI y XIII de la Ley de la CDHDF.

propuestas respecto al lugar de un organismo protector de derechos humanos respecto al derecho a la no discriminación de las personas con trastornos mentales.

1.- ¿En qué consiste la discriminación estructural hacia las personas con trastornos mentales?

Desde un enfoque jurídico las acciones que excluyen a determinadas personas del reconocimiento, goce o ejercicio de sus derechos fundamentales, violan el principio de igualdad y se consideran como actos discriminatorios. Pero la discriminación también se debe analizar en su aspecto estructural, enfoque que analiza particularmente las condiciones sociales, económicas y culturales que ha llevado a que determinados grupos sociales se encuentren en condiciones de subordinación y exclusión, en relación con la manera en que un Estado se ha organizado social y políticamente.

La discriminación estructural respecto a las personas con trastornos mentales se conforma de tres aspectos. En primer lugar, de la concepción cultural que se ha construido en torno a la *locura*, expresada en el estigma que considera imposible relacionarse con personas que muestran comportamientos *irracionales*, por lo cual se excluye a la persona con trastorno mental del ejercicio de sus derechos, estableciendo una relación paternalista y de tutela pues por sí misma no puede establecer relación con las instituciones del Estado moderno liberal.

En segundo lugar, por el aspecto económico, en dos sentidos: 1) la falta de presupuesto destinado a la salud mental en los aspectos de investigación, atención a la salud y medicamentos para ponerlos al alcance de los pacientes; 2) por la exclusión de las personas con trastornos mentales de la esfera laboral, situación que les imposibilita superar factores de dependencia respecto a su familia o red social que le brinde apoyo económico.

En tercer lugar, aspectos sociales como la poca y no actualizada información que se genera respecto a las personas que presentan algún trastorno mental, lo cual imposibilita considerar las condiciones específicas y políticas públicas que es necesario implementar

respecto a este grupo de población. La desinformación genera estereotipos respecto a este grupo considerando que en todo momento presentan comportamientos irracionales y agresivos, por lo que son un peligro para la sociedad. Otro aspecto social es la concepción de que una persona con trastornos mentales requiere ser declarada incapaz para que el Estado le reconozca la posibilidad –mediante su tutor– de ejercer sus derechos a la libertad y propiedad, así como el acceso a la justicia.

En la mayoría de los casos analizados, si bien se especifican problemáticas individuales, la situación expuesta por la persona no se identifica con situaciones que generen un acto de discriminación por el cual se pueda acudir a interponer una queja, sólo después de un análisis más integral y estructural es posible considerar que sus problemáticas corresponden a condiciones de exclusión o restricción que imposibilitan el ejercicio de sus derechos. Por el contrario, los testimonios que se obtuvieron en las entrevistas sí analizan condiciones que de manera estructural afectan a un colectivo de personas y sobre las que de manera organizada buscan acciones que transformen su condición, como son: la capacitación del personal médico, información y capacitación a la familia, desarrollo de proyectos productivos y rehabilitación integral, por mencionar algunas.

La discriminación estructural constituye el marco en el que se desarrollarán las acciones que resultan en discriminación en el nivel individual, ésta consiste en la exclusión de este grupo en el modelo de organización social y política que corresponde al liberalismo, por lo que se le coloca en situaciones de excepción que indirectamente imposibilitan el ejercicio de sus derechos, y que no se pueden configurar como situaciones de discriminación en el nivel individual que se puedan considerar directamente como violación del derecho a la no discriminación. Por ejemplo, no existirían los mecanismos de garantía para que una persona denunciará la discriminación de la que es objeto por no brindársele los servicios de salud que requiere por parte del Distrito Federal o por negarle la posibilidad de acceder a la justicia. Considerar las transformaciones en el nivel estructural permitiría generar cambios de manera integral que contemple de otra manera la relación

donde se garanticen y respeten los derechos humanos que una sociedad debe establecer con las personas que presentan algún trastorno mental.

