



# **BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA**

**INSTITUTO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES  
“ALFONSO VÉLEZ PLIEGO”**

**Maestría en  
ANTROPOLOGÍA SOCIOCULTURAL**

**TITULO DE TESIS:**

**¡...no me diga tonterías, (Dr. Psiquiatra)...!  
Esti(g)ma y (de)formación de los residentes del “batán”**

**Enero - 2022**

**Presenta:**

**Josué Iván Rodríguez Cruz**

**Para obtener el grado de Maestría en Antropología Sociocultural**

**Director:**

**Dr. Ricardo F. Macip Rios**

**Asesores:**

**Dra. María de Lourdes Flores Morales**

**Dra. Natatxa Carreras Sendra**

**Dr. Jesús Antonio Morfin Liñan**

---

## ÍNDICE

---

<b>INTRODUCCIÓN</b>	2
<b>CAPÍTULO PRIMERO: LA IMAGEN DEL PSIQUIATRA, FABRICANDO EL ESTIGMA</b>	12
<b>El estigma</b>	13
• Estigma, como concepto general	13
• El estigma de los psiquiatras	17
<b>La Medicina como factor de ascenso social</b>	21
• El valor del médico con la venta de la salud	21
• El valor del médico desde un punto de vista moral	27
<b>La especialidad de psiquiatría en México y en la ciudad de Puebla</b>	32
• Revisión histórica y contexto local	32
• La realidad de los residentes, y sus decisiones	38
<b>CAPITULO SEGUNDO: CONTEXTOS E IMAGINARIOS LICALES, PERDER EL ESTIMA SOCIAL</b>	41
<b>El hospicio psiquiátrico y el imaginario de terror asociado</b>	42
• El psiquiátrico en el ámbito internacional	42
• El psiquiátrico en México	46
<b>El psiquiátrico en Puebla</b>	51
• Una historia con huecos	51
• El psiquiátrico de Puebla por estos días	59
<b>Fabricando el (des)prestigio de la especialidad en Puebla</b>	69
• Condiciones locales para los residentes y los trabajadores del psiquiátrico local	69
• Comparativas entre la provincia y la capital	74
<b>CAPITULO TERCERO: NÚMEROS PARA ADORNAR</b>	79
<b>Contraste de las estadística con los imaginarios</b>	80
• Los niveles de atención en salud	80
• La Psiquiatría como un servicio de tercera categoría	84
<b>La política en las políticas de salud</b>	88
• Diferencias de clase, y el acceso privilegiado a los servicios de tercer nivel	88
• La influencia política en el acceso a la salud como una moneda de cambio	91
<b>Todos a la canasta, por unos pagan todos</b>	96
• La influencia política en el acceso a la salud mental, otra moneda de cambio	96
• La interpretación de los trastornos mentales desde la idea única de la esquizofrenia	101
<b>Reflexiones</b>	106
<b>Referencias</b>	113

---

## INTRODUCCIÓN

---

Esta investigación es una etnografía de los psiquiatras, sujetos sociales que serán analizados en el lugar donde son creados. Para lograr tal cometido, decidí usar como eje rector del análisis al estigma, al cual he considerado como una de las influencias capaces de enfurtir<sup>1</sup> progresivamente al médico especialista durante su producción académica y profesional hasta convertirlo en lo que la sociedad ha decidido llamar psiquiatra. Esa influencia del estigma en el psiquiatra en formación es un hecho observado en otras investigaciones cualitativas, pero no antropológicas [Lagunes-Cordoba 2020]. Para hacer esta etnografía revisé las influencias sociales, culturales y económicas que le dan forma a este profesional en el lugar y ambiente donde ocurre su gestación, es decir, un hospital psiquiátrico, el sitio en donde se desarrolla el curso de la especialidad médica. Y aunque este último lugar es indispensable para esta etnografía, también lo serán el análisis del entorno urbano local en el cual se encuentra el manicomio y los antecedentes históricos asociados al mismo. Además, en esta introducción también me permitiré explicar el trasfondo personal que justificó el origen y la importancia de esta investigación, pues es importante aclarar que aunque soy psiquiatra, no me forme en un psiquiátrico, y tampoco soy natural de la ciudad donde se desarrolla la investigación, existiendo una distancia social, profesional y hasta cultural importante entre el investigador y los sujetos del estudio en esta etnografía.

Respecto a mis antecedentes e influencias me gustaría comentar que escogí la especialidad de psiquiatría porque me permitiría varias cosas, las cuales enumeraré a continuación; en primer lugar y a mediano plazo, estabilidad laboral, porque al ser tan demandada no tendría que apelar a contactos políticos, sociales o familiares para tener la

---

<sup>1</sup> Dar a los tejidos de lana el cuerpo correspondiente golpeándolos en un batán.

oportunidad de trabajar en el sistema de salud público mexicano, pues asumiendo la gran demanda que se iba a tener, las oportunidades deberían llegar solas. En segundo lugar, si el primer razonamiento fallaba, y el asunto pasaba por hacer contactos políticos, entonces la oportunidad de hacer trabajo o incluso investigar codo a codo con las “vacas sagradas” del gremio médico mexicano en un centro médico o en un instituto nacional deberían ayudar. En tercer lugar y a corto plazo, el acceder a una beca como residente me daría de forma inmediata la tan anhelada estabilidad económica que estaba buscando como médico recién egresado en ese entonces. Ahora bien, es evidente que todo lo dicho aquí revela que mi interés por estudiar Medicina y Psiquiatría fue asegurar mi estabilidad social y económica sin abandonar un entorno académico enriquecedor. De hecho antes de escoger la licenciatura vacilé en tomar otras opciones cuya vinculación con la investigación era mucho más clara. Así, aunque parezca sorprendente, pensé que los cuatro años de especialidad — del 2010 al 2014 — no serían suficientes para que la cultura y la sociedad mexicana vieran como normal acudir con un psiquiatra de forma rutinaria, de hecho ni yo lo pensaba así.

Por tanto, como el plan era largo, e incluía mi gusto por la academia y la investigación, estaba seguro que después de concluir la especialidad tendría que dedicar todavía algunos años a la formación científica. Este último hecho también fue importante para entender mi declinación hacia esta especialidad, pues para mí, la Psiquiatría me permitiría mantener abierta una puerta que no habría existido con otras especialidades, la de la investigación social y cultural. De hecho todo el tiempo que estuve elaborando este plan asumí que yo no tenía la opción de hacer una carrera institucional, si bien hacía cosas para mejorar mis posibilidades. Es decir, no veía un camino por el cual pudiera acceder a un estilo de vida institucional “burocratizándome” a cambio de estabilidad económica y laboral. No porque no quisiera, de hecho creo que siempre vi con cierta envidia a quienes

tenían esa oportunidad, ya sea por contactos en el sindicato, o por contactos con la autoridad. Sino porque aprendí, una y otra vez desde que me gradué de la licenciatura, que las puertas no se abrirían para alguien que pone de frente el resumen curricular laboral o formativo antes que los contactos sociales, laborales, culturales o políticos.

Así las cosas, para mí la Psiquiatría como especialidad solo tenía un defecto, los hospitales psiquiátricos. Si, como lo está leyendo, soy un psiquiatra que nunca quiso ni ha querido estudiar o trabajar en un psiquiátrico, salvo por el Instituto Nacional de Psiquiatría, y admito que cuando lo he hecho, en breves lapsos de mi historia profesional, ha sido por necesidad u obligación laboral y académica. Pero esto no tiene que ver con el tipo de pacientes que se atienden allí. De hecho, en muchos de estos lugares he conocido a colegas y profesionales que admiro en gran medida. Mas bien, dado que la imagen, o el estigma, que ha tenido en mi mente a lo largo del tiempo un hospital psiquiátrico es la de un entorno abandonado, sucio y muy lejano de la vida médica y social habitual. De facto, me he esforzado todo el tiempo por mantenerme en un entorno de lo que los psiquiatras llaman “enlace”, un tipo de Psiquiatría donde esta especialidad convive con otras áreas médicas en un hospital “normal” o no psiquiátrico. De allí que no me puedo considerar un amplio conocedor de la vida académica y laboral de un manicomio. De esta manera, por lo menos en el mundo de la especialidad, soy ajeno a la Psiquiatría de un psiquiátrico fuera de la capital federal y por tanto soy ajeno a su contexto social.

Con todo, debo aclarar que exponer aquí mis antecedentes ha buscado comprender los beneficios que surgieron al incluir a un médico psiquiatra en una maestría de Antropología Sociocultural. Pues, aunque entiendo las deficiencias que este hecho podría suscitar en la pulcritud epistemológica de mi investigación a los ojos de un antropólogo ortodoxo, también puedo argumentar que en estos encuentros interdisciplinarios pueden

abrir las puertas que permitirán revisiones científicas más amplias y detalladas de fenómenos sociales o culturales que sin estas coincidencias no saldrían a la luz, porque no suelen ser del interés habitual de los médicos o de los antropólogos. Por lo que ofrezco en compensación a mis deficiencias técnicas epistemológicas detalles que, por mis antecedentes, pueden enriquecer el trabajo etnográfico de la Antropología Poblana y Mexicana. Por ello, creo que esta investigación es un auténtico “ganar, ganar”, donde las disciplinas, las instituciones y los investigadores involucrados obtenemos datos que podrían ser menospreciados por la Medicina en un campo de investigación impopular para la Antropología. Es decir una visión cualitativa poco apreciada por los investigadores médicos, en sujetos de estudio que no suelen ser el foco de interés de los antropólogos, quienes valoran como más apetitoso el estudio del paciente. Por eso, al incluir en esta introducción mis antecedentes no busco exponer una biografía personal, sino explicar cuáles son los hechos que permiten entender como, gracias al método etnográfico y las oportunidades ofrecidas por los programas de investigación social y de calidad en México, se puede convertir una historia de frustraciones personales y de difícil acceso al mercado laboral, en un proyecto útil, que ayude a revelar situaciones sociales que, de no ser vistos con este enfoque interdisciplinario, serían difíciles de encuadrar en líneas de investigación tradicionales.

## **Metodología**

Este proyecto buscó realizarse en un marco de “normalidad”, la cual, es un tipo de realidad que había existido sin necesidad de ser definida hasta el año 2020. Con un nuevo contexto favorecido por la enfermedad infecciosa causada por un coronavirus, o COVID-19 por sus siglas en inglés [Organización Mundial de la Salud 2021]. La “antigua normalidad” se

puede definir ahora como una ilusión basada en la capacidad que se tenía, o se creía tener, de predecir la trayectoria histórica de la humanidad. Es decir, hasta ese año, se daba por sentado el curso que debía tomar el desarrollo cultural, tecnológico y económico de la especie humana bajo la ubicua globalización [Wolf 1982, Featherstone 1990]. Así, a pesar de que las influencias globales e históricas y sus consecuencias han sido advertidas por los antropólogos desde muchas aristas [Roseberry 1989], el proceso asociado a la nueva enfermedad hizo patente una consecuencia más de la globalización. Demostrando que gracias a la creciente conectividad global, un suceso que surge del otro lado del mundo tiene la capacidad de afectar una investigación que intentaba limitarse a un contexto local y nacional. Se mostró que en estos tiempos, las fronteras imaginarias planteadas por el ser humano, tanto a nivel étnico, como a nivel geográfico son bastante permeables, provocando que la coordinación y la ejecución de este proyecto haya tenido que adaptarse a esta nueva realidad en la cual las medidas sanitarias tomadas para justificar el cuidado a la salud, incluyendo el aislamiento y la “sana distancia” impidieron el avance y la evolución de la vida social y académica del país, el estado, y la ciudad [Macip 2020], donde se hizo esta investigación. Por este difícil entorno, fue importante agotar los medios físicos y electrónicos que permitieron concluir el trabajo en el marco de una “nueva normalidad” [Macip 2020], maximizando el uso de los medios electrónicos y digitales.

La investigación en campo inició cuando me vinculé formalmente con la oficina de enseñanza del hospital psiquiátrico de la ciudad de Puebla, en la cual se solicitó el permiso que me dio acceso a las actividades de los residentes, tanto en su ejercicio clínico como en el de aprendizaje. En este punto, es importante señalar que debido a las dinámicas que habitualmente se siguen en la investigación clínica de los médicos, aprecié como oportuno contar con un consentimiento informado, el cual se emitió y replicó dirigido a los

psiquiatras y los residentes con quienes se tuvo contacto directo durante el ejercicio de campo. También se consideró incluir al personal que los acompaña o que interactúa con ellos en sus actividades diarias, ya sean auxiliares sanitarios como enfermeras y enfermeros, o fueran personal administrativo. No obstante, debo mencionar que todos los consentimientos terminaron por ser verbales o grabados en audio, pues debido las apretadas agendas de los residentes y de algunos médicos que entrevisté se tuvo que enviar esos consentimientos informados por correo electrónico, en la expectativa de que fueran regresados en formato pdf con sus respectivas firmas autógrafas y para no perder naturalidad en el transcurso de las entrevistas. Sin embargo, a la fecha en que escribo este trabajo, no he recibido ninguno de esos consentimientos en mi bandeja de entrada. No obstante lo anterior, ningún nombre real de los entrevistados fue utilizado durante la redacción de este texto. De hecho, con fines científico-sociales, y con la intención de mantener veracidad en la investigación he decidido agregar una charla fundamental que, por otro lado, no tuvo autorización para aparecer en este trabajo, respetando el anonimato.

Como condición de importancia, es relevante agregar que debido a mis antecedentes fue mi intención generar un *rapport*<sup>2</sup> no solo al inicio del ejercicio de campo sino durante el desarrollo del mismo. Y justo por este último punto, mis entrevistas incluyeron como interés primario contrastar y confrontar las expectativas que los médicos residentes tenían antes de ingresar a su sede formativa y la realidad en la que se encontraban inmersos cuando yo los conocí. Así, me enfoqué en la forma en que el estigma afecta su interacción social, Y es por ello que puse atención en el entramado que surge por su peculiar circunstancia, donde se entretajan el estigma, la Medicina y la Psiquiatría como influencias primarias [Lagunes-Cordoba 2020]. A partir de estos hechos, las técnicas utilizadas para

---

<sup>2</sup> En psicología, fenómeno en el que dos o más personas sienten que están en sintonía psicológica o emocional.



obtener, puntualizar y recabar mi información fueron las que se mencionarán a continuación.

Dirigí entrevista abierta y semiestructuradas [Hamui Sutton 2015: 49-54] hacia los sujetos estudiados durante la investigación bajo la intención de permitir que el entrevistado desarrollara un tema cuya idea central estuviera determinada por su propio interés. Sin embargo, como he mencionado previamente, ya que mi interrogatorio buscaba contrastar expectativas con realidad, y detectar la influencia del estigma en la formación de los residentes, no puedo decir que las mismas estuvieran carentes de una estructura primaria. Lo cual no implica que faltara tribuna libre, en la cual los entrevistados contribuyeron con información útil pero que no se había contemplado previamente. Todos los individuos con los que trabajé fueron adecuados para este tipo de herramienta, la cual es un beneficio de las ciencias cualitativas, como lo puede ser la Antropología. [Ocejo 2013: 1-15]

Durante la observación directa usé como medio de almacenaje de información una grabadora digital siempre que fue posible, y también una aplicación digital de notas, cuando tenía la oportunidad de obtener información inesperada, sobre todo cuando visité el hospital psiquiátrico para pedir permisos o entregar oficios solicitando el acceso al mismo. En el ejercicio de campo fueron abundantes las notas de observación escritas, ya que las de audio o video me parecieron impertinentes, pues podían generar una suspicacia importante e incomodidad. Los archivos obtenidos, ya sean físicos o digitales se encuentran almacenados.

Se compilaron archivos bibliográficos y hemerográficos; físicos y digitales; locales, nacionales, e incluso internacionales. Los cuáles fueron ubicados en dos temporalidades, dados los intereses de este trabajo. Por un lado los que permiten ejemplificar los antecedentes históricos previos a la existencia del hospital psiquiátrico local, y por otro lado

los que se asocian a dicho manicomio desde su inauguración. Por ello la información obtenida se clasificó en dos apartados: a) historia del hospital psiquiátrico y b) antecedentes a la implementación de la residencia médica en psiquiatría, tanto nacional como local.

Se usó la observación directa para registrar el microcontexto en el cual se desenvuelven los residentes, entendiendo que durante este período de observación general fue menester acompañar al especialista en formación dentro de la jornada clínica. La labor en esta etapa buscó detallar y describir el ambiente físico del lugar, la distribución espacial de los sujetos en el inmueble, así como la repartición de sus tareas con sus superiores, tanto académicos como laborales. Además de identificar patrones de vinculación entre los sujetos estudiados, así como el de los otros actores que les acompañan en sus actividades cuando fue conveniente, por ejemplo enfermeras, camilleros o pacientes [Fife 2005: 174]. Con tal idea limité mi unidad de observación, la cual estuvo definida por la vida y el contexto asociado a la educación de los residentes. De tal manera que a través de esa información pude obtener anécdotas e historias asociadas a la realidad del psiquiatra en formación. Aunque pudo ser posible dados mis antecedentes, decidí no aplicar la observación participante, pues esta herramienta de trabajo lejos de lo que yo mismo pensaba, me dio la sensación de intromisión al intervenir en la atención de los pacientes o en el trabajo clínico de los residentes, además, el contexto pandémico y los tiempos apretados para el desarrollo de la investigación no lo hicieron posible.

En otro orden de ideas, considerando que el desarrollo de la investigación fue intermitente y no continuo, hablar de un “diario” de campo es, en estricto sentido, inapropiado. Sin embargo a lo largo de la maestría elaboré una bitácora que recogía los fenómenos más importantes asociados a mi investigación. Documentando fechas, horas y detalles relevantes fuera del calendario trimensual especificado al ingreso del curso.

También debo advertir que, debido al contexto señalado al principio de este apartado en metodología, podría ser sencillo pensar o asumir que el método “netnográfico” en la investigación antropológica debió guiar el núcleo ontológico de este trabajo. Sin embargo, en la revisión que hice de la literatura, mi proyecto no puede ser encasillado dentro de un marco definido por los límites de la Netnografía, sobre todo considerando la opiniones de Robert V. Kozinets [2010a y 2010b], pues de acuerdo a este autor, la noción de una etnia en el contexto virtual no puede ser ajena a la existencia de un grupo social real y físico, sin el cual no podría existir el mundo virtual. Además, difícilmente encontré un grupo dentro de redes sociales donde se desarrolle una interacción social entre psiquiatras, más allá de algún comentario, queja o demanda generalizada [Foro ENARM 2021]. Con la misma idea, no es la prioridad de este trabajo hacer un estudio deductivo cuantitativo, a través de encuestas estructuradas a grandes números de usuarios en las redes sociales para un posterior análisis estadístico. Por ello, agrego este último párrafo para dejar claro que mi trabajo no cumple con la definición de estudio de una etnia o grupo social en el mundo virtual.

## **Estructura**

Este trabajo se presenta en tres capítulos los cuales son divididos en tres secciones cada uno, y a su vez, cada sección contará con sus respectivas dos subsecciones. El primer capítulo se destina a explicar dos conceptos indispensables y nucleares para entender la tesis: el estigma y el psiquiatra. En el caso del segundo término hablar de Psiquiatría es hablar de Medicina, por tanto, en el capítulo primero he decidido usar dos tercios de su espacio para explicar al médico y al psiquiatra por separado, pero entendiendo al estigma como mediador de las relaciones sociales entre ellos. El segundo capítulo aborda los antecedentes históricos relacionados con el psiquiátrico en el ámbito internacional, nacional

y local. Con lo que aprovecho este último punto para desarrollar con mayor amplitud mi trabajo etnográfico, definiendo el contexto en el cual se enfurten los médicos residentes de la especialidad en psiquiatría del manicomio local. Para concluir, usaré el tercer capítulo para demostrar las influencias que el estigma tiene en las dinámicas sociales relacionadas con el poder y la hegemonía política, tergiversando las estadísticas a la conveniencia de intereses personales o de grupo.

## **CAPÍTULO PRIMERO:**

### **LA IMAGEN DEL PSIQUIATRA, FABRICANDO EL ESTIGMA**

---

La intención de este primer capítulo es comprender tres conceptos básicos, que incluyen el análisis del “estigma” en el primer tercio, mientras que en la segunda y la tercera parte revisaré las influencias sociales que subyacen a la práctica de la Medicina y de la Psiquiatría respectivamente. Si bien, debo advertir al lector que al final de este capítulo estos conceptos podrían percibirse desconectados, es mi interés explicarlos primero así, para que luego se desarrolle un proceso donde se fusionarán estas tres ideas centrales. Lo anterior se puede imaginar como una especie de base con tres patas, que se irán uniendo progresivamente en un vértice hasta que se construya una idea central donde cada pilar tendrá su propia importancia, pero al mismo tiempo serán parte de la construcción de un concepto central. Esa torre imaginaria en espiral que propongo aquí es donde poco a poco se va construyendo un profesional que llamamos residente médico.

Aunque el análisis del “estigma” lo basaré en el pensamiento del sociólogo Erving Goffman [1963], para tener un entendimiento claro del entorno social en el que se desarrollan la Medicina y la Psiquiatría consideraré dos hechos importantes a saber; el valor que se obtiene a través del dinero y el valor que se obtiene a través del prestigio moral. Se revisará el prestigio asociado a la renta económica analizando el papel de la salud como un producto comerciable, y por tanto, capaz de generar una ganancia, lo cual se hará con la base teórica de Karl Marx [1867]. Además, estudiaré el valor moral analizando el prestigio del médico y del psiquiatra — si es que lo tiene —, a partir del prestigio social y cultural con la base teórica de Pierre Bourdieu [1987, 1996].

## El estigma

---

### Estigma, como concepto general

En la antigua Grecia las marcas hechas en el cuerpo con objetos punzocortantes o calientes anunciaban que el portador era un esclavo, un criminal o un traidor. Estas señales inusuales permitían exponer algo malo sobre el estatus moral del individuo y lo alejaban de los ciudadanos “normales” [Goffman 1963:15]. Por otro lado, las personas con marcas que resultaban de imperfecciones o signos de enfermedad, debían ser evitadas en lugares públicos. A estas marcas o señales, ya sean de origen punitivo o patológico se les llamaba estigmas [Goffman 1963:11].

En el mundo hispano, la Real Academia Española [RAE 2020] ofrece diferentes acepciones de la palabra estigma, aunque tres de ellas se encuentran fuera del interés de las ciencias sociales, y hacen alusión a términos técnicos de la Zoología, la Botánica y la Medicina. De los cuatro significados restantes, la academia señala uno de tintes religiosos; “huella impresa sobrenaturalmente en el cuerpo de algunos santos extáticos...”. Esta última acepción alude más a conceptos religiosos que enaltecen la pobreza física sobre la carencia moral, con lo que el estigma se resignifica de forma positiva. Para esta sección tampoco es relevante, si bien se considerará al avanzar en los siguientes capítulos. Ahora bien, la misma RAE aporta otras tres consideraciones que pueden remitir al lector a una idea del significado social y cultural que sí quiero considerar, y que coinciden con lo planteado por Goffman [1963]. A saber, el estigma puede ser en primer lugar una marca o señal en el cuerpo, en segundo un desdoro, afrenta o mala fama, y por último una marca impuesta con hierro candente, bien como pena infamante, bien como signo de esclavitud. De esta manera,

puedo resumir el significado de “estigma” como; (1) una marca, (2) que aporta mala fama y (3) que alude a una pena que sufre quien la posee.

Bajo los puntos ya señalados en el párrafo anterior, al diagnosticar un trastorno mental, se puede generar el estigma en el afectado, Ya que el trastorno se puede convertir en una etiqueta que aporta mala fama y que alude a una pena que esclaviza a quien padece el mal psiquiátrico. Lo cual separa al trastornado mental en un alienado o en un anormal [Berrios 2008], es decir en “el otro”. En este punto se puede ver que la Psiquiatría y la Antropología coinciden en su sujeto de estudio [Boas 1928:4-80; Malinowski 1922:1-25; Bunzl 1996:17-78; Reguillo 2002]. Si bien aclaro que, en la actualidad, no creo que los practicantes de dichas disciplinas tengan la intención de definir al otro con la finalidad de esclavizarlo o estigmatizarlo. Pero, debido a que su ejercicio profesional está expuesto al mundo no académico y sus imaginarios, su objeto de estudio sí tiene el riesgo de padecer un estigma.

Así, aunque existan definiciones “amables” que buscan integrar propuestas transculturales desde los pueblos originarios con diagnósticos específicos surgidos desde la tradición de comunidades no occidentalizadas [González 2012, López 2018], la mirada del antropólogo como un investigador sigue dirigida al “otro” y lo que lo define. Entonces, el “otro” también puede ser llamado enfermo, trastornado, alienado, loco, paciente, cliente, usuario o chujaj, sin importar el origen o corriente académica del clínico tratante. Por ello, el paciente que acude a consulta es definido en su diferencia por el diagnóstico médico, pero también al momento de ser analizado por el antropólogo. Lo anterior significa que sin importar el origen étnico o el fundamento epistémico, el clínico, ya sea de origen indígena u occidental — por usar términos populares, pero arbitrarios —, define al “otro” voluntaria o involuntariamente. Hecho que permite plantear que, aunque sea inconscientemente, una

vez asumido el papel de “paciente” hay una pérdida de poder social en el usuario de los servicios de salud, quien se ha puesto en manos de un tratante [Foucault 2005].