2.- ¿Cuáles son los ámbitos y las acciones que se convierten en actos discriminatorios hacia las personas con trastornos mentales con base en los casos atendidos por la CDHDF?

El primer ámbito es el de la salud, que genera la exclusión de un grupo de población del acceso a servicios de calidad debido al poco presupuesto que se asigna al rubro de la salud mental y no se cuenta con los hospitales necesarios tanto de primero como de segundo nivel. En particular en el Distrito Federal no se garantiza el ejercicio del derecho a la salud a las personas con trastornos mentales, por lo que sus habitantes deben acudir a servicios médicos en el ámbito federal, los cuales no siempre garantizan una atención médica y medicamentos de calidad, a causa de la falta de psiquiatras y la saturación de los servicios médicos.

En un segundo lugar se encuentra la familia, que constituye un factor fundamental para la detección temprana y el acceso a un tratamiento adecuado para las personas con trastornos mentales. Sin embargo, en la actualidad es sobre todo un lugar del que se excluye al familiar ante la imposibilidad de abordar su situación, principalmente por la falta de información y medios adecuados para afrontarlo. Aunque directamente no se puede considerar a la familia como entidad violatoria de los derechos humanos, la falta de atención por parte de Estados a la familia como factor importante para el desarrollo de una vida digna de la persona con trastornos mentales, sí representa una violación a los derechos de las personas. Como lo han mostrado las asociaciones que trabajan con familiares, el apoyo a la familia representa directamente mayores recursos para que la persona con trastornos mentales enfrente por sí misma su situación y pueda gozar de mayor autonomía

En tercer lugar, la imposibilidad para acceder al ejercicio de su autonomía, principalmente por la necesidad de determinar su incapacidad y la asignación de un tutor. En este aspecto debe considerarse que aun en el caso de que una persona con trastorno mental o su familia decida que se le determine como incapaz y acepte que se le asigne un tutor, el juicio de interdicción es un proceso respecto al cual en general no se cuenta con información clara y accesible, además de que tampoco es accesible para personas que no cuenten con los recursos económicos necesarios para llevar a cabo el juicio. En ocasiones, la determinación de la incapacidad se da al momento de que una persona con trastorno mental intenta acceder a la justicia, situación que indirectamente la deja sin posibilidad de ejercer sus derechos.

El no reconocimiento a la capacidad jurídica es un factor que desde el ámbito de los derechos humanos se considera como limitante de la autonomía de la persona e impide el ejercicio de sus derechos. Sin embargo, no es un tema que de manera directa manifiesten las personas como violación a sus derechos. Este tema aparece principalmente relacionado con la necesidad de las personas con trastornos mentales para acceder a la justicia, ámbito al que generalmente después de un diagnóstico se restringirá la posibilidad de que la persona acceda sin que exista un enfoque más integral ni la importancia de brindar protección a la persona que está en situación de vulnerabilidad.

3.- ¿Cuál es el resultado de la discriminación hacia las personas con trastornos mentales en el Distrito Federal?

El resultado es la exclusión y restricción los derechos de las personas con trastornos mentales, que aunados con la condición de pobreza, que generalmente las coloca en condiciones de abandono social (ya sea al vivir en situación de calle o al ser internadas en un centro de reclusión para enfermos mentales). En estas condiciones se violan de manera integral sus derechos económicos, sociales y culturales; principalmente el acceso a un hogar, el trabajo, la salud de calidad, alimentación y educación, por mencionar algunos.

Estas condiciones generalmente fortalecerán el estigma hacia las personas con trastornos mentales.

La violación del derecho a la no discriminación se puede analizar en su aspecto estructural, y también en actos concretos e individuales. Aunque para abordar adecuadamente el problema es importante considerar cambios urgentes en el aspecto estructural, pues en ese nivel se requiere tomar medidas para transformar la condición de desigualdad en que han sido colocadas estas personas. Las medidas de acción positiva han sido muy limitadas o casi inexistentes hacia este grupo de población, el cual para las asociaciones que trabajan en este ámbito es el *grupo discriminado de los discriminados*. Lo cual es claro en la respuesta de uno de los entrevistados, Mahoma, quien al preguntarle si se sentía discriminado por tener una enfermedad mental, dijo: “me siento desentendido en general, desde los hospitales, desentendido, así, a secas”.