Todo lo anterior recuerda uno de los puntos que definen el estigma, tanto por la RAE, como por Goffman; el de saberse sujeto a una pena, o más bien, a una condena de esclavitud. En otras palabras el paciente pierde gran parte de su autonomía social cuando se expone a un diagnóstico médico, ya no digamos a un diagnóstico psiquiátrico. Este último hecho convierte al individuo y le da una nueva “identidad social” o categoría, que predice las rutinas de sus nuevas relaciones sociales, y por ello se puede anticipar el trato que se deberá tener en adelante con él [Goffman 1963:12] Para el sociólogo canadiense, el estigma es, en una persona, inherente a su definición como extraño, lo que le imprime un atributo que lo hace diferente de los humanos que sí se cuentan en la categoría de personas [Goffman 1963:13]. Es decir, alguien es extraño al entorno social por ser menos deseable en la comunidad. De este modo, a una persona común y normada se le convierte en una persona manchada y descartada cuando sufre del estigma.

Cabe aclarar que hablar de esclavitud en el contexto de un trastorno mental no puede entenderse como un fenómeno concreto permitido o avalado en las leyes, sino como un fenómeno abstracto y social derivado de la comprensión de las dinámicas humanas asociadas a la imposición del estigma incluido con el diagnóstico psiquiátrico. Con esta base, se debe entender que al paciente mental se le puede asumir como un individuo que queda fuera de las relaciones económico-sociales en los hechos y en la realidad, aunque la ley no autorice una reificación [Claude Meillassoux 1988:11-88]. Por tanto, el paciente mental es un “esclavo de facto”, producto de su propia condición mental

En Puebla, ciudad elegida para esta investigación, después de medio siglo de la inauguración del Hospital Psiquiátrico local conocido como “el Batán” [Espinoza 2014],



éste parece mantenerse en el imaginario popular como un lugar cuya descripción es más cercana a la de un hospicio abandonado antes que el de un espacio para el tratamiento y la cura de los trastornos mentales, tanto por influencias culturales, académicas y literarias nacionales [Pereyón 1975; Rivera Garza 1999; Rios Molina 2008] cómo por las noticias locales [Llaven Anzures 2020]. Por ello hablar de estigma social y de trastornos mentales en Puebla y en México se vuelve una tautología. Una aparente obviedad que no ha sido suficiente para mover las consciencias de gobernantes o líderes sociales hacia la promoción de programas o procesos que permitan realmente la mejora de los servicios de salud mental en México [Lagunes-Cordoba *et. al.* 2020].

En junio del 2020, realicé una entrevista a una psiquiatra egresada del Batán, a quien llamaré la Dra. “Palma”, con la intención de preguntar sobre la imagen que se tenía de la especialidad, destacando los imaginarios asociados a su sede de formación:

- Yo: ...pero yo he notado que algunos [...] o trabajadores o algunos residentes como que les molesta un poco... Yo alguna vez que he ido a entrevistas al [hospital] Rafael Serrano, si se te sale como decir “el Batán”, como que ya te miran un poquito feo... ¿Tu si recuerdas casos de compañeros, de los trabajadores que se sentían molestos porque se le dijera el Batán?
- Dra. Palma: Si. si, si, si, mucha gente dice, es que no es el Batán, es el hospital psiquiátrico Rafael Serrano...es en esta situación donde ellos...lo que quieren es como ser reconocidos como hospital, ¿no?...o sea...no es un lugar a donde vienen a depositar los locos y nos los dejan aquí [Entrevista por videollamada el 26 de Junio del 2020].

## El estigma de los psiquiatras

De acuerdo con Goffman [1963], el estigma en los seres humanos no siempre es visible, pues algunas personas que son afectadas por el mismo en ciertas condiciones logran ocultarlo. El sociólogo propone que una persona que interactúa con el mundo tiene una identidad social que puede ser de tipo virtual o de tipo real (*virtual and actual social identity*). La primera, se caracteriza por ser la que se le impone al otro, y se vuelve un fenómeno imaginario, subjetivo y no tangible. Parecido en parte, al fantasma<sup>3</sup> que es descrito en la teoría psicoanalítica lacaniana [Amigo 2005: 19-44]. La segunda, está relacionada con argumentos objetivos, es decir, tangibles y observables de primera mano. Por tanto, se puede notar que hay un tipo de estigma ubicado en el mundo de lo imaginario que solo se descubre en la interacción social. Así, se puede ver que el estigma no siempre es el resultado de atributos físicos “desagradables”, como los revisados anteriormente, también de aquellos atributos que son incompatibles con el estereotipo del individuo social “normal” [Goffman 1963:5].

Con lo ya dicho, puedo explicar que en el caso de los médicos, existen varias expectativas de lo que debe ser o debe tener un galeno “normal” para poder adscribirse al gremio. De hecho, los diagnósticos de los psiquiatras reciben el término de *disorder* o trastorno y no el de *disease* o enfermedad, aun cuando abundan datos de alteraciones orgánicas en las llamadas patologías mentales [Martin 2007:11-12]. Por tanto, al considerar que en las actividades de un psiquiatra no están incluidas de forma rutinaria algunas labores médicas, se genera un estigma para la profesión. Por ejemplo, el psiquiatra no suele incluir

---

<sup>3</sup> El fantasma, es el la idea que nosotros pensamos que el otro tiene de nosotros mismos. En este caso, es una idea parcial porque solo planteo una imagen que tenemos sobre el otro, a partir de su papel social.

una exploración física extenuante, si bien, cabe aclarar, en muchos casos no ocurre por falta de interés sino por falta de tiempo. Con la misma idea, en la actividad del médico en el servicio de urgencias puede existir un rechazo hacia el paciente suicida o con cuadros de angustia o ansiedad, patologías que son catalogadas como urgencias sentidas o no reales [Pastrana Maldonado 2010, Vázquez Carranza 2011]. De esta forma, aunque el psiquiatra ejerce la Medicina como un especialista más, en la realidad es considerado ajeno de muchas formas en su gremio laboral y académico. Lo anterior ayuda a comprender motivos por los cuales se genera la noción de “ajeno” en todo lo que esté relacionado con la especialidad, incluido el propio psiquiatra.

En el mes de agosto del 2020, después de esperar por mucho tiempo acceso al hospital psiquiátrico poblano, una residente del cuarto año a quien llamaré “María” me narró su experiencia y me dio su opinión respecto al papel de una psiquiatra en formación cuando hace prácticas fuera del manicomio. La entrevista se realizó durante un periodo de la pandemia que se caracterizó por el descenso de casos de la COVID<sup>4</sup>, después de la primera ola. Es decir, a lo largo de los cuatro años que dura la residencia supuse que, de la misma forma que yo lo hice cuando era residente, María habría tenido que salir fuera del Batán para complementar los conocimientos y las prácticas que no estuvieran al alcance de su institución. Incluyendo rotaciones en hospitales no psiquiátricos o nosocomios, donde se ejerce la Psiquiatría con el apelativo de “enlace”, lo cual, como su nombre adelanta sirve para hacer un enlace entre la Psiquiatría y sus pacientes con el resto de los médicos:

- Yo: ...justo con esto de la idea de la Medicina...y la visión de los otros médicos hacia la Psiquiatría. Yo ya te decía en mi caso, pues prácticamente de los cuatro años, un año rotamos en el Fray<sup>5</sup>. Que es como el piso al que le llaman el VIP<sup>6</sup>, el del

---

<sup>4</sup> Iniciales en inglés de Enfermedad por Coronavirus (*Coronavirus Disease*)

<sup>5</sup> Sobre nombre del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, ubicado en la Ciudad de México

<sup>6</sup> VIP o Very Important Person, hace alusión a un imaginario de exclusividad y clase privilegiada.

ISSSTE<sup>7</sup>. Pero en su caso, el de ustedes, el Batán, pues me imagino que hacen la mayor parte en el Batán o en un hospital tradicional [de psiquiatría] con opción a hacer enlace o rotaciones de enlace.

- Dra. María: Pues en el “r 1”<sup>8</sup> prácticamente en el hospital [psiquiátrico]...y “r 3” y “r 4” es más movido, porque tocan como dos meses allí en el hospital [...] adicciones que está allí abajo, en el centro estatal [de salud mental] [...], psicosocial que también está allí en el centro estatal, acá en la BUAP, facultad de medicina, ¿y qué más? ¡Ah!, también el hospital del sur y...creo que ya. O sea, sí es como más movido en cuanto a rotaciones. Pero finalmente las guardias, sigues viniendo a tu guardia al hospital. Entonces nunca te terminas como de desaparecer de esto. Aunque por ejemplo en el “r 2” dentro de los 6 meses de “paído”<sup>9</sup>, a mi generación todavía le tocó una rotación allí en el [hospital del] “niño poblano”, que era como un mini enlace. Sí tenía como bien estructurado el equipo multidisciplinario, y la comunicación. Entonces estaba como muy padre [entrevista del 12 de agosto del 2020].

Este contexto de diferencia formativa que vivió la Dra. María en el Hospital Del Niño Poblano me permitió indagar sobre el estigma y los imaginarios asociados con la especialidad de psiquiatría y sus profesionales por parte de otros médicos:

- Dra. María: ...te lo venden como que la doctora que estaba allá era como muy exigente. Y sí es. Pero, finalmente te desintoxicas como de la gente que está en el psiquiátrico. Entonces aunque era pesado técnicamente hablando, o en los horarios, o porque allí sí ibas de blanco, y nosotros [en el hospital psiquiátrico] no. Allí sí llegabas a las 6 de la mañana, etcétera [...] o sea tienes la experiencia de una especialidad casi normal [...] yo lo sentí como un alivio. Porque varias de las personas con las que he platicado [...] concuerdan con eso siempre, que literal, es un *detox* de lo que es un psiquiátrico. Puedes conocer otras personas incluso [...] y en cuanto a la concepción de lo que es como, nosotros como psiquiatras, pues si [...] mucho médico tiene la visión tradicional de...es psicoanálisis y todo eso. Freud. Y cuando uno les empieza a explicar como...no pues que en el delirium están involucrados ciertos neurotransmisores, etc. Lo ven así como: ¿en serio? O que nosotros manejemos como ese tipo de cosas si es como [...] pues no sé, como impresionante para ellos, ¿no? Si es como ahí, un choque incluso para ellos de lo que esperan del psiquiatra. [Entrevista del 12 de agosto del 2020].

Por tanto, aunque el psiquiatra pueda salir físicamente de la institución mental, y se quite el gafete laboral o la bata que lo identifican, una vez que se le vincula con su disciplina a través de la conversación es un sujeto que puede ser estigmatizado. Este fenómeno,

---

<sup>7</sup> Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

<sup>8</sup> Cada año de la residencia médica es especificado por una letra “r” y un número. Por ejemplo el “r 1” es el primer año de residencia médica y el “r 2” es el segundo año.

<sup>9</sup> Nombre coloquial dentro de la psiquiatría con el cual se hace referencia a la Paidopsiquiatría. Esta última es una subespecialidad enfocada en niños y adolescentes.

analizado por Goffman [1963: 12, 14, 27], permite distinguir entre los sujetos sociales que están ya desacreditados (*discredited*) y los que son desacreditables (*discreditable*). De acuerdo a esta propuesta, los primeros ya tienen un estigma conocido, generalmente a la vista de todos los miembros de la sociedad, pero a los segundos no se les asume o no se les percibe su estigma inmediatamente. Por eso, los estigmas físicos como las deformaciones, las características raciales o incluso los trastornos mentales graves catalogan a los sujetos ya desacreditados. Mientras que los individuos desacreditables son aquellos que están a merced de ser descubiertos. Asumiendo que los psiquiatras no son vistos como médicos “normales”, como lo estaré documentado con mis entrevistas, estos especialistas están expuestos a ser desacreditables en el contexto social de los médicos. Y dan cuenta de ese hecho cuando tienen contacto con otros galenos.

## La Medicina como factor de ascenso social

---

### El valor del médico con la venta de la salud

De la misma forma en la cual las personas necesitan alimento para mantener la vida, puedo hacer notar que se necesita de la salud para lograr enfrentar la vida en sí misma. Así, el trabajo fabril o campesino requieren que el proletariado o el campesinado se encuentren sanos, de lo contrario no se puede garantizar un ingreso, y por tanto, su propia subsistencia y reproducción [Althusser 1971]. Por ello, la búsqueda de la salud no se limita a un fetichismo, por lo menos, no en principio.

Sin perder de vista lo ya mencionado, analizar la salud es una tarea complicada, ya sea porque sus definiciones son debatibles o porque las mismas están ubicadas en un imaginario intangible [Goldberg 2010, Menéndez 2018]. Aún así, es muy seguro que en el debate se pueda coincidir con la siguiente idea; todos deseamos tener salud en nuestras vidas, sea lo que eso signifique. Dicho de otro modo, la salud es un “significante vacío” [Laclau 2005:163-197], que puede ser llenado acorde a lo que cada uno entienda, convenga o requiera. Aún así, a pesar de no tener una estructura física, ese significativo vacío funciona como un constructo que puede tener un “valor de uso” en la medida en la que existe como un constructo social [Marx 1867]. Por lo mismo, la salud es algo que se puede vender, no solo en la forma de un tratamiento o una cura, sino incluso como recomendaciones o indicaciones preventivas.

Por otro lado, para Marx [1867: 137] el valor de las cosas solo puede existir a través de la interacción social, sobre todo en la medida en que el trabajo es la “objetividad” que materializa el valor de las mercancías. Es decir, que el trabajo es un elemento común dado

por la sociedad que puede ayudar a determinar el valor de uso de un objeto que pretende ser comercializado. Siendo necesario destacar que para el filósofo alemán, en dicha objetividad, “no entra un solo átomo de materia” [Marx 1867: 133]. Al seguir a Aristóteles acepta que la relación de los hombres entre sí, y el valor al trabajo que estos le otorgan, son en gran medida parte del valor de uso de las mercancías [Marx 1867: 147]. Por ello, el esfuerzo que realiza un ser humano en la búsqueda del conocimiento puede ser investido de un valor de uso, una vez que este conocimiento es dispuesto para su venta o intercambio con otro ser humano, o sea en la interacción social.

En el ámbito de la salud, la Medicina como un servicio clínico obtiene de las ciencias como la biología, la química, la fisiología y la anatomía datos que pueden usarse para un beneficio sanitario. Lo cual significa que los conocimientos de las ciencias básicas obtienen un valor de uso, y por tanto se convierten en bienes preciados por la población en la medida en que esos datos científicos pueden ser usados para curar una enfermedad determinada. Siguiendo a Marx [1867: 128], antes de este proceso de exposición al mercado del producto que llamamos conocimiento, se le debe considerar simplemente el resultado de las indagatorias de una mente curiosa. Pero como el conocimiento científico no es fácilmente descifrable para su uso sanitario, de la misma forma que una materia prima tiene que ser moldeada por las manos de un experto artesano, el médico analiza el conocimiento básico para después ofrecerlo al mercado no científico en forma de terapéuticas que pretenden recuperar la salud. Por ello las personas necesitan ser capacitadas como profesionales en la materia. Dicho con otras palabras, un médico debe traducir con “trabajo clínico” los conocimientos generados por biólogos, fisiólogos, químicos o anatomistas, en un producto que llamará “diagnóstico”, “tratamiento” o “pronóstico”. Los cuales, a su vez, le serán de utilidad económica, pues con ellos logrará un

ingreso. Logrando concluir que la producción del conocimiento médico, aunque cualitativamente es distinta al esfuerzo físico de un sastre o un tejedor, también es un trabajo [Marx 1867: 129].

Ahora bien, dice Marx que el valor de uso, puede ser relativo a la opinión general de la sociedad, que suele imponer a su vez un “valor de cambio” [Marx 1867: 173-180]. Lo que significa que el trabajo no es la fuente única ni exclusiva de los productos y sus valores de uso, y por ello no es el único atributo que le da un valor material al producto final. Lo cual obliga a recordar que los valores finales de las mercancías pueden también ser impuestos por la realidad social [Marx 1867: 133]. Por ejemplo, para mí sería fácil asumir que una consulta de medicina general, debería costar lo mismo que la de un nutriólogo, o un psicólogo, pues al final de cuentas todas son consultas en grado de licenciatura. Sin embargo el valor de cambio, como señala el filósofo alemán, puede ser algo muy inestable, y variable, en este caso dependiendo del valor social asignado a cada disciplina. De la misma forma que las mercancías materiales poseen una forma común de valor que contrasta muy llamativamente con las abigarradas formas naturales de sus valores de uso. Expresando este fenómeno en la forma dinero [Marx 1867: 133]. O dicho de otro modo, la cantidad de dinero que se necesita para conseguir uno u otro producto, ya sea material o inmaterial puede variar más allá de la unidad que llamamos trabajo o esfuerzo. Por ejemplo en “Farmacias de Similares”<sup>10</sup> una consulta médica costaría 35 pesos mientras que la consulta de psicología en el sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) municipal de Puebla cuesta 60 pesos<sup>11</sup>. Es decir, el DIF municipal gana poco menos del doble con la consulta de uno de sus psicólogos que un médico con su trabajo clínico dentro

---

<sup>10</sup> Las farmacias de similares es un término genérico usado para un tipo de farmacias que ofrecen medicamentos genéricos a costos muy bajos y que tienen contratado a un médico general para ofrecer consultas a precios muy bajos.

<sup>11</sup> Dato obtenido directamente de una trabajadora del DIF local en Abril del 2021



de una Farmacia de Similares. Concluyendo que el contexto social puede tener un papel importantísimo en fijar los costos con los cuales el ciudadano común accede a la salud, no con la base de una profesión, sino también con fundamento al contexto en el cual el clínico se desempeña.

Empero, si quisiéramos fijar los costos de un servicio clínico a partir de medir el tiempo invertido en el esfuerzo o el trabajo clínico, se puede asumir que el médico que trabaja en Farmacias de Similares, sí solo dedica 15 minutos para lograr llegar al diagnóstico, debería ganar menos que un psicólogo del DIF que ofrece por lo menos 45 a 50 minutos de su tiempo. A este respecto yo reflexionaría si el valor de una consulta médica estaría dado por el tiempo invertido en los estudios profesionales, o por el valor del tiempo que se dedica a la atención del paciente, es decir al tiempo de la consulta y lo que esto conlleva. Que para el ejemplo de la Medicina implicaría la elaboración de una historia clínica y de la exploración física, como mínimo, pero podrían incluirse la solicitud y la interpretación de los estudios de laboratorio.

Así las cosas, escribe Marx que después del trabajo solo queda una consideración de la forma en que se ha invertido ese trabajo, una “espectral objetividad” derivada del entorno social [1867: 123]. Por ello, si de todos modos el trabajo físico se valora en imaginarios inmateriales, entonces es posible hacer una analogía con el tiempo invertido en el estudio. De hecho, aunque se entendería que la inversión y el esfuerzo del estudiante de fisiología, biología, química o farmacología puede convertirse en valor de uso, es solo el profesional clínico — en otras palabras, el psicólogo, el optometrista, la enfermera y el médico —, quien puede convertir esa inversión en la salud que puede ser adquirible por la población general o el vulgo. Es decir, estas profesiones se convierten en intermediarios en la mercantilización del conocimiento al masificarlo.

Pasando al mercado laboral del personal sanitario, se debe notar que una “buena oferta en salud” incluye la expectativa de un personal sanitario bien entrenado, capaz de ofrecer las mejores prácticas de atención clínica al alcance de los ciudadanos. Esa población puede acceder a esos servicios como “población clientela” o como una “población derechohabiente” dependiendo del modo de producción [Altusser 2014], es decir, el modo con el cual un estado produce y reproduce su capital humano especializado en la atención clínica [Becker 1993]. En otros términos, el médico puede tener un papel de empleado proletario, y ganar un ingreso cuando ejecuta su trabajo como trabajador público contratado por el estado, o también como un trabajador proletario contratado por un nosocomio particular. En ambos casos, ya sea en el del servidor público o en el del trabajador privado, se debe contratar al médico para disminuir los costos del servicio clínico aumentando el volumen de clientes, o pacientes, Este último hecho permite que, por ejemplo, los gastos en salud sean más eficientes para la administración pública, y que la ganancia sea mayor en el caso del sector privado. En el mismo sentido, ambos patrones, público o privado, deberían dar los insumos necesarios, incluyendo los artículos de revisión académica, para que el médico pueda continuar ejerciendo de forma actualizada su labor. Ya sea, para que cuente con recursos materiales modernos y actualizados, o para que tenga acceso a los artículos más recientes que le permitan actualizar su conocimiento.

Empero, el médico también aspira al papel del “pequeño empresario o pequeño capitalista” cuando oferta su conocimiento como médico privado, donde es independiente, por lo menos de un patrón. Es decir, se autoemplea. Incluso, cuando el ingreso por su trabajo es suficientemente elevado puede aspirar a contratar una secretaria u otro personal administrativo. De hecho, el médico también puede obtener ganancias delegando tareas de carácter técnico. Dicho con otras palabras, este tipo de galeno puede iniciar la contratación

de otros médicos para suplirlo en los horarios en los cuales él necesita atender alguna otra actividad, pagando al médico proletario una fracción de la ganancia total.

## El valor del médico desde un punto de vista moral

Para este momento empezaré por hacer una pregunta: ¿Qué motiva a un bachiller a estudiar Medicina? De acuerdo a lo que he revisado previamente con respecto al ingreso económico, podría responder que el dinero. Sin embargo hay otras motivaciones, que tienen que ver con el prestigio social o moral de la profesión. Por lo menos así parece para el sociólogo Pierre Bourdieu, quien refiere que la carrera de medicina ha contado con un gran aprecio social y cultural, siendo sumamente atractiva para las clases dominantes [Bourdieu, 1979: 82, 83, 101, 156, 219, 265]. De esta forma, el médico obtiene su seguridad económica y laboral a partir del valor social que tiene su trabajo clínico, el cual está institucionalizado con su título profesional, pero también obtiene un valor cultural resultado del imaginario colectivo donde el médico pertenece a una clase media alta gracias a esa seguridad económica y laboral que le da un trabajo ampliamente demandado. Con lo que podemos entender que el antecedente de haber dedicado gran parte de su vida o de su tiempo a la formación académica permite que los médicos interpelen a la sociedad y se sientan con el derecho de hacer valer sus años de formación [Bourdieu 1987]. De esta forma el médico poseedor de una inversión importante en conocimiento, y además poseedor de un certificado emitido por una institución oficial es capaz de tener un valor en el imaginario social de la comunidad donde labora.

A principios del año 2020, en las afueras de la ciudad de Puebla, en el municipio de Huejotzingo, y poco antes de que la pandemia por el coronavirus aquejara de forma masiva a la ciudad y al país, murieron tres estudiantes de medicina [Animal Político 2020, Infobae 2020]. Este hecho desató el enojo de estudiantes de pregrado y de posgrado — o residentes — de medicina, tanto de la universidad estatal como de una universidad particular. Por lo

que los estudiantes decidieron marchar a lo largo de una de las avenidas más importantes de la capital estatal gritando: ¿¡Por qué nos asesinan, si somos el futuro de América Latina!?

[Almanza 2020]. Sin demeritar la atrocidad de la tragedia. Esta exigencia permite entender el imaginario de los médicos y sus expectativas para con la sociedad una vez egresados de la licenciatura.

De esta forma queda claro que en el imaginario de los estudiantes se guardan aspiraciones sociales o de clase directamente relacionadas con el valor que debería tener su carrera para el colectivo social. Por lo menos hasta que se enfrenten a las leyes del mercado y empiecen a trabajar en un consultorio de las Farmacias de Similares (ver arriba), donde su trabajo está a disposición del pueblo por un aproximado de 2 dólares<sup>12</sup>. Sin perder de vista lo antes mencionado, vemos como surgen contradicciones entre las expectativas que el sistema educativo y cultural imprime en la mente del estudiante de medicina por un lado, y lo que ofrece el sistema económico y de movilidad social por el otro. Provocando un mercado de trabajo incapaz de satisfacer adecuadamente las expectativas de los estudiantes que esperan el ascenso social con una carrera como la Medicina.

Ahora bien, se debe recalcar que los médicos se forman en un contexto clínico, donde las instituciones formativas no son escuelas sino hospitales, sobre todo para el caso de la formación de posgrado. De tal suerte que, desde el punto de vista del valor social, en los imaginarios de clase que suelen existir en los pacientes, no es lo mismo acudir a una consulta de medicina general en un consultorio de las Farmacias de Similares o de un nosocomio público, que hacerlo en un consultorio del Hospital Ángeles de Puebla<sup>13</sup>,

---

<sup>12</sup> Interrogado en campo y revisado en la internet puede variar desde los 35 hasta los 50 pesos. Respecto a un tipo de cambio de aproximadamente 20 pesos por 1 dólar.

<sup>13</sup> Hospital privado de alto prestigio.

incluso, aunque la consulta ocurra por médicos generales y ambos médicos sean egresados de la universidad pública estatal. Si bien se puede asumir que la plusvalía de uno u otro consultorio también podría ser atribuido a la expectativa de un mejor servicio o de mejores condiciones en el consultorio, la realidad es que mientras ambos sean servicios de consulta general difícilmente se incluirán insumos materiales más allá de los que establece la norma oficial mexicana para consultorios de medicina general<sup>14</sup>. Ya sea que se ubiquen en una Farmacia de Similares, en el Hospital General Del Sur o en el Hospital Ángeles de Puebla.