PROPUESTAS:

- ⊕ Es necesario abordar la discriminación hacia las personas con trastornos mentales desde una visión integral, teniendo en cuenta el aspecto de la salud, el estigma, la familia, el aspecto presupuestal, la capacitación de los profesionales que atienden a este grupo de personas, así como el papel de las instituciones de procuración de justicia.
- ⊕ Es necesario contar con datos estadísticos y análisis cualitativos precisos respecto a las condiciones en que se encuentra este grupo de población, para lo cual los organismos protectores de derechos humanos como la CDHDF podrían realizar informes especiales que visibilicen las condiciones estructurales que colocan a este grupo de población en condiciones de discriminación y abandono.

- ⊕ En el caso de la salud es necesario mayor presupuesto en este ámbito, aunque no se puede negar que las instituciones que existen en este momento han sido un avance importante para atender la salud mental, si no se les destina mayor presupuesto será muy poco lo que puedan hacer para garantizar el acceso a servicios de salud de calidad. Es urgente la prevención desde los servicios de salud primarios y de preferencia cercanos al domicilio de las personas. En este aspecto los servicios de salud del Distrito Federal deben garantizar una salud integral incluyendo a la salud mental, para lo cual será muy importante el seguimiento que se realice del Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal, en el cual se contemplaron diversas acciones con el fin de generar las condiciones para ejercer el derecho a la salud y prevenir que el impedimento al ejercicio de este derecho agrave la situación de salud y generen una discapacidad para el individuo.

- ⊕ Es importante comprender el papel que tiene la familia en la posibilidad de garantizar un apoyo al paciente y un lugar para vivir. Por lo cual, se debe brindar, la información, capacitación, terapia y apoyo para que la familia pueda comprender y abordar la situación de su familiar que ha sido diagnosticado con alguna enfermedad mental. Las instituciones de procuración de justicia al ser un ámbito en el que las personas llegan a referir situaciones de posible violencia en su contra deben de brindar el seguimiento necesario para conocer la manera como está abordando la situación con el fin de brindar terapia y prevenir situaciones de violencia. La CDHDF en este ámbito podría proponer materiales de capacitación con un lenguaje sencillo que brinde a la familia información básica sobre los primeros síntomas de un trastorno mental y las instituciones a las que puede acudir para que su familiar sea atendido.

- ⊕ En cuanto a la capacidad jurídica es necesario generar espacios que debatan el tema en los ámbitos académicos, organismos de derechos humanos e instituciones de gobierno, donde se dé voz a las personas con trastornos mentales y sus familiares para analizar cómo sería el tránsito al desaparecer el juicio de interdicción y poner en

práctica la propuesta de apoyo a la voluntad. Se pudo constatar que el juicio de interdicción es un tema poco entendido que genera posiciones contradictorias, por lo que la CDHDF podría impulsar foros, seminarios y cursos como espacios en los que se analicen los pros y contras del apoyo a la voluntad y la manera de llevarlo a la práctica desde una perspectiva de derechos humanos.

- ⊕ En cuanto a la impartición de justicia es necesario que se brinde capacitación a los servidores públicos de las agencias de ministerio público para que tengan los mecanismos y sensibilidad para atender a una persona con problemas de salud mental, generando las áreas especializadas necesarias para ello. Es necesario normar la manera en que se establece un diagnóstico por parte de los peritos de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, pues generalmente con una entrevista establecen un diagnóstico que en las instituciones de salud requiere de estudios y observación por algunos meses. Es necesario considerar que en casos este proceso de peritaje enfrenta por primera vez a la persona a un diagnóstico respecto a su salud mental, por lo que no es fácil que lo acepte debido al estigma que se relaciona con el mismo, por lo cual se debe tener mayor sensibilidad al comunicárselo.