Con todo lo anterior se puede concluir que el plusvalor obtenido en ciertas condiciones de aprendizaje, educación o capacitación clínica provocan un fenómeno de atracción para las clases hegemónicas o privilegiadas. Y por tanto serán acaparados para beneficio de los Aparatos Ideológicos del Estado (AIE) [Althusser 2014: 113], porque las personas con mayor poder adquisitivo se reservan las mejores condiciones para el ingreso a las instituciones con elevado prestigio académico [Bourdieu 1987]. En este ejemplo se encontrarán modelos de formación en contextos de privilegio social, donde hay una influencia notable del origen social del médico o de cualquier otro profesional sanitario para su aceptación.

Pero los sistemas de “membrecías” u ofertas académicas relacionadas con el poder del ingreso no deberían sorprendernos en contextos donde descaradamente se entiende este hecho. Es decir, un médico que trabaja como profesional en un hospital escuela<sup>15</sup> privado podría tener preferencia en la admisión de su hijo, si este último estudió Medicina y quiere hacer su especialidad en dicho nosocomio. En realidad, el verdadero tema de interés hacia el cual quiero atraer la atención son las diferencias de clase que se encuentran en el ámbito

---

<sup>14</sup> NOM-005-SSA3-2010, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.

<sup>15</sup> Hospitales diseñados para la formación de recursos humanos. En México avalados por la CIFRHS

del servicio público. Por ejemplo, las diferencias relacionadas con la capacitación especializada en Institutos Nacionales o Centros Médicos respecto a los hospitales generales y de la provincia en el sistema nacional de salud [Foro ENARM 2021]. De los cuales, vale la pena aclarar, las diferencias deberían estar directamente vinculadas con supuestos de planeación estadística, competencias académicas y administrativa en salud, y no con el prestigio social. Sin embargo, su acceso pareciera depender más de factores sociales o políticos que de justificaciones clínico-administrativas, no solo para quienes pretenden usar sus servicios, sino también para quienes buscan formarse profesionalmente en ellos, y para quienes pretenden encontrar un espacio laboral en sus “cuatro paredes”.

De esta forma el prestigio que se ganan algunas instituciones de tercer nivel, es decir los Centros Médicos y los Institutos Nacionales, es gracias a sus constantes esfuerzos por mantenerse como instituciones de investigación clínica y de “calidad” que logran una buena reputación, que a su vez será conferida a sus egresados. Por eso, no es raro que en México, si un médico busca una formación que le invista automáticamente de prestigio social tienda a buscar una de estas sedes como primera alternativa para su especialización profesional. Siendo importante notar que, aunque son instituciones públicas su prestigio suele transmitirse a sus egresados. Con lo que el graduado se ubica en un estatus de privilegio, por lo que se puede notar que la división social del trabajo también va más allá del carácter técnico o académico [Althusser 2014: 69].

Por eso, el modelo de producción de conocimiento, ya sea de tipo científico, sanitario o clínico en México sirve también para la generación de capital humano con cierto “prestigio”. Recalcando que los medios de producción con los cuales se genera ese conocimiento y ese valor social no son privados, sino que se obtienen en mayor medida por el dinero público. Empero, en muchas ocasiones el médico especialista no es asimilado

dentro del sistema público sanitario. Notando que la implementación del sistema sanitario en el país se define más por la relaciones de producción y no por los medios de producción [Althusser 2014].

Todo lo que he referido en líneas previas será analizado en las siguientes secciones para el caso del Batán y lo que significa como institución al compararlo con otros hospitales que podrían tener un prestigio distinto. Para el caso mexicano, las comparativas más evidentes son el Instituto Nacional de Psiquiatría y el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.



## La especialidad de psiquiatría en México y en la ciudad de Puebla

---

### Revisión histórica y contexto local

La educación especializada en psiquiatría donde el médico especialista reside en la institución de formación se inició hasta el año de 1948 dentro del Manicomio General de México, “La Castañeda” [Sacristán 2010, de la Fuente, 2014]. De allí el motivo por el cual se usa el término de “residente” para éste tipo de médicos en entrenamiento intrahospitalario, Sin embargo, la introducción de la Psiquiatría como materia dentro de la Medicina en México ocurre desde finales del siglo XIX por la iniciativa del médico Miguel Alvarado, quien por aquel entonces se desempeñó como director del hospital para enfermos mentales “La Canoa” [de la Fuente 2014: 523-530]. En aquella época se daban algunas clases al lado del enfermo con la intención de perfeccionar la formación sobre patologías mentales en la Escuela de Medicina, Hacia principios del siglo XX Juan Peón del Valle y, un poco después, Enrique O. Aragón impartieron clases sobre el tema, pero fue en realidad hasta 1922 cuando José Meza Gutiérrez impartió un curso de psiquiatría en la carrera de medicina, empero fue apenas una materia optativa en el 6º año de la carrera [de la Fuente 2014]. Posteriormente, ya con el sistema de residencias, se formalizaron cursos en los sanatorios privados de los doctores Rafael Lavista y Samuel Ramírez Moreno [de la Fuente 2014]. Hacia la década de los años 1950 se desarrollaron cursos en el Hospital Central Militar, se fortaleció el de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) y se inició el de la Universidad Autónoma de Nuevo León [de la Fuente 2014].

Para 1951, la UNAM estableció un curso formal de especialización en psiquiatría por la iniciativa de Raúl González Henríquez y Guillermo Dávila con una duración de dos años, el cual se ha venido perfeccionando a lo largo del tiempo. Al día de hoy, de manera coordinada, se imparte en diversos centros hospitalarios tanto de la Secretaría de Salud como de las instituciones de seguridad social y del sector privado [de la Fuente 2014]. De hecho en la actualidad el curso de psiquiatría tiene una duración mínima de 4 años [CIFRHS 2018: 52]. Y desde hace 45 años, la posibilidad de hacer una especialidad en psiquiatría implica la realización de un Examen Nacional de Residencias Médicas o ENARM, considerado el "instrumento objetivo y consensuado de medicina general, que constituye la primera etapa del proceso para ingresar al SNRM (o Sistema Nacional de Residencias Médicas)" [CIFRHS 2021]. Por lo menos en México y por lo menos para la mayoría de los psiquiatras egresados de la especialidad [de Allende 2001].

Durante los años subsecuentes la enseñanza de la psiquiatría en diversas entidades federativas también se ha desarrollado [CIFRHS 2018]. Y aunque Juan Ramón de la Fuente [2014] destaca para Puebla el caso de Ignacio Rivero Blumenkron, desde que yo vivo en la ciudad — ya 5 años —, me ha parecido que el nombre más reconocido como autoridad en la enseñanza y en la investigación de la materia es el de la Dra. Carmen Lara Muñoz, a quien tuve la oportunidad de entrevistar por videollamada el 31 de Marzo del 2021. Así, en Puebla, mi investigación encontró que la formación de los psiquiatras ha pasado por varias etapas, pero la mayoría no están documentadas en archivos al alcance de los investigadores sociales. De hecho, el contexto pandémico hizo mucho más complicado el acceso a documentos, si es que los había.

Con tales antecedentes, durante mi trabajo, después de las varias visitas que realicé al hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, el 15 de Septiembre del 2020 me enteré de una

desagradable noticia. Los archivos que me permitirían construir fácilmente un cronograma de la historia y la evolución de la residencia de psiquiatría en el Batán simplemente no existían. Ese día, después de esperar por casi una hora su llegada, se presentó conmigo una doctora joven, quien era la coordinadora de enseñanza. Por lo menos para las expectativas de un puesto que suele relacionarse con la experiencia y la edad, aquella joven médica me invitó a exponer mis inquietudes y cuestionamientos en su oficina. Aunque ella fue muy amable también debo decir que se notaba un tanto obcecada y fastidiada de su jornada. De hecho, tuve la oportunidad de platicar casi por dos horas, en las cuales, con actitud de fastidio y decepción para con su institución laboral, y casi como una catarsis<sup>16</sup> me hizo entender que no hallaría archivos históricos sobre la especialidad. Pues ni ella los había encontrado. Desde ese desilusionante día deambulé un rato entre varias personalidades e instituciones, hasta que me recomendaron acudir directamente con la fundadora de la residencia de psiquiatría para la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), la doctora “Lara”.

La Dra. Lara me informó que los médicos especialistas en psiquiatría que ingresaron por medio del ENARM en Puebla, lo hicieron hasta la segunda mitad de la década de los noventas, cuando la BUAP empezó a recibir médicos para su entrenamiento en su hospital universitario. Esto significa que cuando se comenzó con la impartición de la especialidad en la ciudad ése curso tuvo un enfoque de enlace. En el cual, como he mencionado previamente, la enseñanza de la especialidad ocurre en un hospital general no psiquiátrico. Pero, después de “algunos años” se decidió trasladar la especialidad al Batán, donde actualmente “los residentes atienden pacientes crónicos” [Grabación y entrevista a la Dra. Lara del 31 de Marzo del 2021]. Ello no significa que el hospital psiquiátrico local

---

<sup>16</sup> En psicología, la liberación abrupta de las emociones negativas.

careciera de residentes, de hecho durante muchos años, de acuerdo a la información que recibí entrevistando enfermeros y médicos con varios años de trabajo [28 de Febrero del 2021], en el hospital psiquiátrico se recibieron rotantes de otras universidades como la Universidad Nacional Autónoma de México y la Universidad Autónoma de Guadalajara (UAG). De hecho, esta última institución incluso fue creadora de residentes poblanos para un manicomio privado local en el Municipio de Cholula. En la periférica zona metropolitana de la ciudad capital.

Para el caso de Puebla, cabe aclarar, que durante muchos años el curso de la universidad privada tapatía generó personal especializado que aparentemente no pasó por el “filtro ENARM”. A decir de la Dra. Lara “de forma un tanto irregular” hubo médicos que hicieron la especialidad en psiquiatría sin pasar o incluso sin hacer el examen nacional de acceso a las residencias médicas, y que lograron adscribirse como especialistas gracias a ese diplomado. Al respecto, en los 5 años que llevo viviendo en la Ciudad de Puebla, ya había escuchado por parte de otros psiquiatras que sí fueron formados con el filtro del ENARM, y que trabajaban de forma privada o pública en la ciudad de Puebla. Pero ningún egresado de la Universidad Autónoma de Guadalajara me habló de dicha situación, siendo evidente que el tema resultaba incómodo. Este detalle, menor para algunos, hace notar una diferencia en el acceso a un título institucional de especialidad y a la manera en la cual el mismo se usa para convertirlo en un fundamento que permita aumentar el ingreso económico [Bourdieu 1987]. Ya sea que ese capital cultural se convierta en una plaza o base dentro de un trabajo asalariado público o en una mejoría en los ingresos dentro de una consulta privada de especialidad, la cual obviamente se espera que sea mejor pagada que la de un médico general. Si bien algunos psiquiatras egresados del diplomado tapatío se han ganado su prestigio con la base de su trabajo profesional, queda la duda en el ámbito

académico. Aclarando que, por sorprendente que parezca, esas cédulas de especialidad no son ilegales. De hecho el problema con esos cursos no es necesariamente de calidad clínica en el entrenamiento de los psiquiatras que ejercen su trabajo en Puebla, puesto que en la historia de la especialidad las primeras residencias se iniciaron al amparo de médicos generales interesados en el tema que se volvían expertos por su trabajo y vocación [Sacristán 2010, de la Fuente 2014]. El problema en todo caso, sería que al momento en que se establece el curso de la Universidad Autónoma de Guadalajara ya había una metodología específica para el ingreso a la especialidad por medio del ENARM [CIFRHS 2021].

Abonando a las diferencias institucionales en la expedición de títulos, hay varios especialistas en México — no solo en Psiquiatría —, que tienen cédulas expedidas y avaladas solamente por la secretaría de salud, y no por instituciones universitarias. En la actualidad, este hecho es raro porque, por ejemplo, los egresados de la Psiquiatría – y otras especialidades médicas – al terminar su formación suelen recibir dos títulos, uno que es amparado por una universidad, por ejemplo la UNAM o la BUAP, y otro que valida una institución sanitaria o la sede donde se entrenaron, por ejemplo, el IMSS<sup>17</sup> o el hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano. Pero al final de cuentas, en la actualidad es el título universitario el que certifica la cédula profesional expedida por la Secretaría de Educación Pública (SEP). En el caso de la especialidad de psiquiatría infantil, hasta mediados de los años noventa, este curso era de entrada directa y no fue avalado por la UNAM hasta 1996 [Márquez-Caraveo et. al 2017]. Pero en la actualidad, hacer Psiquiatría Infantil implica terminar primero los 4 años de la especialidad en psiquiatría general antes de hacer los dos años de lo que ahora se considera una subespecialidad en psiquiatría infantil y de la

---

<sup>17</sup> Instituto Mexicano del Seguro Social

adolescencia<sup>18</sup>, generando una diferencia en los años formativos entre las distintas generaciones de egresados de una misma sede, el Hospital Psiquiátrico Juan N. Navarro, el único de su tipo en Iberoamérica. Pues las generaciones más antiguas solo tienen títulos expedidos por la institución sanitaria.

El punto de estas observaciones es hacer notar la diferencia de clase que le significa a una persona tener la posibilidad de contar con una especialidad, sin importar el método de acceso a ella. Al final de cuentas el valor cultural o social asociado con un título de posgrado se traduce en un mejor ingreso económico [Bourdieu 1987]. Y sin importar el método de acceso al título de “médico especialista”, esos diplomas parecen redituar de una u otra forma a quienes los consiguen.

---

<sup>18</sup> Requisitos de ingreso al curso de especialización de psiquiatría infantil y de la adolescencia desde el 2018. <https://www.gob.mx/salud/sap/acciones-y-programas/hospital-psiquiatico-infantil-juan-n-navarro>

## La realidad de los residentes, y sus decisiones

Se puede empezar a notar que en las circunstancias actuales el deseo por hacer una residencia médica en psiquiatría, como del resto de las especialidades, pasa por la búsqueda de dos cosas, por un lado aprobar el examen nacional de especialidades, y por el otro el de encontrar la mejor sede de formación. En este último punto se pueden destacar diferencias relevantes respecto a las propias sedes. Por tal motivo analizaré de forma general el resultado de las entrevistas realizadas a lo largo de mi investigación. En total podría contar 7, hechas a médicos, de las cuales tres entrevistas fueron grabadas en un entorno controlado, es decir por videollamada o en un café, y las otras 4 se realizaron durante una visita de campo al hospital psiquiátrico el último día de febrero del 2021. Las primeras tres fueron hechas a dos mujeres y un varón, pero todas las que realicé en el manicomio se hicieron a hombres. Las últimas no fueron grabadas porque sentí que al estar presente una grabadora no existiría suficiente fluidez en las mismas, Al final de cuentas me interesaba que los residentes médicos no se sintieran increpados u observados, lo cual, era imposible pero se acentuaría y potenciaría con la presencia de una grabadora. Con lo que le di más énfasis a la libreta de notas. En el mismo sentido las entrevistas documentadas de forma escrita ocurrieron durante una visita al Batán, con observación directa, incluso mientras se evaluaban pacientes. Cabe agregar que, en el caso de las primeras, una de ellas ocurrió con una médica especialista ya egresada, pero que se formó en el hospital psiquiátrico local, y en todos los casos platiqué con médicos que fueron o son residentes seleccionados a través del ENARM.

Para hacer notar la importancia de las señales y los atributos que diferencian a los individuos “normales” de los estigmatizados, me basta mencionar que durante mi visita al

“Rafael Serrano” se me recomendó el uso de la bata blanca. Una señal inequívoca de que pertenecía a los médicos y no a los pacientes. De hecho dado que el término “residente” es en sí mismo un sinónimo de inquilino, se puede comprender que la bata distingue a los inquilinos médicos de los inquilinos pacientes. Con lo que, al analizar este punto con la reflexión que hace Goffman [1963: 12, 14, 27], permite comprender que la bata ayuda a distinguir entre los sujetos sociales que están ya desacreditados (*discredited*) y los que, por cuestiones de interacción social se esmeran en no ser desacreditables (*discreditable*), uniformándose como lo haría otro médico no psiquiatra.

Así, de todas las entrevistas, solo un médico, residente de primer año, refirió que seleccionó al Batán como su primera opción después de aprobar el examen nacional de residencias médicas. De tal suerte que la dificultad de hacer una especialidad en México no concluye con la aprobación del examen nacional, pues una vez lograda esa meta el médico seleccionado con el ENARM debe buscar una sede u hospital para hacer su especialidad. En el caso de la mayoría de los entrevistados, la opción del Batán fue un hecho circunstancial, con el cual se encontraron después de ser rechazados por su primera opción. “Pablo”, como llamaré al residente de primer año que me dio la tercera entrevista, me indicó que solo tres de sus compañeros de generación seleccionaron como primera opción el Batán, siendo el factor de interés primario para hacerlo el conocimiento de la ciudad y el hospital psiquiátrico. Así como compromisos locales ya adquiridos en la ciudad:

- Yo: ...pues “Pablo”, porque decidiste el Batán. ¿Qué te motivó?
- Dr. Pablo: Pues fueron varias cosas, o sea, para empezar aquí hice la...Medicina. Y desde antes de entrar a Medicina yo ya quería Psiquiatría [...] y entonces desde que entré [a Medicina] me enteré que existía el Batán. Entonces siempre me generó como mucho interés ir al hospital y durante la universidad nunca tuve prácticas. Entonces nunca lo pude conocer. Ya mucho, mucho tiempo después un amigo que hacía prácticas allí de enfermería me llevó a conocerlo, y me gustó. ¿no? Realmente yo ya



iba con esa idea de estudiar Psiquiatría [...] a mí el hospital [no psiquiátrico] ya no me gusta [...] a mí cirugía pues no me gusta para nada...Entonces después del internado estaba dudoso entre [Medicina] Interna y Psiquiatría....Y más que todo por la familia y los amigos...

- Yo: ¿Qué iban a decir si les decías [de la Psiquiatría]?
- Dr. Pablo: Si, es que es eso. O sea, para empezar mi mamá igual es médico, entonces como que ella prefería mil veces Medicina Interna. Y mis amigos, les daba lo mismo pero, pus' igual, preferían más Medicina Interna [...] me di cuenta pues, de que a mí realmente el hospital [no psiquiátrico] realmente no me gusta, o sea. Y estar ahí en Medicina Interna significaba estar en un hospital [no psiquiátrico], el estrés, los adscritos, enfermería, muchas cosas que a mí me molesta, o sea, no dormir, me molesta mucho [...] entonces me pude dar cuenta que no era lo mío.
- Yo: ¿Te tocaron rondas [para seleccionar sede]?
- Dr. Pablo: Yo ya sabía que quería el Batán. Porque, aparte de que me gustaba el hospital [...] tenía muchos planes aquí, o sea, ya realmente como que tengo una vida. Entonces yo soy como muy renuente al cambio y me cuesta mucho trabajo adaptarme a otra ciudad, a otro estilo de vida [...] y entrar a la especialidad significaba como ponerle mucha atención, entonces si me [...] iba a otra ciudad me iba a desadaptar, entonces en lo que me adaptaba a la especialidad siento que iba a ser mucho para mí...Entonces [...] esa fue una que por eso dije [...] Puebla. Entonces tenía otros planes porque mi sobrina quiero que se venga aquí a estudiar, entonces quiero permanecer en Puebla. Y pues prácticamente fue eso ¿no? [Entrevista del 22 de octubre del 2021].

## **CAPÍTULO SEGUNDO:**

### **CONTEXTOS E IMAGINARIOS LOCALES, PERDER EL ESTIMA SOCIAL**

---

En este capítulo contestaré dos cuestiones importantes. En primer lugar, para comprender el ambiente en el que se ha generado y desarrollado la especialidad, los antecedentes históricos del manicomio. Esto implica revisar el contexto internacional y el nacional. Además, agregaré mis hallazgos sobre la vertiente histórica poblana al finalizar la revisión nacional, con lo que se podrá entender el entorno en el que surgió el hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano. Y de esa manera advertir las influencias que dieron origen a este lugar, el cual ha sido también influido por los cambios en el imaginario social y cultural mexicano, originando el Batán hacia finales de los años sesenta del siglo veinte.

En segundo lugar, una vez captada la base histórica de los hospitales psiquiátricos modernos con la historia occidental y la mexicana, me dedicaré a explicar y a narrar las condiciones en las cuales se desarrolló mi investigación, en medio de una pandemia provocada por la enfermedad infecciosa de una nueva variante de coronavirus que ha afectado a los humanos desde finales del año 2019, y que se diseminó mundialmente en el transcurso del 2020 [Macip 2020]. Aún así, hubo la oportunidad de realizar entrevistas presenciales y virtuales, e incluso una breve pero productiva visita de campo, lo cual no considero un hecho menor dado que fue en un hospital, psiquiátrico sí, pero un hospital al final de cuentas. Con respecto a esta última situación, la visita permitió enriquecer el resultado final de este trabajo y particularmente de este capítulo. De esta manera, busco convertir esta sección en una revisión etnográfica mínima, pero suficientemente sustanciosa para entender como antropólogo el desarrollo de la vida académica y clínica de los médicos residentes que se forman para psiquiatras en el Batán.

## El hospicio psiquiátrico y el imaginario de terror asociado

---

### El psiquiátrico en el ámbito internacional

De acuerdo a Edward Shorter [1998], por lo menos en Europa, hasta la segunda mitad del siglo XVIII los enfermos mentales graves eran contenidos, predominantemente bajo el resguardo familiar en sus propias casas o, en pocos casos, reclusos dentro de lugares “especializados” para el “cuidado” de los trastornados mentales graves. Allí, los enfermos mentales eran tratados “sin tolerancia ni complacencias [...] con una salvaje falta de sentimiento” [Shorter 1998: 14-16]. De hecho aunque existían instituciones de asilo, es hasta el siglo XIX que se considera la aplicación de terapias con fines curativos ya que previamente los hospicios mentales tenían prácticamente la única función de custodiar [Shorter 1998: 19], Tampoco la Psiquiatría fue una disciplina relevante para los médicos, por lo menos hasta finales del siglo XVIII, con la llegada de galenos como Philippe Pinel, entre otros [Shorter 1998: 20]. Pero la importancia de Pinel está mal comprendida, pues lejos de lo que se piensa, el médico francés no “liberó de las cadenas” ni del encierro a los inquilinos de los asilos mentales franceses, más bien, con la misma idea que sus contemporáneos promovió la importancia del internamiento como una opción terapéutica efectiva, hecho que se documentó con un artículo de su autoría publicado en 1801 [Shorter 1998: 25]. Así las cosas, los cambios que propusieron los psiquiatras a principios del siglo XIX en la atención médica dentro del asilo estaban motivados por la influencia de los avances en el conocimiento anatómico y fisiológico del sistema nervioso, pues esos progresos dotaron de una gran confianza a los médicos de aquella época, quienes se

atreveron a atender problemas clínicos que hasta entonces se consideraban intratables [Shorter 1998].

Es justo decir que las ideas de Pinel sí eran propuestas de mejora, pero estaban dirigidas a la organización de la vida al interior de un asilo [Shorter 1998: 26], y es altamente probable que las ideas de Pinel se hayan visto promovidas, patrocinadas e idealizadas por la política revolucionaria francesa de esa época, antes que por haber sido realmente innovadoras. De hecho, existe evidencia de propuestas similares o previas en otros médicos contemporáneos al francés. Empero, la buena fama de los tratamientos de Pinel fue sobrepasada por las incapacidades económicas de los asilos públicos, no solo en Francia, sino también en el resto de Europa, por lo que el resultado volvió a ser un progresivo abandono político y económico de las instituciones mentales, de los pacientes, y de los médicos que allí trabajaban [Shorter 1998]. De esta forma, se puede ver que la atención de los trastornos mentales ha fluctuado entre la esperanza de las nuevas tecnologías y los avances médicos por un lado, y la decepción y el desamparo de los pacientes y las instituciones por el otro.

En la historia del surgimiento de los asilos o manicomios modernos hay un giro interesante con el alumno de Pinel, es decir con Dominique Esquirol, quien después de aprender la filosofía de su maestro, inauguró su propia institución mental, la *Maison de Santé*, aprovechando su propio prestigio, pero también el de su mentor [Shorter 1998]. Este hecho, abrió una brecha en la historia de la salud mental, ya que la vida de las instituciones mentales privadas como la de Esquirol proponían incluir al paciente en las actividades de los médicos y los enfermeros, con quienes podían incluso comer y convivir. Una vida normal pero lejos de la familia. Este concepto dio pie a propuestas como los “*spas*” y por tanto a los “médicos de *spas*” [Shorter 1998: 37-41], quienes se especializaron en

enfermedades “nerviosas”, creando así dos categorías, tanto de tratamientos, como de médicos y de pacientes. En este sentido, se definieron instituciones para enfermos adinerados quienes podían “curarse” gracias a las “modernas” técnicas de relajación y soporte en instituciones con condiciones privilegiadas que incluían baños relajantes y cuyos médicos tratantes se empezaron a llamar “neurólogos”, porque atendían problemas de “los nervios” [Shorter 1998: 40], y en segundo lugar los enfermos mentales de las empobrecidas instituciones públicas, abandonados y asilados por padecimientos crónicos e incurables, cuyos médicos tratantes se llamaron “alienistas” hasta principios del siglo XX [Shorter 1998] .

Este hecho, en donde la influencia del dinero y el imaginario social o cultural es importante para distinguir a los unos de los otros por estima, estigma y estatus se puede ver hoy en día. Por ejemplo, en el libro *Bipolar Expeditions*, de Emily Martin [2007: 15] se muestra el “sofisticado esfuerzo” que hizo la compañía *Solvay Pharmaceuticals* para introducir medicamentos destinados al tratamiento de la depresión en Japón. Dicha compañía junto con un par de corporaciones japonesas con las cuales compartía derechos para la venta del antidepresivo Luvox, decidieron que sería necesario cambiar el término que los japoneses tienen para describir la depresión. Dado que la palabra original, *utso-byo*, se asocia con una enfermedad psiquiátrica grave la sustituyeron con la introducción de la frase *kokoro no kaze*, que en términos generales significa "el alma se está resfriando". Con esto, Emily Martin nos muestra cómo la idea de una enfermedad cuyos síntomas pueden ser tratados y sobre todo, solucionados, contribuyó a incrementar las ventas de Luvox. Además esa campaña ayudó a la introducción de medicamentos similares, tales como Paxil y Zoloft.

Con todo lo anterior se puede entender que el estigma asociado a las enfermedades mentales que se atienden en el psiquiátrico termina por favorecer también un imaginario “defensivo” por el cual los pacientes deciden evitar la atención de un psiquiátrico público. O en general de un psiquiátrico.

## El psiquiátrico en México

Desde el enfoque historiográfico mexicano se documenta en los inicios de la Psiquiatría Mexicana la influencia y los antecedentes que surgen desde los hospicios religiosos, los cuales fueron las ofertas de atención y cuidado que tuvieron los alienados en México antes del siglo XX [Ríos Molina 2008]. Y cuyos antecedentes han influido en el imaginario popular de la actualidad. Empero, esos imaginarios se han formado a lo largo de una sociedad mexicana cambiante e inestable, con procesos históricos en los cuales la locura empezó a ser concebida como una enfermedad orgánica por un lado, y como un fenómeno social responsabilidad del Estado por otro, situaciones que terminaron por desconectar el cuidado clerical del paciente mental [Ayala Flores 2007]. Si bien, en el caso de los Hospitales de San Hipólito, fundado en 1566, y del Divino Salvador o La Canoa, fundado en 1700, las condiciones llegaron a ser mejores de lo que “pudiéramos imaginar”, por lo menos para el segundo. Un comentario tomado de Andrés Ríos Molina [2008: 74], donde el historiador da cuenta de lo imaginario, y por tanto de las ideas asociadas a un hospital psiquiátrico. Asumiendo como parte de la definición que tienen estas instituciones la suciedad y el abandono.

En su libro *Salvaguardar el orden social. El manicomio del estado de Veracruz*, Hubonor Ayala describe los eventos concatenados que derivaron en la pérdida de la responsabilidad religiosa para con el cuidado de las clases pobres. Quienes originalmente eran atendidas por instituciones de la caridad cristiana, las cuales procuraban el cuidado de poblaciones de enfermos y desvalidos mentales, teniendo como motor de su existencia la virtud evangélica consagrada y solemnizada en una vida de pobreza por un lado, y los recursos del patrocinio de instituciones caritativas laicas y de la misma iglesia por el otro

[Ayala Flores 2007: 15]. Sin embargo, con la apropiación de los bienes eclesiásticos por el estado durante la reforma, hospicios incluidos, el estado adquirió la responsabilidad de administrar y mantener dichas instituciones. Siendo un duro golpe a la beneficencia de esa época [Ayala Flores 2007: 16]. Lo cual implicó un nuevo paradigma en la historia del cuidado de la salud en México que explica, en parte, la creación de la Dirección General de Beneficencia Pública. Desde luego, y para no prolongar esta idea, me limitaré a destacar que el cuidado civil y del estado de los pacientes mentales empezó a transitar por otro tipo de motivaciones seculares, distantes a las religiosas o espirituales.

Para 1898, en el marco del Segundo Congreso Panamericano de Medicina, dos médicos mexicanos presentaron el proyecto de un nuevo manicomio y argumentaron que la Psiquiatría se haría científica cuando se empezara a separar a los locos que compartiesen el mismo conjunto de síntomas. Lo justificaron de la siguiente forma: “si se miran unos a otros se entiende que se miran en un espejo. Así, [separándolos] conseguiremos evitar que se lastimen y perturben las facultades” [Ríos Molina 2008: 75]. Ésta fue una idea en salud mental que se buscó aplicar durante la época del porfiriato, influida por la necesidad de modernizar la atención médica en México, así como para poner “al día” a los alienistas mexicanos. Con la misma ideas, es importante recordar que por aquel entonces, los conceptos de “modernidad” y “vanguardia” eran importados desde Europa, y particularmente desde Francia [Ríos Molina 2008, Sacristán 2016]. Por eso, los miembros de la élite mexicana propusieron “reemplazar los oscuros e insalubres hospitales para dementes, argumentando que dicho deterioro contradecía las ideas científicas del momento” y porque “el número de locos [estaba] creciendo gradualmente”, lo cual terminó por ser verdad de acuerdo a las estadísticas reportadas en fechas posteriores [Ríos Molina 2008: 75].



Con estos antecedentes se inauguró el Manicomio General, la Castañeda, en 1910, en parte, por los festejos del centenario de la independencia de México, pero también como pieza importante en el proyecto porfiriano que buscaba convertir a la capital nacional en el “reflejo fehaciente del ingreso de México en la modernidad” [Ríos Molina 2008: 76]. De hecho, siguiendo las reformas propuestas por Esquirol, se buscó que la Castañeda clasificara y separara a los enfermos en espacios con cierto margen de independencia, además de que el diseño debería facilitar hacerlo con eficiencia [Ríos Molina 2008: 76-77].

Es importante aclarar que, aunque para Andrés Ríos Molina [2008:78], la Castañeda fue concebida como “un gran museo de la locura”, desde el punto de vista médico, y con la descripción que el historiador hace sobre la implementación de los servicios que ofreció el Manicomio General de México, estos deben entenderse como una gran inversión que buscó cubrir hasta el último detalle técnico para garantizar las mejores prácticas clínicas que un manicomio de calidad debía tener. Por lo menos, para las propuestas médicas que, se suponían, eran las mejores alternativas de tratamiento clínico en aquel momento. Sin embargo, como ya hemos visto en la sección anterior, el destino, o la “maldición” de los psiquiátricos se hicieron presentes en México también, de la mano de la revolución mexicana. Así, el paso de los años, la falta de interés y la falta de presupuesto de los gobiernos postrevolucionarios fueron dejando a la Castañeda en un progresivo abandono, el cual ha sido inquietantemente documentado por Armando Pareyón [1975].

En Puebla, por otro lado, específicamente en Cholula, se construyó también un hospital psiquiátrico a las faldas de una pirámide prehispánica en 1910, siguiendo las influencias clínicas y académicas “innovadoras” aplicadas a la Castañeda, si bien este último quedó en manos de los hermanos juaninos, y por tanto de la asistencia eclesiástica [Castellanos-Martin y Topete-Arellano L.R. 2019].

Aún con el interés de curar y egresar a los pacientes, en muchos casos fue la misma familia la que demandaba el reingreso y el internamiento permanente de los pacientes, confrontando frecuentemente las indicaciones dadas por los psiquiatras para el egreso de los enfermos [Andrés Ríos Molina 2008, Sacristán 2016], con lo que se fue generando la imagen de una “psiquiatría débil que ni curaba ni reinsertaba” [Sacristán 2016], a pesar de la promoción estatal y los esfuerzos de las instituciones formadas para ello, como lo fue el Consejo Psiquiátrico de Toxicomanías e Higiene Mental. De hecho la Castañeda pasó a ser parte de las muchas evidencias que permitían confirmar el fracaso de la Psiquiatría como especialidad, asociándola progresivamente a una imagen que incluía su ejercicio en instituciones saturadas, sobrepobladas y abandonadas, y donde era obvia la incapacidad para egresar y “rehabilitar” a sus pacientes [Pareyón 1975, Sacristán 2016].

Así las cosas, en 1956, la Secretaría de Salubridad y Asistencia sostuvo que las clínicas de la conducta eran un lujo; pues aunque las pláticas a padres y maestros brindaban información muy oportuna no transformaban la conducta de los enfermos mentales [Sacristán 2016]. Por ello, no es casualidad el cambio de nombre de la entonces Liga Mexicana de Higiene Mental, por la de Liga Mexicana de Salud Mental [Sacristán 2016], un grupo de notables mexicanos que mantuvieron cierta promoción para la implementación de servicios de salud mental gracias a su contacto con el poder estatal, pero que debido a las razones ya mencionadas cambió su nombre, y decidieron abandonar el paradigma de la prevención (higiene) por el de la atención (salud).

De estos antecedentes, pero sobre todo por el fracaso del modelo que lideraba la Castañeda, se derivó la implementación de un nuevo sistema en salud mental, otra vez. Con un concepto de atención a pacientes agudos por un lado, y por el otro, de asilos o granjas donde se pudieran enviar a los pacientes crónicos. De esta propuesta surgen el Hospital

Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro y el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez al sur de la Ciudad de México, y las “granjas” para enfermos mentales que se construyeron en los Estados de México, Hidalgo y Puebla a finales de la década de 1960 [Salud Pública de México 1967: 555-557].

El manicomio que se instaló en la ciudad de Puebla fue bautizado como “Hospital Psiquiátrico Campestre Dr. Rafael Serrano”, y ese nombre permaneció por lo menos hasta 1984 [Archivo General del Ayuntamiento de la H. Puebla de Zaragoza, Expediente num. “Hospital Psiquiátrico Campestre Dr. Rafael Serrano” Marzo-Abril 1984, Año 1984/1987], en honor a un médico poblano egresado de la Escuela de Medicina local en 1885, y que fue reconocido como alienista desde 1884 hasta 1927, año de su muerte [Robles 2021]. En la actualidad se ha retirado la palabra “campestre”. Para nombrarlo simplemente “Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano”, si bien es también conocido popularmente como “El Batán” [Espinoza 2014 a], apodo derivado del nombre que recibían las máquinas destinadas para dejar las telas más tupidas, lo cual se lograba golpeándolas con gruesos mazos, generalmente activados por una rueda hidráulica, hasta desengrasar y darle el cuerpo deseado al tejido, y que probablemente se ubicaba en el mismo lugar de lo que ahora es el manicomio poblano [RAE 2021].

## El psiquiátrico en Puebla

---

### Una historia con huecos

En Puebla, además del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano han existido en su historia otras instituciones como el Hospital de San Roque [López Roldán 2018] y el Hospital Psiquiátrico de Nuestra Señora de Guadalupe en Cholula [Revistapelotero 2016, Castellanos-Martin y Topete-Arellano 2019]. Recordando que de éste último se han hecho comentarios en apartados previos de esta investigación. Sin embargo, considerando que este trabajo no tiene un trasfondo epistemológico histórico, y que además, dichas instituciones no contaron con médicos residentes en formación, no fue de mi interés analizar una frontera histórica tan alejada como la que se crearía al considerar a esas primeras instituciones de hospitalización psiquiátrica en Puebla. Más bien, por el punto de enfoque que tiene mi investigación, me he limitado a revisar la historia asociada con los residentes en el manicomio estatal poblano, y por tanto, de los residentes en relación con la historia del Batán. En el mismo sentido no quedó claro para mí, ni la formalidad ni la legalidad de los diplomados en psiquiatría “avalados” por la Universidad Autónoma de Guadalajara. Por lo que, sin perder de vista ese antecedente, me evitaré considerar al hospital psiquiátrico de los juaninos como sede responsable de la formación de psiquiatras poblanos, aún cuando muchos de sus egresados sí fueron recibidos como médicos adscritos en el Batán [dato revelado en entrevista del 28 de febrero del 2021 por la médica adscrita del fin de semana]. Ahora bien, hablar de la revisión histórica de los archivos del Batán es hablar de las circunstancias asociadas a esa búsqueda, por lo que pido al lector me dé la oportunidad de narrar ese periplo.

Empezaré por comentar que el periodo en el cual estaba programado mi trabajo de campo, es decir, de junio a agosto del año 2020 fue cancelado por la necesidad de darle prioridad a las recomendaciones sanitarias del gobierno por la pandemia de la COVID-19, enfermedad infecciosa generada por una clase nueva de coronavirus [Organización Mundial de la Salud 2021]. De esta forma, estuve obligado a desarrollar la investigación de forma intermitente, cuando la pandemia lo permitiera y sin apego a la temporalidad trimensual ya señalada, con lo que mis entrevistas se dispersaron y distribuyeron a lo largo del segundo año de la maestría. Este antecedente por si mismo podría ser una buena excusa para justificar la falta de información o revisión documental física del Batán, sin embargo, no lo fue.

Hacia principios del 2020, ya contaba con documentos que solicitaban el permiso oficial para que yo pudiera realizar mi investigación al interior del manicomio poblano, incluyendo el ingreso a los archivos internos. No obstante que dichos permisos contemplaban, de mi parte, la exposición del protocolo al comité de ética en investigación del hospital, hacia finales del año 2021, es decir el momento en que reviso y concluyo la redacción de este proyecto, esa revisión por el comité de ética en investigación no ha ocurrido debido a la parálisis administrativa que se vivió en el hospital psiquiátrico, y probablemente no se haga. En gran medida por las consecuencias de la pandemia, pero también, por la falta de personal académico interesado en la re-estructuración del comité de ética en investigación. De hecho, durante el 2020, y posterior al inicio de la pandemia por COVID-19, muchos miembros que integraban ese comité aprovecharon para deslindarse, no solo del comité sino también como profesores de los residentes [información obtenida en entrevista del 24 de septiembre del 2020 con la titular del departamento de enseñanza]. Así, sin avanzar mucho con los permisos durante meses, después de la primera ola y con el

antecedente de una leve disminución en los casos y muertes a nivel nacional y estatal, a finales de septiembre del 2020 decidí presentarme a la oficina del departamento de enseñanza para pedir, por lo menos, un nuevo permiso que me diera la posibilidad de explorar los archivos del hospital. La sorpresa, es que no había tales archivos, por lo menos no en el Batán.

De manera paralela, desde el mes de julio del mismo año consideré como opción y fuente de datos del psiquiátrico estatal al Archivo General del Estado de Puebla, logrando acceso a principios de septiembre del 2020. La sorpresa es que aunque el hospital psiquiátrico de Puebla es una institución con identidad propia, única y específica a nivel estatal, es decir sin otro hospital igual o equivalente, completamente independiente de otros nosocomios y con medio siglo de existencia [Espinoza 2014a], el Rafael Serrano no contaba con una carpeta propia, ni tampoco con un apartado independiente en el buscador de la base de datos del archivo estatal, por lo que era difícil ubicar archivos o documentos asociados al manicomio local. Durante los días posteriores revisé el material en el cual se sospechaba podría haber información relevante, como las carpetas de la beneficencia, pública y privada, o de la secretaría de salubridad y asistencia con la ayuda de un empleado muy cordial, pero con quien apenas obtuve un solitario papel donde se documentaba la donación del terreno para la construcción del asilo [Archivo General del Estado de Puebla, Expediente num. 9/5-32, caja 90, serie servicios coordinados de salud pública del estado], y algunas hojas de control presupuestal y gastos que incluían el capital moneda que se destinaría a la manutención del psiquiátrico [Archivo General del Estado de Puebla, Expediente num. 9/5-32, caja 70 Oap, serie servicios coordinados de salud pública del estado]. Por tal motivo suspendí la búsqueda, con bastante frustración, ya que, al no haber

un apartado específico del psiquiátrico, lograr encontrar documentos relacionados con el psiquiátrico sería como “encontrar una aguja en un pajar”.

Como referente, basta decir que, con respecto a lo que correspondía a la secretaría de sanidad y asistencia de finales de la década de los sesentas, la gran mayoría de papeles eran de solicitudes al gobernador para la instalación de centros de salud, y sobre todo, para la instalación de agua potable en distintas comunidades rurales del estado de Puebla [Archivo General del Estado de Puebla, Expediente num. 9/5-23 a 32, serie servicios coordinados de salud pública del estado].

Tampoco en el archivo municipal hubo mucha información al respecto. Solo dos carpetas, con no más de 5 hojas cada una, las cuales documentaban peticiones asociadas al “Hospital Psiquiátrico Campestre Dr. Rafael Serrano”. Si bien, pude concluir un hecho de interés con esos papeles: que hasta 1984 el manicomio local no contaba con un camino asfaltado para llegar a él. Pues esos dos archivos tenían documentos que gestionaban esa obra [Archivo General del Ayuntamiento de la H. Puebla de Zaragoza, Expediente num. “Hospital Psiquiátrico Campestre Dr. Rafael Serrano” Marzo-Abril 1984, Año 1984/1987]. Desde este último sitio se me recomendó acudir a las oficinas del archivo de concentración de los servicios de salud del estado de Puebla, en donde me informaron que el archivo sobre el Batán iniciaba a partir del año 2001, y que los archivos más viejos estarían destruidos o desaparecidos, porque no se les llegó a considerar “archivo histórico” para protegerlos.

Toda esta búsqueda me dejó una idea primordial; la ciudad y sus pobladores, incluso sus intelectuales, no han querido recordar en su memoria y en sus antecedentes a su psiquiátrico. Por lo menos no en un sentido oficial. Ciertamente, en los tiempos en que se hizo este trabajo, ya con tantos años de inaugurado, esperaba encontrar abundancia de archivos o libros digitales vinculados al tema, pero no fue así, salvo por las tesis asociadas

al nombre del psiquiátrico en el repositorio virtual de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, donde por otro lado, la información obtenida no es muy descriptiva respecto a las condiciones de los médicos, de los pacientes, ni del propio edificio. De facto, es evidente el enfoque técnico científico cuantitativo, deductivo y positivista de las investigaciones al interior del instituto mental [Sánchez Patricio 2015, Morales Cárdenas 2016, Grajeda González 2019, Puente López 2019, Romero Martínez 2019, Villegas Vargas 2019]. Si bien hay excepciones [Gil Sánchez 2015], las tesis se enfocan predominantemente al estudio del paciente y los trastornos mentales, no así al hospital psiquiátrico, y mucho menos a la historia del mismo. Si bien algunas aportan sobre el desarrollo de los servicios clínicos del hospital psiquiátrico con relación a la población que busca atención en él. Por ejemplo, el fenómeno de la “puerta giratoria” [Albarrán García y Chávez Iñiguez 2015], da cuenta de hechos ya documentados en otros tiempos y en otros psiquiátricos [Ríos Molina 2008], donde pareciera que es la familia y el desgaste asociado al cuidado del paciente mental gravemente deteriorado lo que favorece la cronicidad en la hospitalización, o en otros términos, el abandono. Hecho que, en principio, parece estar lejos del imaginario donde hay un psiquiatra todo poderoso que es investido como autoridad por el Estado controlador para evitar la salida de los alienados, idea desarrollada por Michel Foucault [2005].

Así las cosas, desplacé el sentido de mi búsqueda histórica a la información oral, la cual surge en mayor medida posterior a mi breve estancia del domingo 28 de Febrero del 2021. Aquel día, por recomendación de la médica adscrita, a quien llamaré la Dra. “Zara”, quien ese día estaba como encargada de supervisar la guardia y la práctica de los residentes, me compartió el número de una psiquiatra que creció profesionalmente con el Batán desde su inauguración. No sobra decir, que la Dra. Zara me confirmó la ausencia de datos escritos



sobre el Batán. De tal suerte que el 17 de marzo del 2021 me entrevisté vía *whatsapp* con una doctora que fue fundadora del hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, a veces con mensajes escritos, y a veces con mensajes por audio. Quien por cierto, no autorizó el uso de su nombre para el trabajo, con lo que la llamaré Dra. “Fierro”, y quien había dejado el psiquiátrico dos años antes de mi entrevista. La Dra Fierro me describió los inicios del Batán en una forma que me pareció un tanto idílica. Ella me dijo que los primeros años de la institución fueron a pleno rendimiento, contando con servicios que al día de hoy ya no existen. La doctora también aceptó y habló del deterioro continuo de la institución a lo largo de los años, y de los efímeros intentos por mejorar la imagen del manicomio:

- Dra. Fierro: En realidad no hay nada escrito [...] algunas personas te cuentan la historia, pero no saben [...] De los fundadores del Batán son muchos enfermeros que ya están pensionados. Debo decirte que cuando se inaugura el Fray<sup>19</sup>, los hospitales granjas y el mismo Fray, el Fray era para agudos y las granjas eran para crónicos, pero se hacen basados en una teoría rusa donde [...] aseguran que el paciente psiquiátrico va a mejorar y se va a lograr la inserción en razón de que ellos sean o puedan ser como autosuficientes. Los hospitales granjas eran verdaderos hospitales granjas, tenían conejos. El Batán en la parte de atrás [...] donde ahora está un centro de salud [...] ya modificaron mucho las granjas, ya no existen [las granjas]. Allí había animales y sembraban espinacas, acelgas, verduras, porque la idea era la autosuficiencia del hospital. El hospital cuando se inaugura está perfectamente completo, con personal [...] Era un hospital muy bonito con bastante organización [...] Había hasta una radióloga que nunca ejerció porque nunca llegó el aparato de radiología. El hospital tenía dentista. Teníamos aparato de “electroshock”. En realidad cuando se fundó estaba muy completo. [Entrevista con audiomensaje por *Whatsapp* del 17 de Marzo del 2021].

Con esta última entrevista corroboré, nuevamente, que las buenas intenciones basadas en las teorías innovadoras de la época siempre se usan con la pretensión de resolver las deficiencias con las cuales funcionan los psiquiátricos, siendo aquí el ejemplo previo, la Castañeda. Con tal idea, se puede ver que en los inicios del Batán, el presupuesto, como fue el caso para el Manicomio General de México, acompañó a la iniciativa de los médicos especialistas poblanos, o por lo menos las buenas intenciones y la expectativa de reintegrar

---

<sup>19</sup> Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez

al paciente psiquiátrico a su entorno social. En la misma entrevista, la Dra. Fierro agregó una explicación sobre los motivos por los cuales ella piensa que el psiquiátrico pudo decaer posteriormente:

- Dra. Fierro: Había un militar que estaba como administrador y se encargaba que todo mundo funcionara. Pero había un director que era como muy *light*. Todo lo manejaba el administrador militar, y cuando él [militar] se fue pues ya se empezó a desorganizar todo. Y yo creo que ha aumentado el personal, [pero] las necesidades han aumentado y los psiquiatras hemos cambiado de concepción de la Psiquiatría. Las granjas desaparecieron porque finalmente no era útil. Hubo varios accidentes porque luego los jardineros descuidaban sus instrumentos y algún paciente llegó a agredir a otro paciente, con pésimos resultados.

Respecto a los últimos años del Rafael Serrano, estos también se deben contrastar con la influencia del Modelo Hidalgo, una propuesta que tomó fuerza a finales del siglo veinte en México, y que según la propia secretaría de salud se presentó en contraposición al modelo asilar. Los promotores de dicho modelo asumían que era necesario un enfoque de “Rehabilitación Psicosocial” [Secretaría de Salud 2013, 2014], como si anteriormente no se hubiera considerado. Demostrando que una y otra vez las “muy buenas intenciones” terminaron por no ser concretadas o incluso inadecuadas para la realidad presupuestal y social (ver un análisis más extenso del Modelo Hidalgo en el capítulo tercero). En esta circunstancia de “disco rayado” se muestra claramente un patrón recurrente donde las buenas intenciones al instituir, abrir o inaugurar un psiquiátrico se ejecutan en un episodio de “manía” social donde todo es posible, para posteriormente caer en la melancolía del abandono. En Puebla también se generó la presión suficiente para implementar una alternativa al hospital psiquiátrico local, surgiendo el 11 de Julio del 2003 el Centro Estatal de Salud Mental (CESAME), con el interés de “evitar y retrasar la aparición de enfermedades mentales prevenibles” [Secretaría de Salud 2003]. Este centro mental poblano ha desarrollado sus funciones en paralelo con el Modelo Hidalgo aplicado en otros

estados de la república mexicana, sobre todo en el estado mexicano de Hidalgo buscando la tan anhelada “rehabilitación psicosocial” [Gobierno del Estado de Puebla 2013: 252, Espinoza 2014b, Secretaría de Salud del Estado de Puebla 2020].

Para este punto, es relevante hablar de otra característica común con otros psiquiátricos, su ubicación. Es decir, en la actualidad el hospital Dr. Rafael Serrano ha sido “ingerido” por la mancha urbana, de la misma forma en cómo ha ocurrido con otros psiquiátricos, incluyendo al psiquiátrico infantil de México, y al psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, los cuales en la actualidad, incluso se encuentran en una zona urbana de alto prestigio social, económico y médico, conocida por concentrar la mayoría de los institutos nacionales de salud en México. Pero el tiempo y el crecimiento de la ciudad no han sido tan benévolo con la ubicación del Batán. De hecho la misma carretera — ahora avenida —, que lleva al manicomio estatal desde el centro de la ciudad, conocida como el “camino al batán” es la misma que lleva al reclusorio estatal, y posteriormente al relleno sanitario o basurero, como si el destino diera cuenta del imaginario que prevalece en la sociedad poblana, y fuese traducido por las decisiones administrativas de sus gobernantes,

De esta forma, el Batán no tiene historia escrita, por lo menos no se presume, no se publica, ni como tesis, ni como libro. Y peor aún, cuando se cuela una noticia sobre el psiquiátrico suelen ser alarmistas, y de reproche por la falta de apego a normativas que garanticen los derechos humanos de los pacientes [Morillón 2020]. De ello se puede entender el porqué los reportajes del único hospital mental de la ciudad y del estado apenas y se han querido guardar o preservar en la memoria. Pero lo más importante es que ahora se pueden ver los antecedentes que definen y construyen el escenario social en el cual se desarrolla una residencia que forma y capacita a médicos especialistas.