- ⊕ En el caso de las personas con trastornos mentales en situación de calle es necesario considerar la creación por parte del Gobierno del Distrito Federal de casas de medio camino en las que se atienda a las personas con trastornos mentales, buscando la reinserción al ámbito laboral, familiar y educativo, con un modelo de atención integral y propuesta de trabajo protegido. Al respecto es importante rescatar la experiencia de los Centros de Asistencia e Integración Social que han sido creados para este grupo de población. Además, es necesario que se generen encuestas como las desarrolladas por la Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal respecto a las poblaciones callejeras, mejorando las preguntas que puedan generar datos respecto a la condición de salud mental.

- ✦ En el caso de las personas en situación de reclusión es importante garantizar el acceso a una atención y medicamentos de calidad, además de una constante observación de Organismos Protectores de Derechos Humanos de las condiciones en que se encuentran, pues por su condición generalmente son víctimas de abusos físicos por parte del personal de custodia. Este tipo de organismo también debería vigilar que no existan personas que ya hayan cumplido la medida de seguridad y que por falta de una red de apoyo sigan recluidas. Estas personas debe ser enviadas a casas de medio camino que les permitan atender su situación de abandono proporcionándoles los medios necesarios para una vida digna.

BIBLIOGRAFÍA

Acuña, Cecilia y Mónica Bolis (2005), *La estigmatización y el acceso a la atención en salud en América Latina*, OPS/OMS.

Álvaro, J., J. Torregosa y L. Garrido (Comps.) (1992), *Influencias sociales y psicológicas en la salud mental*, Madrid: Siglo XXI.

Barrère Unzueta, María Ángeles (2001), “Problemas del Derecho Antidiscriminatorio: subordinación *versus* discriminación y acción positiva *versus* igualdad de oportunidades”, *Revista Vasca de Administración Pública*, núm. 60, mayo-agosto, pp. 145-166.

_____, “Igualdad y ‘discriminación positiva’ un esbozo de análisis teórico-conceptual”. En línea: <http://www.uv.es/CEFD/9/barrere1.pdf>. Consultada el 9 de febrero de 2011.

Bastide, Roger (1998), *Sociología de las enfermedades mentales*, Madrid: Siglo XXI.

Benassini F, Oscar (2001), “La atención psiquiátrica en México hacia el siglo XXI”, *Revista Salud Mental*, vol. 24, núm. 6, México: Instituto Nacional de Psiquiatría, pp. 62-73

Bobbio, Norberto (1993), *Igualdad y libertad*, Barcelona: Paidós-I.C.E. de la Universidad Autónoma de Barcelona, pp. 53-96.

Carbonell, Miguel (2007), *Igualdad y libertad. Propuestas de renovación constitucional*, México: IIJ-UNAM, pp. 61-116.

_____, (2006) “Consideraciones sobre la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación”, en De la Torre Martínez, Carlos (coord.) *Derecho a la no discriminación*, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México, México, pp.205-230

Organización Mundial de la Salud: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, (CIE -10)

Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (2005), *Informe especial sobre la situación de los centros de reclusión en el Distrito Federal*, México: CDHDF.

_____, (2008), *Primer diagnóstico de Derechos Humanos del Distrito Federal*, México: CDHDF.

_____, (2009), *Programa de Derechos Humanos del Distrito Federal*, CDHDF: México, pp. 877- 933.

Courtis, Christian (2006), “Legislación y la políticas antidiscriminatorias en México: el inicio de una largo camino”, en Carlos de la Torre Martínez (coord.), *Derecho a la no discriminación en México*, México: IIJ-UNAM/ CONAPRED / CDHDF, pp. 231-262

De la Torre Martínez, Carlos (Coord.), *Derecho a la no discriminación*, México: Miguel Ángel Porrúa-UNAM, pp. 123-181.