## El psiquiátrico de Puebla por estos días

Después de un año complicado, y una segunda ola de contagios y defunciones que provocaron la falta de acceso en todos los hospitales a personas ajenas a los mismos por el riesgo de propagar la enfermedad causada por el coronavirus, incluido el psiquiátrico de la ciudad de Puebla, me atreví a solicitar nuevamente a la coordinadora del departamento de enseñanza del Batán acceso al mismo a finales de febrero del 2021. Para mi sorpresa fue autorizado un breve pero productivo ejercicio de campo el domingo 28 de febrero, es decir, el último día del mes. Debo agregar que el antecedente de ofrecerme para dar una clase en línea a los residentes unos meses atrás pudo haber ayudado a generar suficiente confianza por parte de la Dra. “Lorena”, nombre con el que me referiré en adelante a la encargada del departamento de enseñanza.

Para llegar al manicomio desde mi casa conduje por el anillo periférico de la ciudad, el “periférico ecológico”. Pero antes entrar a la desviación que conecta con el camino que me llevó a mi destino un letrero decía; “CERESO RELLENO SANITARIO”. Esas letras me hicieron interpretar con pesimismo el lugar y el destino que los poblanos les dan a sus enfermos mentales, y por tanto a las personas que trabajan con ellos. Me pregunté: ¿qué pensarán los residentes foráneos del primer año al ver esas coincidencias? Es como si la ironía mostrara su peor cara, haciendo alusión al “desecho humano”, a un “ser” que la comunidad ha decidido abandonar o “tirar” lejos para no ser visto, olido o escuchado. Si bien al mismo tiempo ese “humano excluido” es incluido en la sociedad justificando el trabajo y la formación de médicos especialistas que deben recibir un salario o una beca por su “manejo”, “tratamiento” o quizás por su “contención”, o sea un “*homo sacer*” [Agamben 2006, Berrio Puerta 2010]. Pero de esta última idea abundaré en al final de este trabajo.

El citado día llegué aproximadamente a las 8 de la mañana, aunque con algunos minutos de retraso. Decidí dejar mi auto estacionado afuera del perímetro posterior del Batán, y me dispuse a pasar por la caseta de vigilancia. El exterior del hospital psiquiátrico se notaba descuidado y con mucha basura acumulada en la calle, sobre todo entre el asfalto y las banquetas, pero distribuida en forma intermitente a lo largo del perímetro. La exposición y el contacto del psiquiátrico con la calle solo ocurre en su perímetro posterior, que es por donde yo ingresé. El resto del edificio, salvo por una pequeña porción que coincide con otra caseta en la cara anterior, colinda con casas, con el Centro Estatal de Salud Mental (CESAME) y con un río cercano. De hecho la entrada principal, la que colinda con el CESAME también tiene una caseta de vigilancia, y aunque por lo menos está mejor pintada que la parte posterior, también acumula bastante maleza crecida, lo cual, contrasta con el pasto bien cortado del CESAME, por lo menos en la entrada principal de éste último. Como sea, yo entré por la caseta posterior, donde se encuentra un estacionamiento para el personal. Si bien yo no pude acceder, ni meter mi coche hasta la tarde. Los guardias me parecieron bastante relajados, amables y cordiales, nada que ver con lo que se esperaría de una “cárcel” impenetrable o sin posibilidad de escape. De hecho, los guardias me parecieron extrañados cuando me dispuse a registrarme y pedir permiso para ingresar.

Parece ser que al llevar mi bata blanca, heredada de mis años como residente del ISSSTE, no esperaban que fuera necesaria mi solicitud de admisión. Incluso uno de los guardias me dijo; "¿eres trabajador de aquí? ¿No?" Pero con el ánimo de ser honesto, hice la aclaración pertinente. Aún así, los guardias seguían siendo amables, indicándome como llegar al área de consulta externa sin perder la cordialidad. Por otro lado, era evidente que no tenían idea de los motivos por los cuales estaba allí, y tampoco daban la impresión de

comprender muy bien el trasfondo de mi visita cuando se los expliqué. Por ello pienso que la intención era canalizarme lo antes posible hacia cualquier otro personal que sí me pudiera ayudar. Por lo que se limitaron a dejarme pasar, probablemente gracias a la diferencia que hizo la autoridad de una bata blanca, la cual, como mencioné en apartados anteriores había sido solicitada por las autoridades de enseñanza. En otros términos, se puede concluir que la bata blanca hace la diferencia entre los residentes pacientes, y los residentes médicos.

El lugar, aunque impresionaba descuidado, es un “oasis de naturaleza” al interior, por lo menos entre la caseta posterior y el edificio de consulta externa está bastante limpio, sin basura, e impresionaba todo muy sereno y tranquilo. El camino a la consulta externa está flanqueado por árboles grandes en un lado, los cuales por el tamaño se ve que han crecido a lo largo de varios años sin mayores molestias. Esos árboles complementan la reja que separa esa parte del psiquiátrico de unas casas vecinas. Los edificios de concreto en donde se desarrollan las actividades del hospital están pintados de color blanco con azul marino, una aparente herencia del gobierno morenovallista<sup>20</sup>. Al llegar al edificio de consulta externa, de una sola planta pero amplio, apenas y se escuchaba el ruido de la calle, la cual, de por sí, estaba poco transitada ese día. Supongo que al lector le interesará saber que tampoco escuché gritos, ni risas espontáneas liberadas por soliloquios. No había pacientes deambulando y todo se veía muy limpio, trapeado y organizado. Solo me llamaron la atención la colocación de “mantas” de plástico para separar las zonas de trabajo al interior del edificio, pero esta última circunstancia estaba relacionada con las precauciones asociadas a la pandemia. Allí me preguntaron si era de los “nuevos residentes”, lo que me dejó claro que aún no puedo verme como un veterano de la

---

<sup>20</sup> Corriente política mexicana asociada al estilo de gobernar del ex-gobernador Rafael Moreno Valle

Psiquiatría. El comentario se originó porque justo el primero de marzo, es decir al día siguiente de mi visita, entraban los residentes de primer año y se graduaban los residentes del cuarto año, es decir del último, por lo menos de su trabajo clínico.

Todos continuaban siendo bastante amables, también los guardias y conserjes del área de consulta externa. Pero como no tenían claro que hacer conmigo aprovecharon que pasaba por el exterior del edificio uno de los residentes que salía de guardia. Me mandaron a preguntarle. Así, alcancé al Dr. “Pérez”, quien iba camino a la salida, y quien, según los guardias era el jefe del grupo de residentes que terminaba turno, es decir los del sábado. Le pregunté al Dr. Pérez por la residencia médica, el área destinada para el descanso y aseo de los residentes. Me sorprendió nuevamente su amabilidad, y su actitud confiada, pues sin dudar me indicó donde era, e incluso me dio la clave para abrir el candado que me daría acceso al lugar. En este punto quiero hacer notar que el área de hospitalización y asilo está limitada por una segunda reja que delimita otro perímetro al interior del complejo hospitalario, que estaba cerrada con el candado del cual me dieron la clave. Es decir el área destinada para el alojamiento de los residentes estaba dentro de la zona de hospitalización y asilo. No me siento sorprendido del hecho, pues yo también tuve un espacio de residencia en mi hospital de formación. Solo que el Batán realmente está lejos de sentirse como un nosocomio. Al día de hoy he concluido que el Dr Pérez se sintió cómodo y confiado porque me vio con la bata puesta.

Aún era temprano, con un clima templado y fresco, cuando me dirigí hacia la estancia de los residentes médicos por una especie de “pasillo”, sin paredes, con piso y techo de cemento que ayudaba a proteger al caminante del sol. En principio no se veía mucha gente, si acaso alguno que otro guardia que caminaba pausadamente de un lado a otro de esos caminos de cemento que conectaban distintas áreas del hospital campestre,

importantes para evitar pisar áreas con pasto o tierra. Desde el edificio de consulta externa hasta las residencias médicas el camino que atravesé me pareció limpio pero descuidado y sin señalizaciones. De hecho, terminé en la residencia médica porque verbalmente me señalaron el camino correcto, y por tanto sabía a dónde iba, pero ningún letrero me confirmaba el destino. Abrí el candado de la reja y posteriormente entré a un edificio donde se encontraba la residencia.

El edificio donde se alojan los residentes también es de una planta, el cual hasta donde vi, y hasta donde entendí incluía lugar para juntas o reuniones, habitaciones para dormir, y espacios de trabajo. Al entrar me dio la impresión de que los médicos estaban un poco absortos y algo apenados cuando me vieron, pero solo por un tiempo breve, supongo que fue porque no me reconocían, ni sabían lo que hacía allí. Les informé quien era, y de hecho les recordé que en 2020 por invitación de la Dra. Lorena de enseñanza les di una clase de Genética en Psiquiatría. Además, me retiré brevemente el cubrebocas con una tímida sonrisa para que me reconocieran, pues como la clase que les di fue virtual esperaba que recordaran mi cara. Creo que eso relajó un poco las cosas, pero de todos modos, como aparentemente el jefe de guardia no fue avisado de mi llegada se apuró a informar a la médica adscrita de guardia que estaría ese día, e incluso a la Dra. Lorena. El momento incómodo siguió después de la presentación, porque me limité a sentarme en un extremo de su mesa, mientras ellos desayunaban. Afortunadamente no dudé en desayunar antes de salir de casa.

Llegué a la entrega de guardia, pero apenas y alcancé a ver el reporte de su último paciente, el cual fue dado por una residente que ya iba de salida. Y que dejó a sus compañeros para que pudieran desayunar. En el lugar solo yo usaba cubre bocas, pero igual me informaron que ya habían sido vacunados, y que de hecho dos de los residentes



presentes en ese momento habían pasado por un cuadro agudo de COVID-19 algunos meses atrás. Incluso bromearon con una de esas residentes porque su convalecencia coincidió con vacaciones y días festivos, con lo que se ausentó "algo así" como mes y medio. Todos los comentarios alusivos parecían ser emitidos con sarcasmo pero con cordialidad. Uno de los residentes que se quedaron a la guardia de ese día, me preguntó sobre mi historia formativa. Cuando dejé claro mi origen académico como psiquiatra en un centro médico — no en un psiquiátrico —, él no tardó en señalar: "...a mí ese tipo de Psiquiatría [de enlace], siento que no me va..." A partir de ese instante, me sentí ajeno a las charlas, si bien entre ellos parecían amenas y relajadas,

Aproveché que al día siguiente llegarían los nuevos residentes y les pregunté si sabían algo del incremento de plazas para la especialidad de psiquiatría en este año, pues en la promoción del ENARM<sup>21</sup> 2020 se destinaron 341 plazas para médicos mexicanos, de las cuales, varias se destinaron al extranjero, probablemente a Cuba [CIFRHS 2020]. Ese número fue un incremento importante considerando que el año pasado fueron apenas 165 plazas, [CIFRHS 2019], y que ese número no había tenido incrementos tan espectaculares durante los últimos años [CIFRHS 2021]. De acuerdo a una de las residentes que salían de guardia ese día, se rumoraba de casos donde los médicos aceptados a plazas en el extranjero no estaban recibiendo el pago de sus becas, aparentemente porque no hubo una adecuada comunicación e interacción entre las autoridades mexicanas y las autoridades del país caribeño. Ella se enteró de que los médicos que se habían inclinado por irse de México tuvieron que meter demandas para que los aceptaran nuevamente en un hospital de la república. También me comentó su impresión al respecto, pues parece que había mucha decepción sobre el tema.

---

<sup>21</sup> Examen Nacional de Residencias Médicas

El lugar de los residentes se encuentra justo en el mismo edificio en donde se encuentra un área para pacientes con enfermedad mental crónica, pero estable. Cuando salimos de allí, los residentes me dijeron que en ese espacio se encontraban mujeres funcionales “en teoría” pero que “estaban abandonadas”. Es decir podrían salir a desarrollar una vida con ciertas libertades, e incluso obligaciones, pero no había quien las acogiera. Nuevamente un hecho revisado en líneas previas y que va abonando a la saturación de este y otros psiquiátricos públicos. [Albarrán García y Chávez Iñiguez 2015, Ríos Molina 2018].

Lejos de lo que yo esperaba los residentes no se dirigieron al área de hospitalización, sino a la de consulta externa. En la cual entendí que trascurre la mayor parte de su entrenamiento académico y clínico. Esta fue una completa sorpresa, pues cuando había tenido la oportunidad de convivir con psiquiatras ya egresados del Batán mi impresión era que si algo les gustaba presumir con respecto a mis propios antecedentes formativos, por lo menos desde su perspectiva, era su mayor tiempo de entrenamiento “hospitalario” en un psiquiátrico. Ahora bien, tampoco puedo asegurar que esto de la consulta externa sea todos los días y tampoco que sea en todo momento, ya que yo hice mi visita en domingo y en un contexto atípico de pandemia. Pero, en este último sentido, ver a los residentes en la consulta externa, en un lugar que supuestamente fue construido y destinado para la hospitalización de pacientes mentales, me resultó decepcionante. Para mi caso, el no tener una formación en un contexto hospitalario psiquiátrico era un reproche que yo mismo asumía y aceptaba de mi propia residencia y que solía escuchar de muchos psiquiatras respecto a los motivos por los cuales no escogían una sede de enlace como lo

era el “20 de Noviembre del ISSSTE”<sup>22</sup>. Justo como pasó cuando me presenté en la residencia médica ese día.

Mi formación, como la de otros psiquiatras enfocados en la Psiquiatría de Enlace transcurrió principalmente acompañando adscritos en los espacios de consulta externa del servicio de psiquiatría del centro médico, en jornadas que iban del lunes al viernes. Mientras, en las guardias y los fines de semana, y como médico interconsultante<sup>23</sup>, atendía las necesidades en salud mental y emocional de otros servicios y especialidades médicas en los pisos de hospitalización del centro médico. Por ello esperaba que, sobre todo en domingo, un día no laborable, los residentes de psiquiatría de un psiquiátrico pasaran visita en un piso o pasillo a cada paciente hospitalizado. Así recuerdo que fue mi caso, por lo menos en el segundo año de mi residencia, cuando roté en el hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. En mi visita como antropólogo al Rafael Serrano no fue así, pues ellos se limitaron en mayor medida a desempeñar sus actividades en la consulta externa.

A las 8:59 de la mañana estábamos en el área del archivo, donde se guardan las hojas y los expedientes de los pacientes que esperaban pasar a consulta externa, y con las cuales desarrollarían su trabajo clínico. Al mismo lugar llegó la médica adscrita del día domingo, quien platicó un poco con las residentes que salían de guardia y quien les recalcó la importancia de la sana distancia. Me dispuse a acompañar a dos residentes que estaban por concluir su primer año. Pero antes de escribir al respecto vale la pena mencionar que mientras acompañaba a esos dos médicos del primer año de la especialidad me llamó el subdirector del hospital. Y me pidió información sobre los motivos por los cuales estaba allí, si bien, tampoco es que me la exigiera en tono molesto. De hecho al concluir mi

---

<sup>22</sup> Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado

<sup>23</sup> Un médico interconsultante acude a pisos que no son de su autoridad clínica, es decir, para el caso de un psiquiatra en formación de enlace se acude a los pisos de cirugía, neurología, ortopedia, pediatría, etc.

aclaración sobre mis intenciones académicas me dijo; "cualquier cosa que necesite puede acudir a mi oficina". Con ello destaco nuevamente que todos fueron muy amables conmigo, hasta el subdirector. Resuelta esa aclaración, regresé a la consulta de los residentes del primer año.

El escenario fue el siguiente: éramos cuatro en el consultorio, los residentes, la paciente y yo. El lugar era lo suficientemente amplio para mantener sana distancia y buena ventilación. De hecho me llamó la atención que los consultorios son bastante someros en cuanto a mobiliario e insumos. Si no fuera por el esfigmomanómetro, la máquina de escribir y los expedientes que llevaban los propios residentes, solo quedarían un escritorio, un archivero, las sillas y un lavamanos. Muy lejos de los consultorios que se pueden ver en instituciones hospitalarias generales, o no destinadas a la salud mental. Ahora bien, cabe aclarar que de acuerdo a la norma oficial mexicana<sup>24</sup> esto es correcto, ya que, por las pocas necesidades en recursos materiales, un psiquiatra puede poner un consultorio en la habitación de una casa con un mobiliario tan básico como el que ya señalé, obviamente con los permisos comerciales y fiscales correspondientes. Ello permite entender y retomar los motivos por los cuales la realidad de quienes defienden una imagen más "médica" de la Psiquiatría es menospreciada, y al mismo tiempo el porqué la Psiquiatría intenta ser una disciplina basada en evidencias aunque su "objeto" de estudio sea subjetivo [Martin 2007: 135-143]. En el mismo orden de ideas, se puede entender también la importancia de la bata blanca, un elemento indispensable para que el psiquiatra mexicano se pueda definir como un médico, lo que además da cuenta del imaginario popular asociado a dicha indumentaria.

---

<sup>24</sup> Aunque se revisa en el primer capítulo, las NOM o normas oficiales mexicanas establecen requerimientos mínimos para la instalación de consultorios de especialidades. En este caso, la NOM 016 establece lo que se necesita para un consultorio de psiquiatría. Y solo pide asiento para el médico, asientos para el paciente y acompañante, bote para basura, dispensador de toallas desechables, dispensador de jabón germicida, diván o sillón, escritorio, lavabo, mueble para guardar equipo e insumos, sistema para guardar expedientes clínicos.

Ahora bien, una paradoja interesante que se puede plantear, es que debido a que los residentes de la especialidad en psiquiatría dentro de un hospital psiquiátrico no cuentan con servicios médicos de apoyo como Ortopedia, Ginecología, Pediatría o Medicina Interna, a diferencia de los psiquiatras que nos formamos apoyados por otros servicios médicos en un contexto de enlace, los residentes de los psiquiátricos se concentran de forma menos intensa en la Psiquiatría. De este tópico hablé con la Dra Palma el 26 de junio del 2020:

- Dra. Palma: ...estamos solos. Solamente los residentes, y bueno, algunos médicos adscritos. Y eso cuando están. Y pues sí, tú te tienes que enfrentar a eso ¿no? Y de pronto...pues es...que ya se fracturó ¿no? O ya va a dar a luz ¿no? Cosas de esas que dices “que loco” [...] Pues, en verdad que yo sigo pensando que secretaría de salud es la mejor para aprender Psiquiatría [...] independientemente de todo. O sea el IMSS está bien pero sigo pensando que tiene sus fallas. Al ISSSTE [...] le falta muchísimo [...] Y siento que secretaría de salud es como la mejor opción [...] Es que el ISSSTE, como bien dices, no tiene un ala propia de psiquiatría [...] se enfoca mucho a los padecimientos de enlace. Y cuantos padecimientos de enlace pueden tener [...] No hay como la experiencia de ver un paciente agudo de esquizofrenia [...], un trastorno bipolar en plena manía. Porque a veces, los hospitales generales, pues rechazan mucho este tipo de pacientes, porque, bueno, ellos tienen que estar en el psiquiátrico como tal [Entrevista por videollamada del 26 de junio del 2020].

Respecto a las áreas de hospitalización, a la mitad de mi visita del domingo 28 de febrero del 2021 tuve la oportunidad de acompañar a un residente del primer año a las áreas de hospitalización. Pero eso lo narraré en el siguiente apartado.

## Fabricando el (des)prestigio de la especialidad en Puebla

---

### Condiciones locales para los residentes y los trabajadores del Psiquiátrico local

Después de mi reconocimiento inicial del hospital psiquiátrico poblano [Visita del 28 de Febrero del 2021], acompañé a los psiquiatras en su ejercicio clínico en la primera entrevista del día. Fue con los dos residentes de menor jerarquía, es decir con los que concluían su primer año, en un consultorio cuyas condiciones describí en el apartado anterior. Ellos valoraron el caso de una paciente a quien llamaré "Doña. Zenaida", de mediana edad, de pocos años de educación, y quien vestía zapatos negros con ropa deportiva color café claro. Doña Zenaida se sentó con sana distancia y con su respectivo cubrebocas frente al escritorio. Ella se mostraba de ánimo ansioso pero con la actitud de cooperar con la entrevista, por lo que empezó a narrar sus problemáticas con un discurso que tenía cierta prolijidad, el cual surgió un tanto atropellado tan pronto y los médicos residentes se lo permitieron.

Me pareció que, dentro de toda la maraña de preocupaciones que expresaba Doña Zenaida, la intención del residente fue indagar sobre los criterios clínicos que le ayudarían a integrar su diagnóstico. Es decir, aunque la paciente impresionaba apurada por describir al detalle todos sus problemas para que el médico tuviera toda la información posible, no todo lo que expresó Doña Zenaida podía ser encuadrado por el psiquiatra en formación dentro de un síndrome que ameritara apoyo farmacológico. Una situación previsible ya que la Psiquiatría se encuentra inscrita en la Medicina Occidental moderna y por tanto en la Medicina Basada en Evidencias, por lo que el psiquiatra, como médico, también está

obligado a presentar pruebas clínicas que justifiquen la prescripción de un fármaco [Martin 2007: 43-45]. En este sentido, los psiquiatras esperan encontrar esas evidencias en el discurso de los pacientes. Por ejemplo, para hablar de un episodio depresivo mayor se espera que la paciente hable de su “tristeza” o de su falta para la percepción del placer en las últimas dos semanas, de acuerdo a los actuales manuales de psiquiatría [Martin 2007: 59-69, American Psychiatric Association 2014].

De esta forma, la actitud del residente para intentar captar en el discurso de Doña Zenaida lo que pudiera ser compatible con los criterios de una patología mental pretende apegarse a fundamentos científicos positivistas, los cuales le obligan a integrar un conocimiento cuantitativo y objetivo que le permita presumir que, como otros médicos de otras especialidades, su trabajo clínico se efectúa dentro del marco de la Medicina Basada en Evidencias [Martin 2007]. Entonces, el residente formado bajo esta influencia del conocimiento necesitaba completar criterios clínicos propios de un diagnóstico que a su vez le permitieran proponer un tratamiento dentro de las recomendaciones establecidas en la bibliografía médica especializada. Así las cosas, la consulta de Doña Zenaida fue muy interesante, no solo por lo que decía, sino porque cada cierto tiempo rompía el orden que quería imponer el residente. De tal suerte que Doña Zenaida hablaba de sucesos que no eran fáciles de encuadrar y cuadrar en la sospecha inicial del médico evaluador. Por ejemplo aunque se notaba que el residente ya había dirigido sus preguntas hacia la paciente con la intención de encontrar un diagnóstico conocido, preguntando por los criterios propios de un “episodio depresivo mayor” o de un “trastorno de ansiedad generalizada”, ella se desviaba frecuentemente y hablaba de que cada cierto tiempo, cuando estaba muy preocupada veía “mayates caminando por las paredes” y sentía “humo saliendo de la cabeza”. Esos temas seguramente serían el deleite para un psicoanalista, pero en esta

interacción se convertían en nuevas preguntas del residente que se veía obligado a buscar problemas orgánicos que pudieran condicionar estudios neurofisiológicos que a su vez explicarían tales síntomas.

De hecho Doña Zenaida no solo abordaba temas de salud mental, también habló de problemas médicos como gastritis e hipotiroidismo, los cuales no había tratado por falta de tiempo y dinero, todo dentro de un discurso que, por otro lado, incluía constantes alusiones a su difícil historia de vida y a sus conflictos de familia, con muchas quejas sobre lo malos que le habían “salido algunos hijos”, quienes no le hacían caso. También habló de la soledad que vive en su matrimonio. Doña Zenaida agregó que, cuando ella sueña, alguien se enferma en la casa, y por eso tiene “miedo de soñar”. Además que estaba preocupada por su peso y por el miedo de sentirse inservible. No obstante, el residente parecía no prestar mucha atención a esos detalles, probablemente porque, más allá del simbolismo en la mente de la paciente, esos detalles no son relevantes como signos clínicos dentro de un síndrome psiquiátrico. En este caso, el residente ya había anotado seguramente “ideas de desesperanza” o “ideas de minusvalía”, convirtiendo las particularidades de los problemas de Doña Zenaida a *ítems*<sup>25</sup> o generalizaciones dentro de un diagnóstico categorial.

Así, en lugar de pedir detalles a la paciente sobre los problemas antes mencionados, el residente parecía ya tener algunas conclusiones, por lo que súbitamente cambió de tema y le pidió a Doña Zenaida mencionar 5 animales de color verde. Y aunque entiendo que esa pregunta estaba destinada a la evaluación de las competencias cognitivas de la paciente, provocó que Doña Zenaida suspendiera su discurso de forma súbita. Después de reflexionar unos minutos, Doña Zenaida atendió a la pregunta y dijo "unos cocodrilos ¿son de ese color

---

<sup>25</sup> Pregunta en una prueba de corrección objetiva. En este caso las preguntas dentro de la psiquiatría y la psicología basada en evidencias pretenden volver datos subjetivos en objetivos medibles y cuantificables.



[verde]?" en un tono reservado y con duda. Eso me hizo pensar que aunque el residente y su evaluación estandarizada podían considerar fácilmente a un cocodrilo como una respuesta válida para esta categoría de color en animales, la paciente no podía estar segura por su contexto sociocultural y educativo. En otras palabras, si ella ha visto cocodrilos reales los va a recordar de otro color, por ejemplo café o marrón. De hecho yo, justo un día antes había ido a un parque zoológico de la ciudad, y no recuerdo que los cocodrilos fueran realmente verdes, Lo que muestra la diferencia entre un médico que pretende descubrir generalidades en una paciente que busca atender su problema particular. Para estas alturas ya me parecía una lucha de desgaste con una paciente que trata de que todos sus síntomas le lleguen al médico y por otro lado un médico que intenta hacer que la paciente le dé los síntomas que necesita.

Hacia la mitad de la consulta ingresó la hija de la paciente, quien traía una hoja en la cual parecía haber una lista de varios síntomas que describió al médico, si bien se entendió que varios se habían mencionado ya por su madre. Sin embargo, estos últimos temas quedaron en segundo plano al momento de revisar el caso con el residente de mayor jerarquía, así, en el reporte del caso que hizo el r1 al r3, el médico de menor jerarquía habló y expuso los criterios de un episodio depresivo mayor, además de proponer los motivos por los cuales conviene uno u otro antidepresivo desde su punto de vista. El residente de tercer año, o r3, invitó al debate y a hablar sobre las interacciones de los medicamentos, y a debatir el por qué son ideales o no, dado que la paciente tiene otros problemas médicos. Los problemas personales de Doña Zenaida y el significado de algunos de sus síntomas, como los “mayates caminando por las paredes” y del “humo saliendo de la cabeza” no se mencionaron, en parte, porque se descartó clínicamente su origen orgánico, y en parte porque quedó claro que no es del interés clínico de la Moderna Psiquiatría analizar el

significado inconsciente de ese discurso [Martin 2007], en todo caso, este último punto lo resolverán los psicólogos en psicoterapia.

## Comparativas entre la provincia y la capital

Como ya se debe entender de forma clara, mi investigación se ubica en un manicomio de la provincia mexicana, lo cual no es un dato menor. En este apartado explicaré el porqué. Para empezar, el Batán está muy lejos de los presupuestos y del aire cosmopolita de la Ciudad de México. Una situación que quiero subrayar, ya que, mientras la capital federal tiene actualmente un Producto Interior Bruto (PIB) que representa por si solo una sexta parte de todo el PIB nacional, y que es incluso, comparable al de todo un país como Perú (SEDECO 2019: 5), el Estado de Puebla apenas representa una proporción del 3.3% del PIB mexicano [Gutiérrez 2020]. Además, los ingresos económicos del municipio y la ciudad homónimos están limitados y son dependientes en gran medida del presupuesto estatal y de las partidas nacionales. Y con el mismo orden de ideas, el antes llamado Distrito Federal, también atrae una proporción mayor de extranjeros, figurando en el radar internacional con un brillo que eclipsa a las ciudades que se encuentran en su periferia, lo cual me ayuda a sostener el argumento de que la capital mexicana es una “ciudad con mayores características cosmopolitas”, por lo menos en relación a la capital poblana. Todo ello ayuda a entender el trasfondo, las circunstancias y las problemáticas asociadas a la instalación de un hospital psiquiátrico como el de la “angelópolis”<sup>26</sup> mexicana, conocido coloquialmente como el Batán. En otras palabras, las condiciones son claramente distintas a las que pueden observarse en el Instituto Nacional de Psiquiatría o el Hospital Fray Bernardino Álvarez, que son considerados sedes de alto prestigio nacional [Foro ENARM 2021].

Por tanto, el hospital Dr. Rafael Serrano tendrá peculiaridades que subyacen a la cultura y a la sociedad en las cuales se encuentra. De tal manera, que no se pueden negar las

---

<sup>26</sup> Nombre popular con el que los locales se refieren a la Ciudad de Puebla.

influencias, buenas o malas, que han derivado en la colocación de este psiquiátrico junto a una cárcel, y de camino al basurero municipal. Pues estos hechos ya nos sugieren desde el inicio una marca que yerra el ejercicio de la atención clínica a pacientes con patologías mentales en Puebla. Y como he dejado ver, sería reduccionista e inocente asumir que esta estigmatización sea originada únicamente por la disciplina médica o por su ejercicio. En el caso de los centros de atención federales, para quien tiene la oportunidad de entrar a uno de ellos, es notable la diferencia en cuestiones tan sencillas como el mantenimiento y el ajetreo social. En estos últimos puntos, los centros nacionales destacan por una dinámica académica y laboral más activa, hechos que se originan de la mayor cantidad de trabajadores y un mayor número de departamentos académicos, laborales y administrativos que no son fáciles de encontrar en una institución como el Batán. Por ejemplo en las instalaciones del Instituto Nacional de Psiquiatría se encuentran las oficinas del Consejo Mexicano de Psiquiatría, un laboratorio de genética y distintos consultorios destinados a los cursos de alta especialidad [Instituto Nacional de Psiquiatría 2021, Consejo Mexicano de Psiquiatría 2021]. Nada de eso forma parte de la vida institucional del Rafael Serrano.

Con la misma idea, un hospital como el Fray Bernardino Álvarez cuenta con servicios de neuroimagen, de Psiquiatría Legal y Psicogeriatría, mientras en el Batán, hay apenas un espacio para Psicogeriatría, el cual no tiene un adscrito responsable con formación en dicha “subespecialidad”<sup>27</sup>, Por ejemplo, la Dra. Lorena, tiene un curso de alta especialidad en dicha materia, sin embargo al estar involucrada en un papel administrativo a cargo de los residentes en el departamento de enseñanza apenas y puede ejercer su

---

<sup>27</sup> En realidad son cursos de alta especialidad. En los posgrados de medicina las “subespecialidades” son oficialmente especialidades de entradas indirecta, o cursos de alta de especialidad.

formación de alta especialidad en el área clínica destinada para ello [información obtenida del residente de primer año, al momento de mi visita de campo, el 28 de febrero del 2021].

De hecho, hablando de enseñanza, en los centros de tercer nivel federal<sup>28</sup>, se suele contar con protocolos de investigación llevados por los médicos adscritos, a los cuales los residentes se incorporan. Sin embargo en el Batán, más allá de los efectos generados por la pandemia, no parecen existir los mecanismos que ayuden a desarrollar esas capacidades en investigación, salvo por el genuino y muy esporádico interés de algunos de los residentes que en forma personalizada desean hacer una investigación en todo el sentido de la palabra. Incluso, cuando me despedía del Dr. Pablo y fuera de la entrevista grabada, me comentó que, en parte, su nivel en inglés y su desinterés por hacer investigación fueron también algunos motivos que lo inclinaron a decidirse por una sede como el Batán [Entrevista del 22 de Octubre del 2021]. Con respecto a los cuatro residentes que me acompañaron el 28 de febrero del 2021, el discurso parecía muy similar, incluso si no habían escogido al Rafael Serrano como su primera sede. Muchas de sus primeras oportunidades estuvieron dirigidas a ser aceptados en hospitales psiquiátricos cuya prioridad es un enfoque clínico, más que de investigación. No es que no se haga, o por lo menos no se diga en el discurso oficial, pero en mi visita y por los comentarios vertidos por los residentes, en las condiciones actuales era improbable, y si se hacía, era difícil que las investigaciones se encauzaran satisfactoriamente para solucionar problemas reales, más bien, terminaban convirtiéndose en un requisito burocrático para graduarse. Un comentario al respecto que puedo destacar es el de la tesis de la Dra. María, cuya investigación se enfocó a “fatiga por compasión”<sup>29</sup>:

---

<sup>28</sup> Tercer nivel se refiere a Centros Médicos e Institutos nacionales, no es un juicio moral o de calidad de las instituciones. De hecho los centros de tercer nivel en medicina se consideran de alto prestigio social y formativo (ver el capítulo tercero).

<sup>29</sup> Forma de estrés secundaria a la relación de ayuda terapéutica.

- Dra. María: Pues yo en los casi cuatro años que llevo, en las noches he visto como dos veces [un] adscrito [...] y ni siquiera están con nosotros. Era como: ¡Ah! Hola, nos encontramos ¿no? Entonces en las noches, no, de plano no hay, en las mañanas insuficientes, en la tarde igual, como lo mínimo necesario [...] Y bueno a mí, lo que más me sorprendió es que cuando estaba haciendo o recolectando los datos de mi tesis pues ocupaba personal del hospital [...] Pues se me ocurrió ir a los checadores y vi un flujo de personas increíbles. Personas que en la vida había visto estaban ahí checando [Entrevista del 12 de Agosto del 2021].

Es decir, la Dra. María descubrió algo que, si realmente fuera de interés en investigación, por lo menos administrativa, corregiría muchas deficiencias del hospital. De hecho, sin perder de vista lo que me dijo la Dra. María, otra diferencia a destacar entre los institutos federales, y el Batán es el contexto asilar, pues actualmente ningún instituto federal se destina a la permanencia crónica de los pacientes deteriorados cognitivamente graves o dementes abandonados, función que sí mantiene el Batán, y que los médicos residentes del Ramón de la Fuente o del Fray no tienen la obligación de atender.

Después de terminar con la evaluación del caso de Doña Zenaida (ver antes), acompañé a uno de los residentes del primer año, quien fue enviado a los edificios destinados para la hospitalización de dementes asilados en el Rafael Serrano, es decir de pacientes crónicos. Ahora sí vi de frente las condiciones más desgarradoras del psiquiátrico. Empezaré por aclarar que el olor a cloro era tan abrumador que la higiene al interior del edificio no era discutible, lo que sí fue cuestionable eran la cantidad de pacientes con respecto al número de personal de enfermería. A destacar el caso del edificio de mujeres “crónicas”, donde más de 70 pacientes en distintos grados de deterioro físico y mental eran atendidas y cuidadas por apenas dos enfermeros. De hecho la seguridad de la entrada era manejada por tres o cuatro pacientes con mayor grado de competencia cognitiva, supongo. Y quienes resguardaban las llaves mientras los dos enfermeros intentaban solventar el sin número de eventualidades que se vivía al interior de ese edificio. Me dio la impresión de

que las pacientes sentadas en la puerta eran una especie de “pequeña mafia” que hacían sus funciones de custodia a cambio de algunos privilegios, como poder guardar algunos muñecos de peluche y juguetes en sus sillas, así como disfrutar de algunos caramelos

Aunque la limpieza al interior de los edificios destinados para pacientes crónicos era notable, el exterior a los mismos era bastante diferente, sobre todo con respecto a las áreas de pacientes agudos. Pues en los espacios abiertos para crónicos la higiene y el orden no eran muy buenos. Recuerdo que en una ocasión durante esa visita bajé de las pequeñas banquetas que rodean el perímetro de los edificios poniendo mis pies en la zona de pasto y tierra para no perder el equilibrio. Ese hecho ameritó una advertencia del médico residente a quien yo acompañaba en sus labores; “no se baje, se puede ensuciar”. Inocentemente le pregunté si los perros entraban al patio del hospital campestre, pero él solo se sonrió y me dijo, “no, no es de los perros”. Eso difícilmente se ve en una institución federal.

### **CAPÍTULO TERCERO: NÚMEROS PARA ADORNAR**

---

En este apartado empezaré por exponer las estadísticas que deberían permitir entender y ubicar a la Psiquiatría en cualquier sistema de salud. Sin embargo, como veremos a lo largo de este capítulo, las estadísticas en México no son la influencia principal en las decisiones de planeación en salud. De hecho una vez comprendidos los datos y los argumentos estadísticos, expondré algunos de los fenómenos sociopolíticos que subyacen a la implementación de los sistemas de salud y de salud mental en nuestro país.

De esta forma pretendo que este capítulo muestre que, lejos de lo que los médicos pregonan, su ejercicio regular está más cerca de las influencias sociales o políticas, que de las científicas, incluyendo a la Psiquiatría. Y a su vez, esas influencias sociales o políticas están basadas en el estigma de los trastornos mentales. Donde la ciencia, parcialmente comprendida, y convenientemente interpretada solo es útil cuando genera beneficios a ciertos grupos de poder, ya sean grupos de profesionales o grupos de ciudadanos organizados alrededor de una asociación civil.

Con todo lo anterior intentaré cerrar el marco dentro del cual se construye un psiquiatra mexicano, y por tanto que definirán su forma de ejercer su profesión más allá de sus conocimientos técnicos o académicos. De tal suerte que, este trabajo contribuya a mostrar que, aunque los números no mienten, quienes los interpretan o presentan sí, ya sea porque son influenciados por el estigma, o porque usan al estigma que acompaña a los trastornos mentales para posicionarse en las dinámicas sociales y nacionales, obteniendo alguna ganancia de ello.



## Contraste de la estadística con los imaginarios

---

### Los niveles de atención en salud

En 2009 se hizo famosa una campaña comercial que promovía la venta de una marca específica de medicamentos<sup>30</sup>. La encargada de ser el rostro de la campaña publicitaria fue la “Dra. Diane Pérez”, quien es médica de formación, pero quien también ha dedicado una parte importante de su vida profesional a la televisión como presentadora de noticias<sup>31</sup>. Lo relevante de ese comercial fue que mostraba, y demostraba, la imagen que los mexicanos tienen de las palabras “primer nivel”. Es decir, la campaña publicitaria se aprovechó del imaginario local, a sabiendas de que todo aquello que tenga la frase “primer nivel” está vinculado con la excelencia, el prestigio y con el privilegio, por lo menos, en la mente de los mexicanos. De esta manera, al vender medicamentos asociados con esa frase la campaña pretendió alejar su marca de la percepción que se tenía de los medicamentos genéricos en aquel entonces. O por lo menos para alejarse de la percepción de desprestigio de las farmacias en donde los medicamentos genéricos eran vendidos de forma habitual, es decir, en las farmacias del “Dr. Simi”<sup>32</sup>.

Empero, la campaña se aprovechó de otro hecho, la veracidad técnica de la frase. En otras palabras, aunque es cierto que el imaginario local sobre dicha frase es de prestigio, hablar del “primer nivel” de atención en salud significa hablar del nivel de atención más básico, y por tanto del nivel de atención donde se encuentran los medicamentos de mayor

---

<sup>30</sup> Al respecto se pueden encontrar todavía en youtube dos comerciales que dan cuenta de ese imaginario y del trabajo de Diane Pérez como promotora: <https://www.youtube.com/watch?v=euXR9S97fFE> y <https://www.youtube.com/watch?v=B8LRvoTgJdQ> respectivamente.

<sup>31</sup> AARP Foundation 2021. Dra Diane Pérez, Expertos Salud. Sin fecha ni número, <https://www.aarp.org/espanol/salud/expertos/diane-perez> Consultado en octubre del año 2021

<sup>32</sup> Nombre coloquial con el cual se conocen las Farmacias Similares, especializadas desde principios del siglo XXI en la venta de medicamentos genéricos.

uso y demanda, y por tanto, de los medicamentos que se prescriben con más frecuencia [Durán-González *et. al.* 1990]. Por ello, el “primer nivel” en salud es frecuentemente descrito como la base de la pirámide, y por lo mismo es donde trabajan la mayoría de los médicos, es decir los médicos familiares y los médicos generales, conocidos como los médicos de primer contacto. En otras palabras, es “la puerta de entrada” a los servicios públicos sanitarios [Castellanos Robayo 1977, Van der Stuyft 2008, Julio 2011, Gómez Dantés, Frenk *et. al.* 2011, Hackspiel 2014]. De esta manera, la compañía farmacéutica que decidió llamar a su marca de genéricos “Primer Nivel”, combinó un imaginario sociocultural con una realidad técnico-administrativa. Ahora bien, los servicios de salud incluyen tradicionalmente dos niveles más, y por tanto, se dividen en tres peldaños. Por ello, con esta última definición, se entiende porque hablar de un tercer nivel sanitario no es hablar del peor nivel en cuanto a calidad se refiere, sino que es hablar de un estrato con complejidades técnicas distintas que revisaré a continuación.

Según Vignolo Julio y colaboradores [2011] los niveles de atención en salud son una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. De acuerdo al médico uruguayo, las necesidades sanitarias a satisfacer no se pueden ver en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven. Así, se distinguen tres niveles de atención en forma habitual: El primer nivel es el más cercano a la población, y en consecuencia, es donde se organizan los recursos que permiten resolver las necesidades de atención básicas y las más frecuentes, que pueden ser resueltas por actividades de promoción a la salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Allí, deberían resolverse aproximadamente el 85% de los problemas prevalentes. Este

nivel debería permitir una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz. En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención por Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Cirugía General. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta 95%, de problemas de salud de la población. Mientras tanto, el tercer nivel de atención se reserva para problemas poco prevalentes, y se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente 5% de los problemas de salud. En México [Gómez Dantés, Frenk *et. al.* 2011], son ejemplos los institutos nacionales de salud y los centros médicos nacionales, además de hospitales especializados como los hospitales dedicados a la mujer y a la niñez.

Ahora bien, algo que yo no mencioné en la definición de Vignolo Julio, es que él coloca en su artículo Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud [2011] a la Psiquiatría en el segundo nivel, lo cual es un hecho para Uruguay y otros países, no solo en Latinoamérica, sino de Europa [Sociedad de Psiquiatría de Madrid 2019], empero no así para México. En nuestro país la Psiquiatría está destinada a centros de “tercer nivel” [Sandoval De Escurdia 2004: 30-32, Gómez Dantés, Frenk *et. al.* 2011, Secretaría de Salud 2013]. Es decir, bajo los estándares actuales de la salud pública en México, un Hospital Psiquiátrico es un centro especializado cuyo nivel de complejidad estaría destinado a una pequeña parte de la población. Y por tanto sería irrelevante construir un psiquiátrico en cada municipio del país, o por lo menos incluir un pasillo de psiquiatría en cada jurisdicción sanitaria, las cuales son las unidades administrativas en las que se dividen los servicios sanitarios estatales [Ruiz de Chávez 1988]. Como veremos en el

siguiente apartado esto es un error administrativo, pues de acuerdo a las estadísticas, las patologías mentales suelen ser padecimientos de tan alta prevalencia que fácilmente podrían ser incluidas en centros de salud. De hecho, en México existen en algunos estados Unidades de Especialidades Médicas o UNEMES [Instituto Nacional de Salud Pública 2012], las cuales tienen subdivisiones administrativas para la atención de adicciones (CAPA), Cirugía Ambulatoria, Sobrepeso, riesgo cardiovascular y Diabetes Mellitus (SoRID), atención al virus de inmunodeficiencia humana y SIDA (CAPASITS) y de salud mental (CISAME) [Secretaría de Salud 2013: 16, 32, Servicios de Salud de Morelos 2021]. Estos últimos no forman parte del interés estatal poblano, donde se cuenta con un CESAME al lado del Hospital Psiquiátrico Dr. Rafael Serrano (ver capítulo segundo), con lo que la oferta estatal está claramente centralizada. Mientras, a nivel nacional los CISAMES han funcionado como centros de atención especializada en psiquiatría, pero solamente cubren las necesidades en consulta externa, no así de hospitalización psiquiátrica, y mucho menos de asilo. Lo cual, de acuerdo a lo que plantea Vignolo Julio [2011], se podría resolver poniendo pasillos de hospitalización psiquiátrica en los Hospitales Generales, como de hecho se hace en algunos países (ver antes).

## La Psiquiatría como un servicio de tercera categoría

La última vez que México se preocupó por hacer una Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) con impacto nacional fue a principios de siglo, desde entonces, esos datos se han analizado, adaptado y complementado con los resultados de otras encuestas de menor poder estadístico [Cerecero-García *et. al.* 2020]. Un dato interesante de la ENEP, es que el 28.6% de la población nacional presentó alguna vez en su vida, uno de los 23 trastornos mentales catalogados dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), elaborada por la Organización Mundial de la Salud. Un hecho que implica que esos trastornos fueron significativos para quien los sufrió en su momento [Medina-Mora 2003].

Ahora bien, para los fines de este capítulo, los resultados de esa encuesta se deben analizar desde la perspectiva epidemiológica y de la salud pública, la rama de la medicina que propone dividir los servicios de atención en primero, segundo y tercer nivel. Pues aunque la ENEP indica que uno de cada cuatro mexicanos habría necesitado atenderse por un problema que podría haber sido competencia de un psiquiatra. Ese es un número estadístico que no podría ser cubierto de forma efectiva con el promedio de psiquiatras existentes en el país [De la Fuente 2014: 527]. De hecho, si comparamos esa prevalencia, por mucho, es una prevalencia que supera la probabilidad de tener un padecimiento de otra especialidad incluyendo la Neurología. Para muestra, las estadísticas, pues mientras que para los trastornos de ansiedad hablamos de una prevalencia cercana al 14% (Cuadro 1), los trastornos de neurología más frecuentes — sin incluir demencias — difícilmente alcanzan ese porcentaje. A continuación presento un cuadro que ayuda a comparar la prevalencia entre los principales trastornos mentales y las principales patologías de neurología.

**Cuadro 1**

Número de afectados por cada 100000 habitantes (Comparando Psiquiatría con Neurología)

Patología Psiquiátrica		Prevalencia	Patología Neurológica	Prevalencia
Trastornos de Ansiedad <sup>+</sup>	de	14/100 (0.140)	Epilepsia *	1/100 (0.010)
Consumo de Sustancias <sup>+</sup>	de	9/100 (0.090)	Trauma Craneoencefálico *	579/100000 (0.005)
Trastornos Afectivos <sup>+</sup>		9/100 (0.090)	Eventos Vasculares Cerebrales * =	118/100000 (0.001)
Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad &		5/100 (0.050)	Enfermedad de Parkinson *	50/100000 (0.0004)
Trastorno Bipolar <sup>=</sup>		1/100 (0.010)	Esclerosis Múltiple * #	18/100000 (0.0001)
Esquizofrenia <sup>=</sup>		1/100 (0.010)	Infecciones Neurológicas *	6/100000 (0.00006)

Fuentes: +Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica [Medina-Mora 2003], \*Organización Mundial de la Salud [OMS 2006, 2019, Herrera Martínez 2018, Roos 2012, Colegio Médico de México 2020], = Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía [INNN 2018 a, 2018 b, Secretaría de Salud de Puebla 2020] # UNAM [2017] & Lino Palacios Cruz [2011] Notas: 1) No se considera demencia, porque ese diagnóstico suele ser manejado por ambos servicios. Y 2), tampoco se consideran problemas de atención por Medicina General como cefalea o dolor de cabeza y problemas de malnutrición. De hecho, salvo por la esclerosis múltiple, casi todos los problemas aquí señalados son también atendidos por los médicos con especialidad en Medicina Interna, una especialidad troncal en hospitales generales de segundo nivel. Nota 2) Usé las prevalencias más altas encontradas.

Considerando que, de acuerdo a Vignolo Julio [2011], hasta un 95 % de las solicitudes de atención en salud deberían ocurrir en el primero y segundo nivel de atención, sería previsible pensar que las necesidades de salud mental que incluyen a un psiquiatra deberían ocurrir, “por lo menos”, en el segundo nivel. En otras palabras, analizando el problema solamente con la estadística reportada por la ENEP, la hospitalización psiquiátrica debería ser incluida en cualquier hospital general como especialidad troncal — por ejemplo, ginecología o pediatría —, y de hecho, incluso la consulta externa podría ameritar ser ofrecida en los centros de salud, es decir desde el primer nivel, cuestión que sí ocurre en otros sistemas de salud a nivel internacional [Julio 2011, Sociedad de Psiquiatría de Madrid 2019]. Así, aunque los servicios de tercer nivel podrían incluir unidades o proyectos similares al Instituto Nacional de Psiquiatría, el Instituto Nacional de Neurología y el Hospital Psiquiátrico Infantil en México, estas grandes instituciones se convierten en

centros de atención para privilegiados, o por lo menos para ciertas poblaciones cercanas geográficamente a la capital nacional, dejando a poblaciones periféricas ofertas de atención pública similares al Hospital Psiquiátrico de Puebla. Con estas afirmaciones el título de este texto toma sentido, ya que la definición que hago de categoría — o nivel —, no solo aplica a la definición o acepción de calidad o prestigio, sino que también se refiere al escalón de la pirámide en salud dónde se coloca la atención en psiquiatría en nuestro país.

Para entender como estos hechos afectan a los usuarios de los servicios públicos de salud debemos notar que, en México, solo las instituciones con un alto número de beneficiarios o derechohabientes pueden darse el lujo de contar con una cobertura hospitalaria geográficamente aceptable. Por ejemplo, aunque una institución tenga 10 millones de derechohabientes, si estos se distribuyen en 10,000 localidades, solo habrá 1.000 derechohabientes por cada localidad. Al suponer que la prevalencia de la epilepsia es del 1 % (Cuadro 1), se notará que los derechohabientes que la padecerían serían apenas 10 personas. A partir de estos números, en una semana se podrían cubrir todas las consultas de los derechohabientes afectados, e incluso con las urgencias — o pacientes con crisis convulsivas súbitas nuevas o pacientes descontrolados —, probablemente el neurólogo se pasaría la jornada laboral “rascándose el ombligo” con bastante regularidad. Si bien hay otras patologías neurológicas, de acuerdo a la Cuadro 1, tampoco sumariamos una gran carga de trabajo para el neurólogo por tener una prevalencia marcadamente pequeña. En otros términos, con los números estadísticos mencionados, desde la epilepsia “para abajo”, estamos hablando de enfermedades con una frecuencia tan baja que no alcanzarían a hacer la unidad en el total de esos 1.000 derechohabientes. Es más, solamente la demencia alcanza a ser tan frecuente como la epilepsia, afectando a 2000 por cada 250,000

personas — o 0.008 según la OMS —. Y de todos modos, es un diagnóstico cuyo manejo también puede ser atendido por psiquiatras.