Dudet Lions, Claudette (1999), “La construcción social de la salud-enfermedad mental”, Tesis de Maestría en Psicología, México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Ferrajoli, Luigi (1999), *Derechos y garantías. La ley del más débil*, Madrid: Trotta.

Foucault, Michel (1967), *Historia de la locura en la época clásica*, México: Fondo de Cultura Económica.

_____ (2005), *El poder psiquiátrico*, Madrid, Akal, pp. 99-125

_____ (1988), *Enfermedad mental y personalidad*, México, Paidós

Fuente Muñiz, Ramón *et al.* (1997), *Salud mental en México*, México: FCE.

Goffman, Erving (2006), *Estigma: la identidad deteriorada*, 10a. ed., Buenos Aires: Amorrortu.

González Contró, Mónica (2006) “El derecho a la no discriminación por motivos de edad: niños, niñas y adolescentes” en De la Torre Martínez, Carlos (coord.) *Derecho a la no discriminación*, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México, México, pp. 419-434

Heller, Herman (1985), “¿Estado de derecho o dictadura?”, en *Escritos Políticos*, Madrid: Alianza Universidad.

Medina-Mora, María Elena *et al.* (2003), “Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultado de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México”; *Revista Salud Mental*, vol. 26, núm. 4, México: Instituto Nacional de Psiquiatría, pp. 1-16.

Navarro, Gongora, José (2004) *Enfermedad y Familia*. Barcelona, Paidós.

O'Donnell, Guillermo. 2004. “Notas sobre la democracia en América Latina.” En Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *La Democracia en América Latina: Hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos*. Buenos Aires: Aguilar, Altea, Taurus, Alfaguara, pp. 11-73

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH) (2003), “Grupos en situación de vulnerabilidad y discriminación”, Diagnóstico sobre la Situación de los Derechos Humanos en México, Programas Educativos, S.A. de C.V., México, pp. 161-192

Organización Mundial de la Salud (2001), *Programa de Acción Mundial en Salud Mental*.

_____ (2005), *El contexto de la salud mental. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental*, Ginebra: EDIMSA.

_____ (2005b), Atlas: recursos de salud mental en el mundo. OMS. Ginebra, pp. 314-316.

_____ (2008), *Fomento de la Salud mental. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental*, Ginebra: OMS.

Porter, Roy (2003), *Breve historia de la locura*, Madrid-México: Turner /Fondo de Cultura Económica.

Rodríguez, G. et. al. (1996): “Metodología de la investigación cualitativa.” España, Ed. Aljibe.

Rolland S. Jonh (2000) *Familias, enfermedad y discapacidad*. Barcelona, Gedisa.

Sacristán Gómez, María Cristina (1991), “La locura y la psiquiatría en México: un balance historiográfico”, *Revista Secuencia*, Nueva Época, núm. 21, México.

_____ (1999), “Locura y justicia en México: la psiquiatría, la familia y el individuo frente a la modernidad liberal: el caso Raygosa, 1873-1877”. Tesis de Doctorado, Tarragona: Universidad Rovira i Virgil.

_____ (2005), *Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México; de la hagiografía a la historia moderna*, México: Instituto Mora.

Secretaría de Salud (2002), Programa de Acción en Salud Mental, México: Secretaría de Salud.

Secretaría de Desarrollo Social (2009) Censo de personas en situación de calle 2008-2009, México, D. F., Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal.- En línea: http://www.iasis.df.gob.mx/pdf/censo_ultimo_documento.pdf. Consultado el 28 de Octubre de 2010.

_____ (2010) Censo de personas en situación de calle 2009-2010, México, D. F., Secretaría de Desarrollo Social del Distrito Federal.- En línea:

<http://www.iasis.df.gob.mx/pdf/Censo%20de%20personas%20en%20situacion%20de%20calle%202010.pdf>. Consultado el 28 de Octubre de 2010.