Luego entonces, parece poco sensato contratar a un neurólogo en ese contexto, y es por esa razón que al tener un sistema de salud público pulverizado se afecta a los derechohabientes de institutos pequeños, quienes, si viven lejos de áreas urbanas, tienen que viajar hasta la capital, ya sea estatal o nacional, para recibir tratamiento especializado. Esto, aún cuando tengan cerca un hospital local, en el caso de México, casi siempre del sector sanitario público o del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) [Gómez Dantés, Frenk *et. al.* 2011]. Con relación a este punto tenemos de ejemplo destacable los hospitales regionales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o de otros institutos de seguridad social estatales en México (ver adelante), pues si se revisa su población derechohabiente se notará que, en algunos casos, su complejidad y su nivel de atención depende más de su cercanía con la Ciudad de México, que con el número neto de población amparada, Por otro lado es sorprendente que las necesidades en salud mental se encuentren en el caso opuesto, dado que las estadísticas plantean requerimientos importantes, no solo en cuanto a médicos especialistas, sino también en cuanto a personal de apoyo especializado, como enfermería y trabajo social (ver capítulo segundo).



## La política en las políticas de salud

---

### Diferencias de clase, y el acceso privilegiado a los servicios de tercer nivel

Para entender la naturaleza de nuestro sistema de salud, no es suficiente hablar de los niveles en la pirámide sanitaria. Ya que esa pirámide se asienta en un entorno social y económico específico de cada región o de cada país. De esta manera, aunque la propuesta de los tres niveles en salud es, en general, compartida por casi cualquier país en el mundo, su implementación puede variar influenciada por la política y la cultura local. Por ejemplo, en Estados Unidos, se acepta una enorme influencia del capitalismo y la economía de libre mercado en su implementación [Van der Stuyft 2008]. Generando una gran cantidad de disparidades que incluso han tenido eco en las distintas campañas políticas de aquel país<sup>33</sup>. Sin embargo como plantea Gerald Sider; “el capital por sí mismo no produce todas las inequidades” [2003, 12]. A partir de esta última oración puedo destacar que, a diferencia del sistema de salud en nuestro vecino del norte, el sistema sanitario mexicano pretende ser un sistema de salud socializado<sup>34</sup>, es decir un sistema donde el Estado debería garantizar el acceso a la salud sin la mediación del dinero privado, por lo menos en la teoría [Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM 2021]. Entendiendo que un sistema de salud socializado no debería estar influenciado por las dinámicas del dinero privado en su toma de decisiones, sino por las necesidades presupuestales, la expectativa de contar con un sistema sanitario económicamente solvente y sustentable debería incluir revisiones

---

<sup>33</sup> BBC News, 2020, Trump vs Biden: 9 preguntas clave sobre las elecciones de EE.UU. respondidas por periodistas de BBC Mundo. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-54699624>

<sup>34</sup> Diccionario Médico. Medicina Socializada: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/medicina-socializada#:~:text=Sistematizaci%C3%B3n%20estatal%20del%20modo%20de,m%C3%A9dicos%20contratados%20por%20el%20Estado.>

estadísticas y administrativas que permitan una distribución del presupuesto para que el acceso al servicio médico sea equitativo, sin importar el poder adquisitivo o la posición de clase de sus usuarios. Una diferencia enorme con el sistema privado, donde los ingresos de los pacientes pueden hacer las diferencias en la calidad y cantidad del tratamiento a su disposición, por lo menos en la teoría. Pero las inequidades del sistema difícilmente pueden ser explicadas por las dinámicas del mercado interno en un país donde existe un cuasi monopolio de los sistemas de salud socializados con respecto a los privados.

Sin perder de vista lo ya señalado, también es importante notar que las ganancias económicas de los médicos privados en México se han visto golpeadas por las fuerzas del mercado desde muchos frentes, tanto por el abaratamiento del servicio de los médicos generales como por el incremento en la popularidad de los profesionales con especialidad o alta especialidad que son preferidos por los usuarios de los servicios médicos. Pero estos servicios de mayor costo en el medio privado, están limitados a los centros de tercer nivel en el ámbito público, siendo ejemplo de ello los Institutos Nacionales y los Centros Médicos. Los cuales, si bien pueden ofrecer costos accesibles, demuestran su posición de clase y exclusividad gracias a la imposibilidad que tienen la mayoría de los derechohabientes para acceder a ellos con regularidad, teniendo que pasar por “filtros” insuperables en la Medicina Familiar y en la Medicina del segundo nivel. Estos “filtros” generan que los derechohabientes que tienen ingresos económicos altos opten por servicios privados, transitando entonces a una dinámica donde las reglas de acceso son similares al sistema sanitario estadounidense [Van der Stuyft 2008, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM 2021]. Pero quienes ven comprometidos sus ingresos con el sistema privado, ya sea por el costo del tratamiento o por el costo de una consulta médica, suelen

hacer uso de su posición de clase, y su cercanía a los grupos de poder para acceder a servicios de mayor costo o “calidad”. Un hecho que probaré con mi análisis más adelante.

Con este último párrafo se encuentran las dos vertientes en las cuales he decidido dividir mi análisis en este último capítulo. Por un lado, revisaré la forma en cómo el sistema socializado “obliga” a los derechohabientes o usuarios a “exprimir” sus contactos políticos y su cercanía al poder para hacer uso del sistema más allá de normativas académicas, científicas, clínicas o administrativas. Y por el otro, analizaré cómo el sistema es usado a expensas de ideales, estigmas o imaginarios políticos para el beneficio de los miembros de clases privilegiadas para mejorar su posición, tanto económica como moral. Mostrando para este último caso la otra cara del activismo político, un hecho comparable con la reflexión que surge de *Saviours and Survivors*, libro de Mahmood Mamdani [2009], donde el autor muestra los mecanismos con los cuales las instituciones públicas funcionan como el coto de poder y privilegio de unos cuantos. Reflexionaré y explicaré, desde mis experiencias personales y desde el ambiente laboral que conozco, las dinámicas sociales de poder, hegemonía y subalternidad que afectan la construcción del sistema de salud más allá de las estadísticas, los criterios académicos o incluso los financieros. En otras palabras, la manera en cómo las “necesidades políticas” terminan por ser el motor que mueve y dirige la implementación del sistema sanitario y de protección social en México. Aclarando que, al decir “necesidades políticas” me refiero a las necesidades individuales o de algunos grupos de poder político.

## La influencia política en el acceso a la salud como una moneda de cambio

En este espacio empezaré por informar que voy a tomar de ejemplo metodológico el trabajo de Fernando Coronil [1997], quien escribió *El Estado mágico; Naturaleza, dinero y modernidad en Venezuela* con una influencia enorme de su pasado. Sin el ánimo de que este método retrospectivo se convierta en una idea revolucionaria ni mucho menos innovadora, sino con la intención de evitar perder la oportunidad de traer a cuenta información relevante sobre las dinámicas sociales que afectan la implementación de los sistemas de salud. En otras palabras, trataré de diferenciar, lo más posible, las dinámicas sociales de las administrativas o económicas. Este método retrospectivo se enfocará primero en situaciones asociadas con la Medicina en general, pero en la siguiente y última sección de este capítulo analizaré estas dinámicas de poder en la Psiquiatría y la Salud Mental.

Debo aclarar que los hechos que presentaré en este apartado y en la siguiente sección del capítulo no es un sustento moral, clínico, técnico o administrativo, más bien serán el relato de una experiencia personal que pretende resaltar que, independientemente de los números técnicos o las finalidades académicas por las cuales se deberían establecer programas o instituciones gubernamentales, el funcionamiento de las últimas está sujeto a las necesidades por poder y hegemonía de gobernantes y sus huestes. Empero, también haré notar que hay un uso discrecional de los servicios clínicos por parte de las llamadas clases sociales subalternas [Gramsci 1935, Modonesi 2012], quienes serán la primera parte de este análisis. En otros términos, haré notar que, lejos de ser un escoyo al poder de las clases hegemónicas, las clases proletarias asumen y promueven las diferencias [Gramsci 1935:228]. Siguiendo a Sider [2003], los “errores” en las implementaciones de los

programas gubernamentales estarán sujetos a todas las caras de la naturaleza humana. Lo cual me permitirá explicar porque, la salud, en tanto un imaginario idealizado pero vacío de significado [Laclau 2005], es afectado sin el menor recaudo por las fuerzas sociales que actúan sobre ella. Resultando en que, cada tanto, es posible notar las perversiones del sistema surgiendo desde el terreno de las relaciones humanas, y no desde el dinero, el cual no se debe asumir como el único mediador en los actos de corrupción del sistema.

En el segundo semestre del 2015 trabajé como Supervisor Médico en el hospital regional en Puebla del ISSSTE, en mi primera oportunidad laboral desde que había concluido con la residencia en psiquiatría tuve la responsabilidad de empezar como médico evaluador en el área de subrogados de dicho nosocomio. Esa área estaba destinada a compensar todas las carencias del hospital, tanto a nivel de recursos humanos como de recursos materiales. Por ejemplo, si el hospital no podía ofrecer trasplantes de córnea, ya sea por falta de competencia de sus oftalmólogos, o por la falta de insumos o espacios en el quirófano para realizarlos, entonces se contrataba a un hospital privado especializado, donde se realizaban los procedimientos y se cubrían los gastos. Este método de trabajo hacía más eficiente el acceso al servicio, si bien se convirtió en la salida fácil, tanto para directivos como para el personal clínico de base, pues al estar protegido su puesto laboral por el sindicato, preferían canalizar a los pacientes antes que defender sus conocimientos o buscar la manera de implementar mejoras en el servicio, evitando la necesidad de aceptar una responsabilidad clínica con ello. Por otro lado, había un argumento similar en los directivos, quienes preferían simplemente costear los gastos a lidiar con las exigencias de los oftalmólogos para la ejecución de beneficios en el sistema. Con esta última idea, era notable que, aunque había servicios que parecían interesados en recuperar estudios que ya eran subrogados, estos eran los menos y parecían más convencidos de continuar “sacando

la consulta” y cobrando su salario, que desgastarse en la atención de las áreas de oportunidad.

En la pequeña oficina de subrogados era frecuente el ingreso de pacientes o familiares que se presumían conectados con la entonces directora del hospital o con los médicos que solicitaban el estudio. Incluso, con los altos funcionarios de la institución, es decir por arriba de la autoridad que sustentaba la dirección. La mayoría amables, pero dispuestos a dejar clara su conexión con algún político “bien colocado” para asegurar que su solicitud realmente fuera procesada. Aunque mi obligación era eliminar solicitudes “excesivas” que no tenían sustento clínico, mi mayor éxito estaba limitado a la negación de estudios electroencefalográficos de psiquiatría, los cuales puedo asegurar eran un derroche. Lo cual obviamente me generó la enemistad de la psiquiatra adscrita al turno matutino, quien por alguna razón que solo puedo explicar a partir de su evidente ignorancia clínica y académica, los solicitaba en abundancia. Una psiquiatra que vale la pena comentar era egresada de los diplomados en psiquiatría de la universidad privada tapatía.

Así, no teniendo otros conocimientos de especialidad, la mayoría de solicitudes eran autorizadas, salvo que el estudio solicitado fuera exageradamente irregular, lo cual no ocurrió hasta unas semanas después de iniciada mi vida laboral en Puebla, cuando se me solicitó apoyar y dar curso al trámite de un estudio llamado “resonancia magnética transrectal”, el cual según el médico urólogo tratante serviría para el diagnóstico de Cáncer de Próstata. Dicho estudio era infrecuente, ya que para tal diagnóstico suele ocuparse un ultrasonido, pero sobre todo, la toma de una biopsia vía punción, para ser evaluada en microscopio por el servicio de patología. Por este último punto consideré que el estudio no estaba bien justificado, ya que no se habían desahogado otros estudios mucho más

accesibles y eficaces para el diagnóstico de cáncer de próstata. Por ello, me atrevía a rechazar el estudio.

Las posibilidades de resolver el dilema incluían la referencia del paciente al tercer nivel en el Centro Médico Nacional del instituto, pero el servicio de referencia y contra-referencia del Hospital Regional no aceptó la solicitud ante la carencia de justificantes adecuados. Acto seguido, el caso lo compartí con los oncólogos del hospital, quienes no objetaron mi razonamiento. De hecho se hicieron invitaciones al urólogo para que acudiera a dar sus argumentos al comité de oncología, nunca se presentó. Después de varias semanas de tener suspendido el estudio, ante la falta de congruencia entre la opinión del urólogo y los oncólogos, la solicitud se movió a la subdirección para ser autorizada. Yo perdí contacto con dicha situación porque fui propuesto como gestor de calidad del mismo hospital. Algunas semanas después mientras platicaba con el subdirector del nosocomio me informó que el estudio fue aprobado por el entonces encargado de despacho en la dirección del instituto, Luis Antonio Godina, con quien aparentemente los pacientes tenían parentesco. El costo del estudio como subrogado generó un gasto de entre veinte mil a treinta mil pesos al Hospital, un estudio que de acuerdo a los propios oncólogos — y a mí — no iba a confirmar ni a diagnosticar el cáncer de próstata con tanta precisión como un ultrasonido y su respectiva biopsia de tejido prostático, que por cierto se hacía rutinariamente en el hospital por los propios médicos imagenólogos, que tomaban muestras para ser analizadas por los propios médicos patólogos del nosocomio. Alguna vez se me llegó a preguntar si yo estaba en contra de la realización del estudio o en contra del paciente, tanto por la directora como por el subdirector, a lo que yo contesté que estaría de acuerdo en subrogar el estudio si se aceptaba hacer la resonancia magnética transrectal para cualquier paciente que lo

solicitará. No recibí más comentarios, probablemente a sabiendas de lo que costaría este posicionamiento al hospital y al instituto.

Analizar la situación descrita en la primera parte de este trabajo implica revisar muchas aristas, una de ellas relacionada con la implementación ilegal del sistema de salud. Sin embargo, en el caso descrito, se pone a discusión la opinión de un experto en una especialidad como urología, en contraste con la opinión de otros expertos en áreas distintas del conocimiento médico, incluyendo oncología. Lo cual, si bien resulta necesario desde un punto de vista legal y administrativo, podría implicar prolongar el tiempo en la elaboración del estudio, generando la posibilidad de escándalos mediáticos, tanto para el hospital como para el instituto, de tal suerte que el argumento de los vínculos familiares entre los pacientes “afectados” y el encargado de despacho podrían ser menospreciados ante titulares como: “Paciente se muere esperando un estudio en el ISSSTE” o “El Hospital Regional Puebla del ISSSTE no atiende paciente con cáncer”. E incluso con respecto a mi persona; “Médico del ISSSTE niega estudio para diagnosticar cáncer a paciente mayor”. Y por ello, aunque en el fondo yo asumía la decisión de aceptar el pago del estudio como incorrecta, en el transcurso de mi tiempo laboral como médico administrativo del instituto entendía, o sopesaba, cuestiones relacionadas con la necesidad clínica o real de los tratamientos en contraste con su necesidad imaginaria, por la capacidad que tenían algunos pacientes o familiares para mover los hilos de la autoridad a su alrededor, no solo por su contacto directo con la vida política a nivel directivo o sindical, sino también, a partir de su capacidad para generar uno u otro escándalo mediático.



## Todos a la canasta, por unos pagan todos

---

La influencia política en el acceso a la salud mental, otra moneda de cambio

Revisados los mecanismos por los cuales las clases sociales en posiciones subalternas se apegan a un patrón de acceso a la salud basado en la cercanía con el poder como método para lograr mayor eficiencia para sí mismos, o para sus propios egos, ocuparé esta última parte del trabajo y del capítulo para explicar un hecho complementario al descrito en el apartado anterior. Es decir un fenómeno en el cual las necesidades, de poder y de clase, motivan el uso de los ideales políticos de las clases subalternas como una plataforma con la cual los grupos privilegiados se mantienen en una posición social hegemónica. Aunque dichos ideales políticos en forma de “ayuda y protección de los desprotegidos” enmascaran intereses individuales. De tal suerte que seguiré utilizando este último punto con base en *Saviours and Survivors*, solo que a diferencia del autor, Mahmood Mamdani, mi propuesta no se puede entender como una demanda territorial étnica o un “*dar*”, sino como la demanda de un “espacio” de atención y protección en salud que también puede ser ocupado como una especie de feudo inmaterial y político a partir del cual se pueden servir sus administradores, lo que les permite obtener ganancias morales, laborales y monetarias. Visto de otro modo, el sistema de salud es un territorio inmaterial del cual se apropian algunos políticos, para justificar su trabajo o un puesto que les dé la posibilidad de llenar necesidades políticas y de privilegios, de la misma forma en cómo un cacique logra imponer su poder dentro de un territorio físico para beneficio personal. Con este último ejemplo se puede traer a cuenta que, si bien el cacique puede mantenerse en el poder amenazando a los pobladores, también puede construirse un disfraz de protector, de

encomendero o de salvador ante las innumerables amenazas del exterior, para tener la bendición de las clases subalternas. De la misma forma, construirse un “*dar*” inmaterial o un coto en el cual se “protegen” a los desvalidos de las amenazas del exterior puede ayudar a posicionar a algunos políticos. Y para este trabajo el mejor ejemplo de este último hecho lo encuentro en la historia de “Doña Viki”.

Virginia González Torres, hermana del “Dr. Simi” — Víctor González Torres — y de Jorge González Torres — el fundador del Partido Verde Ecologista de México (PVEM) —, era un tema de interés ramplón cada cierto tiempo en los pasillos del Instituto Nacional de Psiquiatría (INP), donde se contaba que después de un ingreso involuntario en la misma institución, la ahora psicóloga tomó la bandera de la anti-psiquiatría y los derechos humanos para promoverse a nivel político. De hecho se le consideraba la mente maestra detrás de las manifestaciones “antipsiquiatras” enfrente del Ramón de la Fuente o de cualquier otro psiquiátrico en donde no se comulgara con sus ideas, por ejemplo, el Fray Bernardino Álvarez. De estos últimos hechos hay testimonio [Rodríguez-Cortés 2019], pero también rumores sin confirmar que me llegaban cada cierto tiempo entre una y otra charla con compañeros y maestros durante mi curso de alta especialidad entre marzo del 2014 y febrero del 2015. No sobra decir que gracias a sus contactos políticos Virginia González Torres alcanzó, en el sexenio del “Nuevo PRI” la Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Salud Mental [Secretaría de Salud 2013, Rodríguez-Cortés 2019], promoviendo el llamado Modelo Hidalgo para la salud mental que entre otras cosas se aferra a la “Rehabilitación Psicosocial” [Secretaría de Salud 2013]. Lo cual sería muy loable de no ser por los detalles que debatiré a continuación.

Parece ser que Doña. Viki no actuó con base a una experiencia profesional, técnica, académica o incluso clínica, y como muchos puestos laborales obtenidos a través de los

contactos políticos, la hermana del Dr. Simi obtuvo su puesto por sus migas políticas, y no necesariamente por un curriculum formidable que la avalara, o por lo menos esos eran los rumores vertidos en los pasillos del INP. Este hecho, sería entonces, desfavorable al momento de implementar una lógica racional en los servicios clínicos, dándole prioridad a lo que ella conocía y entendía, es decir una prioridad moral — y carente de conocimiento técnico —, sobre una verdad científica. Así, para probar este último punto quiero explicar la diferencia entre trastornos mentales incapacitantes y crónicos comparándolos con los trastornos mentales temporales y agudos usando el concepto de heredabilidad. Lo cual la señora parece no haber considerado al momento de implementar su Modelo Hidalgo, altamente basado en prejuicios y su ignorancia antes que en un conocimiento técnico o científico.

La heredabilidad es un dato que ayuda a saber la probabilidad que tiene una enfermedad de ser atribuida a factores genéticos antes que a factores ambientales, un parámetro que está más cerca de ser un dato estadístico que una evidencia molecular [Smoller *et. al.* 2008]. Empero, que resulta de relevancia clínica porque se puede dar respuesta ante la siguiente pregunta; ¿de dónde me salió este trastorno mental?

El clínico puede orientarse y resolver la inquietud del paciente atribuyendo el origen de una enfermedad a factores genéticos o a factores ambientales dependiendo de la heredabilidad que tenga el trastorno. Y para este constructo estadístico hay cuatro enfermedades psiquiátricas en las cuales los genes son más importantes que el ambiente, y por tanto tienen una heredabilidad elevada. Estas son el autismo, la esquizofrenia, el trastorno bipolar y el trastorno por déficit de atención e hiperactividad [Smoller 2008]. Es decir, aunque tengamos las mejores condiciones de educación y cuidado, las personas

aquejadas por la combinación “inadecuada”<sup>35</sup> de genes en estos padecimientos los desarrollarán sin importar nuestro esfuerzo por ofrecer el mejor ambiente de desarrollo psicológico posible. De esos trastornos, la Esquizofrenia y el Autismo son los casos más catastróficos desde el punto de vista de la funcionalidad, sobre todo en la edad adulta, si bien el Autismo inicia en la infancia y tiene expresiones relativamente benignas. Ejemplo de esta última afirmación es el que durante mucho tiempo se llamó Síndrome de Asperger. Ahora bien, hablar de casos catastróficos implica una pérdida de funcionalidad social tan severa que la inclusión del paciente en un contexto social queda a cargo de terceros, ya sean familiares o responsables legales, incluyendo al propio estado.

Este último hecho demuestra la notable ignorancia de Doña Viki en su lucha por implementar el Modelo Hidalgo [Secretaría de Salud 2013], quien desconociendo que la Esquizofrenia está asociada a un deterioro cognitivo continuo, de allí el término “demencia precoz” de Emil Kraepelin [Sadock, 2015], implementó un modelo de “Villas” en la antigua granja psiquiátrica del estado de Hidalgo, donde el supuesto era que los pacientes progresarían a lo largo de distintos niveles de rehabilitación para alcanzar al final de cuentas su normalidad. Lo cual, obviamente, nunca ocurrió para el caso de pacientes con esquizofrenia debido a lo ya mencionado. Así las cosas, el modelo Miguel Hidalgo también falló, porque “Villas Ocaranza” el hospital psiquiátrico de Hidalgo, un estado que no ha visto alternancia política en el gobierno estatal al momento de escribir esta tesis, no se ha salvado de las quejas por “tortura y violación a derechos humanos” ante la CNDH [Neria 2013]. Si bien en esas quejas no suele intervenir Doña. Viki. Quizás, por la coalición

---

<sup>35</sup> Lo pongo entre comillas porque la definición de “inadecuado” en este caso es social. Las diferentes expresiones fenotípicas de los genes no está sujeta a un juicio moral de la naturaleza.

que el PVEM mantenía con el Partido Revolucionario Institucional (PRI) hasta mediados del 2018, cuando el primero cambia de aliados políticos.

## La interpretación de los trastornos mentales desde la idea única de la esquizofrenia

En la serie de ponencias que hace Michael Foucault en lo que posteriormente titularía *El poder psiquiátrico* [2005], el filósofo francés expone la historia del rey Jorge III de Inglaterra quien es mermado en su poder por un médico que lo atiende por un episodio maniaco. Sin embargo, el alienista no tiene poder de la nada, ni el rey lo pierde solo por su enfermedad, pues el poder del médico se creó desde que fue investido por las instituciones gobernantes de la época a través de un título profesional [Foucault 2005: 36 - 38]. De esta forma se genera una especie de ciclo, donde el poder que le es otorgado al médico — y la psiquiatra — por las instancias oficiales es el mismo que puede ayudar para mermar o bloquear el poder de alguno de sus miembros. En el caso que plantea Foucault, diagnosticar a Jorge III con una enfermedad mental grave es el primer paso para que otro oligarca pueda acceder al trono. Con la misma idea, quiero concluir esta tesis entendiendo que la dicotomía Psiquiatría/esquizofrenia, donde se asocia a la especialidad médica con dicho padecimiento de manera casi exclusiva sobre cualquier otra enfermedad mental, define por mucho el origen del poder psiquiátrico. Es decir el poder social que Foucault le atribuye a los psiquiatras está en su capacidad para determinar quién está dentro de la conducta social aceptable, y quién no, por tanto la existencia de un psiquiátrico parece indispensable para que se ejerza ese poder.

Ahora bien, mi siguiente razonamiento será contra intuitivo al estigma, pues a diferencia de lo que hace concluir Foucault en el *El poder psiquiátrico* [2005], el trabajo clínico del psiquiatra no siempre ocurre en una clínica psiquiátrica, con lo que este especialista de la medicina puede ejercer su profesión fuera de ese contexto, no obstante que esto último ocurra predominantemente en el ámbito privado, por lo menos en nuestro

país. De hecho, a diferencia de México, en otras naciones los psiquiatras no laboran forzosamente en un hospital psiquiátrico, aún en el ámbito público, ya que incluso las hospitalizaciones psiquiátricas pueden ocurrir dentro de hospitales generales en el segundo nivel de atención sanitaria, donde dichos nosocomios cuentan con pasillos adaptados para la hospitalización psiquiátrica [Julio 2011, Sociedad de Psiquiatría de Madrid 2019]. No obstante, como he intentado destacar a lo largo de esta tesis, por lo menos en México, el estigma vincula al psiquiatra con el hospital psiquiátrico *sine qua non*, empero las patologías mentales van más allá de las que se deben atender en ese lugar. Así, el imaginario popular genera una y otra vez un supuesto donde el paciente mental, sin importar la patología psiquiátrica, está obligado a llevar su terapéutica dentro de esos lugares. De hecho, como descubrí en mi ejercicio de campo, hay psiquiatras que piensan que la “buena” o la “mejor” Psiquiatría es la que se aprende en dicho contexto, menospreciando alternativas como el entorno de enlace. Lo cual no quiere decir que los psiquiatras o los residentes de psiquiatría entiendan que todas las patologías mentales se deben manejar en un psiquiátrico, pero sí que las patologías de mayor interés profesional son las que se resuelven en ese contexto. Es como si un médico general menospreciara una infección de garganta para dedicarse solamente a la reanimación cardiopulmonar. Si bien el segundo ejercicio clínico es más intenso y está relacionado con una imagen más heroica, la frecuencia de demanda es proporcionalmente tan baja que limitar el trabajo de los médicos a la reanimación sería muy ineficiente para cualquier institución.

Por otro lado, las personas que luchan contra la Psiquiatría, lo hacen enfocándose en la idea de que ningún padecimiento atendible por un psiquiatra amerita hospitalizaciones, o incluso que ningún padecimiento psiquiátrico tiene trasfondos orgánicos o genéticos que sobrepasen a las terapéuticas fundamentadas en garantizar las mejores condiciones

ambientales posibles, ya sea con psicoterapia o trabajo social. Por ello asumen que, ni el modelo hospitalario, ni el asilar deberían existir, debido a una premisa donde absolutamente todos los pacientes son capaces de ser rehabilitados hasta la conducta normal. Aquí doy cuenta de que ambos bandos, psiquiatras y anti psiquiatras, se enfrascan en un debate que termina por abandonar a un gran porcentaje de pacientes que necesitan atención en salud mental fuera del psiquiátrico, Es decir, muchos pacientes que no son candidatos a ser hospitalizados dejan de tener servicio médico público porque no se promueve su atención médica al tener una patología demasiado psicológica, y por otro lado, no se mejoran las condiciones de hospitalización o asilo, porque los antipsiquiatras piensan, influidos por el estigma, que la única solución viable a esos enfermos es su liberación o su rehabilitación, cuando este último hecho podría, de acuerdo a la evidencia que ofrece la heredabilidad, no ser factible.

Coexistiendo con estas creencias, visiones e ideales están las políticas sanitarias, en las cuales, de acuerdo a lo que he expuesto, si asumimos a la Psiquiatría como una especialidad que está dedicada solamente al contexto de un hospital psiquiátrico entonces sus padecimientos de interés podrían ser estadísticamente infrecuentes y por tanto su atención estaría limitada a un tercer nivel de atención sanitaria. Lo cual, de hecho ocurre en la mayoría de las entidades federativas de México, incluyendo a Puebla [Sandoval De Escurdia 2004, Secretaría de Salud 2013]. Incluso en muchos estados, no hay siquiera un hospital psiquiátrico [Sandoval De Escurdia 2004]. Este último dato sería comprensible si asumimos la demanda en salud mental contando solamente a los pacientes con esquizofrenia, quienes apenas y representan el 1% de la población (Cuadro I). Desde esa perspectiva puede ser acertado limitar el gasto público en psiquiatras, quienes por otro lado, en varios casos, restringen sus actividades laborales en el sector público a ese entorno



profesional. En otros términos, la planificación en salud pública relacionada con las demandas sanitarias en patologías mentales no está basada en la estadística, sino que está influida por dos imaginarios; el primero, el de los psiquiatras que defienden su entorno laboral ideal dentro del hospital psiquiátrico, y el segundo, el de los aquejados por trastornos mentales no hospitalizables, quienes no demandan apoyo clínico, ante el estigma y el miedo de ser ingresados al hospital mental por acudir con un psiquiatra. De esta forma la presión política y social es suficiente para que las instituciones sanitarias públicas abandonen el esfuerzo por atender un perfil de pacientes y promuevan de forma paralela su manejo en el servicio privado, o incluso por otros médicos como los neurólogos cuando son problemas clínicos que le competen a un médico especialista en psiquiatría.

Sin perder de vista lo ya señalado, es cierto que los grupos de antipsiquiatras, promueven una comprensión inadecuada y parcial de las necesidades en salud mental. Por ejemplo, estos últimos se esfuerzan por “liberar” del asilo a pacientes asilares que, de no ser porque están a cargo del gobierno, podrían morir abandonados y en condición de calle. Es decir, quieren liberar a las personas del resguardo donde se puede evitar que mueran por omisión o comisión. Empero, quienes trabajan en el psiquiátrico no promueven cambios del entorno asilar u hospitalario que garanticen la seguridad y el bienestar de los pacientes. Entre estos dos frentes, hay ganancias para quien sabe ubicarse en el momento y en la situación adecuada. Por ejemplo, el activismo “pro salud mental”<sup>36</sup> promueve una posición política, económica y de poder para sus dirigentes, mientras tanto en el otro frente está el médico que encuentra un nicho de “desarrollo” laboral y hasta sindical justificando la existencia del psiquiátrico. El primer frente lo ejemplifiqué con el caso de Doña Viki, pero el segundo se vio en dos puntos que salieron a la luz durante mis entrevistas. El primer

---

<sup>36</sup> Hay un grupo de asociaciones civiles bajo esa frase promocional: <http://humanamente.org.mx/voz-pro-salud-mental>

punto se descubrió con el testimonio de la Dra. María quien da cuenta de la falta de interacción laboral de una residente con el personal sindicalizado del manicomio. Y por el otro lado con el testimonio de la Dra. Lara, quien da cuenta del desplazamiento de los residentes desde el hospital universitario de Puebla hacia un hospital psiquiátrico que ya estaba en decadencia, con adscritos formados sin la rigurosidad del examen nacional de residencias, y en abandono, destinando a los residentes para manejar los destinos de los pacientes internos o asilados en el Rafael Serrano sin una supervisión mínima adecuada aparente. Hecho que también se pudo constatar con la entrevista a la Dra. Palma.

## REFLEXIONES

---

Antes de hablar de Psiquiatría, puedo decir que “a grandes rasgos”, en este trabajo he mostrado la forma en que las ciencias médicas se entretujan con los imaginarios sociales. Como dije en la introducción, para enfocar mi interés científico de manera eficiente, en mi primera experiencia formal con la Antropología he aprovechado mis antecedentes para hacer un proyecto de investigación viable y relevante. Así, a lo largo de mi vida profesional entendí de primera mano que hay problemáticas que no suelen ser del interés académico habitual de la “Medicina Basada en Evidencias”, una corriente médica científica que plantea como indispensables la investigación cuantitativa y deductiva, donde el uso de amplias poblaciones es imprescindible para generar conclusiones válidas [Junquera 2003 *et al.*]. Empero, como lo he podido mostrar en este trabajo, esta corriente científica no tiene la capacidad para influir en la implementación del sistema sanitario público real, pues si esto fuera cierto, el servicio de salud mental en nuestro sistema sanitario tendría que ser, por sí solo, casi tan importante como el resto de los servicios médicos, por lo menos de acuerdo a la propia estadística. Y tampoco tiene las herramientas para dar cuenta de las influencias sociales que subyacen a dicho sistema. Por eso, esta investigación realizada con las herramientas de la etnografía sí es capaz de mostrar qué, si bien la Medicina Basada en Evidencias ofrece valiosos datos cuantitativos, no es capaz de obtener los resultados que surgen de la interacción humana y de las distintas influencias sociales, incluyendo el poder y la cultura. Paradójicamente la Medicina Basada en Evidencias se convierte en un instrumento político de los médicos, que la usan para crear un imaginario, o un significante vacío [Laclau 2005]. Ese significante vacío, como bien describe Ernesto Laclau [2005] puede ser llenado por múltiples expectativas, incluyendo la idea de una oferta sanitaria

innovadora, que resuelve las necesidades individuales en salud del paciente, pero también del médico clínico que quiere vender sus servicios. Sin embargo, no es apto para la construcción de un sistema sanitario público eficaz, si bien se usa. Todo lo anterior se ha evidenciado en este trabajo poniendo de ejemplo al psiquiatra y su relación con el estigma, el cual es usado convenientemente, una y otra vez, como eje rector de las decisiones tomadas por grupos sociales aparentemente antagónicos, pero que comparten su posición de clase hegemónica.

Por otro lado, elaborar este trabajo también buscó resolver inquietudes académicas al incursionar en un nicho de investigación que no se plantea desde la perspectiva habitual de la Antropología. Este último punto lo menciono porque con la revisión de algunos trabajos antropológicos que hice a lo largo de mi investigación, me quedó claro que el interés de la disciplina estaba en el usuario de los sistemas sanitarios, sin contemplar los fenómenos sociales que definen al profesional que atiende a los pacientes. Por ejemplo, en *Critical Medical Anthropology* coordinado por Jennie Gamlin [2020], encontré una revisión extensa de las deficiencias de los sistemas sanitarios de latinoamérica y de sus consecuencias en la población usuaria de la región, donde el sujeto de interés está dentro de la población usuaria, incluyendo poblaciones indígenas que no tienen acceso a la salud que ofrece la Medicina Basada en Evidencias y que buscan lograr ese derecho por medio de los conocimientos tradicionales “indígenas” u “originarios”. Hechos que han sido revisados ampliamente por varios otros autores latinoamericanos y mexicanos [Bruno-Boccarda 2007, Campos Navarro 2014, Freyermuth *et. al.* 2006]. Es decir, me quedaron claras las consecuencias de las deficiencias del sistema público latinoamericano, y la importancia de esas deficiencias en los usuarios, porque fueron atinadamente descritos con los resultados de la investigación antropológica. Sin embargo, creo que mi investigación aporta y

complementa esos estudios porque ayuda comprender el trasfondo cultural y social que influye en las opiniones “científicas” de los grupos que dirigen la implementación de dichos sistemas sanitarios. Sin dejar de seguir las bases ontológicas y epistemológicas de la Antropología.

De hecho, Graciela Freyermuth, en su artículo, *Del curanderismo a la influencia aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la Antropología Médica* [2006], define las bases de la Antropología Médica, y plantea que a diferencia de otras disciplinas, incluyendo la Sociología Médica, la primera comprende el proceso “salud/enfermedad/atención” a través de las similitudes y diferencias socioculturales aplicando una metodología de corte cualitativo y privilegiando lo micro con respecto a lo macro, utilizando la etnografía como herramienta fundamental. De esta forma, mi trabajo usó al estigma como un ejemplo de las influencias sociales y culturales que afectan el juicio y el criterio “científico” de las clases hegemónicas, en donde deberíamos incluir a los psiquiatras, por lo menos para Foucault [2005]. Con ello quiero defender mis antecedentes formativos, sin menospreciar la influencia que estos tienen en la interpretación de este trabajo, pero apreciándolos y valorándolos como una herramienta que facilitó el acceso a un grupo social que por su situación de clase puede ser poco accesible al antropólogo no psiquiatra o no médico. Además, mis antecedentes ayudaron a trazar un plan de trabajo capaz de obtener información relevante y satisfactoria aún en el contexto de una pandemia. Con esto en cuenta, estaría de acuerdo en criticar mis influencias personales, sin embargo todo lo que se ha presentado aquí, como toda buena investigación, está sujeto al escrutinio científico social para ser confrontado o refutado. Pero, al mismo tiempo, creo que son hechos que se deben analizar hasta no demostrar lo contrario. No solo por el bien de los médicos sino por el bien de la población que accede a los servicios de salud públicos.

Sin perder de vista lo ya mencionado, lo que he presentado aquí también sirve para entender que el médico ofrece “salud” como un bien que el paciente obtiene bajo su tutela y su experiencia. Y que la experiencia la obtiene durante el tiempo en que se desarrolla su capacitación académica, y durante el tiempo que invierte como profesional ya egresado. Es decir, el médico está inmerso en un gran mercado sanitario [Van der Stuyft 2008], donde se asume que la calidad del servicio que puede “comprar” un paciente en ese mercado estará directamente relacionada a la calidad de la formación y la cantidad de años obtenidos en el ejercicio profesional del médico. Con esto en mente, es fácil comprender que definirse como un médico experto es importante para aumentar el ingreso de dinero a cambio de una consejería sanitaria. En otras palabras, el dinero entregado por el paciente busca adquirir salud, ya sea que esta se obtenga a través de una receta médica o de alguna recomendación sanitaria. Lo que ocurre también en el ámbito público donde el costo de obtener los conocimientos médicos que den una cura es cubierto por el estado. Sin embargo con la Psiquiatría no es tan sencillo, y menos cuando esta se desarrolla en un sistema público sanitario afectado por el estigma.

Para entender el papel del estigma en el mercado sanitario, donde se debería entregar dinero por salud mental, he presentado las diferencias estadísticas entre dos especialidades, por un lado la Neurología y por el otro lado la Psiquiatría, dos especialidades médicas que suelen coincidir en la atención de pacientes y patologías. Al notar que en la actualidad la Medicina ofrece diagnósticos, tratamientos y pronósticos como disciplinas separadas, ya sea desde el punto de vista orgánico al dividir sus áreas de atención clínica con expertos del corazón, del cerebro, del estómago o del útero; o desde un punto de vista que divide a los pacientes por etapas de la vida, con expertos del niño o del anciano, se puede concluir que el mercado de la “salud” se ha dividido. De esta manera,

determinar un diagnóstico de neurología o de psiquiatría, aunque parezcan similares hace una diferencia importante cuando hablamos de un mercado sanitario. Sobre todo cuando se revisa la estadística, pues de acuerdo a lo señalado en el capítulo tercero, el mercado de la psiquiatría sería bastante más amplio que el de la Neurología. Sin embargo, en el sistema sanitario público esta diferencia no se refleja, pues como se ha visto la interpretación que se hace del papel del psiquiatra en el servicio público es a partir de una sola patología, la más disfuncional e incapacitante de todas, la esquizofrenia, una enfermedad que suele estar asociada con la reclusión del paciente. Por tanto, catalogar a los trastornos de ansiedad, a los trastornos de angustia o a los trastornos depresivos como problemas de los “nervios”, automáticamente permite que la población distinga en su imaginario social a las personas que deben de ir con un neurólogo y quienes se deben dirigir “al encierro” con un psiquiatra.

Siguiendo la misma idea, un dato bastante revelador reportado por Rebecca Shmidt en su libro *Psychiatry Board Review*, afirma que aunque el 80 % de los pacientes con Tumores Cerebrales tienen síntomas psiquiátricos, **solamente** del 0.1 al 3% de los pacientes psiquiátricos tienen un tumor cerebral. Con su estadística que puede ser comparable con otras patologías de la Psiquiatría para con las de Neurología de acuerdo a lo que mostré, Shmidt nos deja claro que la proporción de patologías orgánicas dentro de los Trastornos Mentales es bastante baja, mientras que la mayoría de los problemas neurológicos sí tienen síntomas psiquiátricos, lo que significa que en cuanto a recursos humanos, el número de Psiquiatras con respecto al de Neurólogos debería ser una balanza inclinada hacia un mayor número de los primeros con respecto a los segundos, por ello también se entiende que muchos países, como México, ponen a la Psiquiatría como especialidad de entrada directa, mientras que “obligan” a hacer un curso de Medicina Interna a quienes desean hacer Neurología, generando un filtro que limita la cantidad de egresados de la segunda

especialidad. Lo interesante en este razonamiento, es que cuando se analiza el campo laboral o al número de plazas destinadas para estas especialidades, la proporción de psiquiatras y neurólogos suele ser de 1/1 en un hospital general, lo que deriva en una saturación de ambos servicios. Los primeros porque son muy pocos para las necesidades poblacionales reales [Medina-Mora 2003], y los segundos porque suelen tener una gran cantidad de pacientes que en realidad deberían de ser manejados en el servicio de salud mental. Lo cual no ocurre en el sistema privado, pues el estigma dirige a la búsqueda de neurólogos a los pacientes con trastornos, ansioso o afectivo, para evitar el encierro, el cual ven como parte de la definición del poder psiquiátrico.

Por otro lado, se puede ver que la salud mental se aterriza con base a estigmas, imaginarios e ideales que no se relacionan con la realidad, los cuales son aprovechados por la política de uno y otro bando. En este sentido los residentes que entran a un psiquiátrico se ponen una camiseta que al parecer está más vinculada con sus deseos por validar a la institución, la cual, aún con sus deficiencias, les dará un título de formación profesional, probablemente porque ese título a su vez, como afirma Foucault, les dará una posición de clase más hegemónica. Sin embargo, me pregunto si estos residentes que prefieren ver al paciente psicótico agudo o en un estado de manía intenso, serán empáticos cuando tengan que escuchar en un consultorio de consulta externa a una paciente llorando con ansiedad generalizada o un episodio depresivo mayor después de una ruptura de pareja, por citar un ejemplo. Por lo que “ponerse la camiseta” de un psiquiátrico, puede llevar al abandono de iniciativas que lleven a los psiquiatras a involucrarse y promover un entorno médico laboral más general, donde convivan con médicos de otras especialidades. En el estado de Puebla, se decidió centralizar sus servicios de salud mental, sin ofrecer apoyo a la población del interior del estado, salvo por la contratación de licenciados en psicología que se ven



saturados y sobrepasados por las necesidades reales de poblados y municipios. Probablemente porque se asumió que había muy pocos esquizofrénicos en el estado, sin considerar la población que podría padecer trastornos de ansiedad, trastornos depresivos mayores o crisis de pánico. Las cuales tampoco se resuelven, pues dichos padecimientos no son considerados relevantes por el gremio médico, como también he mostrado aquí, pero tampoco por los psiquiatras que prefieren desarrollar su labor en el entorno hospitalario psiquiátrico asilar.

Me preocupa entonces que la continuidad y la defensa de un hospital psiquiátrico como el Batán ocurra a expensas de un imaginario conveniente para unos cuantos empleados con “privilegios” sindicales a costa de residentes y pacientes, sobre todo los que se encuentran en grado de abandono, pero que funcionan como ese “*homo sacer*” que Giorgio Agamben [2006] describió. Ese hombre despojado de su humanidad pero que en su inutilidad es útil para la existencia de otros dentro de la sociedad. Es decir, el paciente deteriorado, prácticamente en el abandono con un elevado deterioro cognitivo sirve para justificar la continuidad de un hospital psiquiátrico y de sus puestos laborales.

## Referencias:

Agamben Giorgio

2006 *Homo Sacer en Homo Sacer. El Poder Soberano y la nuda vida*. Traducción y notas de Antonio Gimeno Cuspinera, Pre-Textos. Primera edición 1998 Valencia. Pp:93 - 97

Albarrán García y Chávez Iñiguez

2015 Descripción del fenómeno de puerta giratoria en pacientes hospitalizados en la unidad de agudos del hospital psiquiátrico “Dr. Rafael Serrano” de la Ciudad de Puebla, tesis para obtener el título de médico especialista en psiquiatría, Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla.

Almanza, Erick

2020 Estudiantes de Puebla realizan “megamarcha” para exigir justicia por asesinato de alumnos. El Financiero. Nacional.  
<https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/estudiantes-de-puebla-realizan-megamarcha-para-exigir-justicia-por-asesinato-de-alumnos> Consultado en 2021, Archivo web.

Althusser, Louis

1971 *On the reproduction of capitalism: Ideology and Ideological State Apparatuses*. Edición 2014, Verso. Londres.

American Psychiatric Asociación

2014 Trastornos depresivos en *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*, Primera Edición. American Psychiatric Publishing. Washington, DC. Pp: 103 - 127

Amigo, Silvia

2005 El goce fálico y la significación fálica, en *El fracaso del fantasma*, Silvia Amigo, Segunda Edición, Editorial Homo Sapiens, Santa fe, Argentina. Pp: 19-44

Animal Político

2020 Asesinan en Puebla a tres estudiantes de medicina y a un conductor de Uber. 24 de Febrero <https://www.animalpolitico.com/2020/02/puebla-estudiantes-medicina-asesinados> Archivo web.

Ayala Flores Hubonor

2007 “Salvaguardar el orden social. El manicomio del estado de Veracruz (1883-1920)”, Zamora, Michoacan. El Colegio de Michoacan. Colección Premio Luis González y Gonzalez.

Becker, Gary S.

1993 *Human Capital. A theoretical and Empirical Analysis with Special Reference to Education*. Tercera Edición en inglés. University of Chicago Press.

Berrios, Germán E.

- 2008 *Historia de los síntomas de los trastornos mentales*, primera edición, Fondo de Cultura Económica. Ciudad de México.
- Berrio Puerta, Ayder  
 2010 La exclusión-inclusiva de la nuda vida en el modelo biopolítico de Giorgio Agamben: algunas reflexiones acerca de los puntos de encuentro entre democracia y totalitarismo. *Estudios políticos*. Universidad de Antioquia Pp: 11-38.
- Boas, Franz  
 1928 *Anthropology and Modern Life*. Re-editado en 1960, W.W.Norton & Company Inc., Nueva York
- Bunzl, Matti  
 1996 *Franz Boas and the Humboldtian tradition: From Volksgeist and Nationalcharakter to an anthropological concept of culture* en *Volksgeist as Method and Ethic: Essays on Boasian Ethnography and the German Anthropological Tradition*, George Stocking, University of Wisconsin, Pp. 17-78.
- Bourdieu, Pierre  
 1987 Los tres estados del capital cultural, *Sociológica, revista del departamento de sociología*. Año 2, número 5, otoño. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Bourdieu, Pierre  
 1979 *La Reproducción. Elementos para una Teoría del Sistema de Enseñanza*, Segunda Edición en 1996, en español, Editorial Laia SA, Barcelona,
- Bruno-Boccaro, Guillermo  
 2007 Etnogubernamentalidad, La formación del campo de la salud intercultural en Chile, en *Chungara, Revista de Antropología Chilena*, Volumen 39, No. 2, Pp. 185-207
- Campos Navarro, Roberto  
 2014 *Nadie nos puede arrebatarnos nuestro conocimiento...proceso de legalización de las medicinas indígenas tradicionales de México y Bolivia*. Programa Universitario de Estudios de la Diversidad Cultural y la Interculturalidad. UNAM. Ciudad de México-La Paz
- Castellanos-Martin H.D. y Topete-Arellano L.R.  
 2019 La presencia de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios en Zapopan: Más de un siglo de hospitalidad. *Salud Jalisco*. Cultura Médica. Año 6. Número especial, septiembre. Universidad Autónoma de Guadalajara.
- Castellanos Robayo, Jorge  
 1977 Situaciones de Cobertura, niveles de atención y atención primaria, *Boletín de la oficina sanitaria panamericana*. Junio. 478-492
- Cerecero-García, Diego, *et. al.*

2020 Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana en *Salud Pública de México*, Vol. 62 No. 6. Noviembre-Diciembre. Pp. 840-850

Colegio Médico de México

2020 Prevalencia del Parkinson en México, Home,  
<https://www.colegiomedicodemexico.org/portfolio/prevalencia-del-parkinson-en-mexico> Consultado en 2021

Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud  
{CIFRHS}

2018 Registro Nacional de Residencias Médicas, CIFRHS,  
[http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/residencias/docs/RSNRM\\_181114.pdf](http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/residencias/docs/RSNRM_181114.pdf),  
consultado en 2021. Archivo pdf.

Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud  
{CIFRHS}

2019 Plazas para médicos seleccionados para cursos de especialización de Entrada Directa,  
[http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/enarm/docs/2019/E43\\_plazas\\_mex\\_lugares\\_ext\\_2019.pdf](http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/enarm/docs/2019/E43_plazas_mex_lugares_ext_2019.pdf), Consultado en 2021, Archivo pdf

Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud  
{CIFRHS}

2020 Plazas para médicos seleccionados para cursos de especialización de Entrada Directa,  
[http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/enarm/docs/2020/E44\\_plazas\\_mex\\_lugares\\_ext\\_2020.pdf](http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/enarm/docs/2020/E44_plazas_mex_lugares_ext_2020.pdf), Consultado en 2021, Archivo pdf

Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud  
{CIFRHS}

2021 Convocatoria XLV Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas,  
[http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/enarm/docs/2021/E45\\_convocatoria\\_2021.pdf](http://www.cifrhs.salud.gob.mx/site1/enarm/docs/2021/E45_convocatoria_2021.pdf)  
Consultado en 2021, Archivo pdf.

Consejo Mexicano de Psiquiatría

2021 Contacto, Consejo Mexicano de Psiquiatría,  
<https://consejomexicanopsiquiatria.org.mx/contacto> , consultado en 2021

Coronil, Fernando

1997 *The Magical State: Nature, Money and Modernity in Venezuela* The University of Chicago Press, Chicago.

De la Fuente, Juan Ramón, Heinze, Gerhard

2014 La enseñanza de la Psiquiatría en México, *Salud Mental*, Número 37 Pp: 523 -530

De Allende, Carlos María

2001 El Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas, Evaluación del proceso interinstitucional para la selección de médicos aspirantes a residencias médicas. Folleto informativo, Comisión interinstitucional para la formación de Recursos humanos para la salud. Cuernavaca, México.

Durán-Gonzalez Lilia *et. al.*

1990 Uso del cuadro básico de medicamentos en el Primer Nivel de Atención, *Salud Pública de México*, Septiembre-Octubre Vol. 32. No. 5 543 - 549

Espinoza, Maribel

2014a El Batán es el único hospital psiquiátrico que interna a pacientes con trastornos mentales en Puebla, *poblanerías.com*, DESTACADO, 06, Octubre.  
<https://www.poblanerías.com/2014/10/el-batan-lleva-47-anos-brindando-servicio-hospitalario-para-enfermos-mentales>, consultado en 2019-2020-2021, archivo web.

2014b El Batán atiende a 230 poblanos con enfermedades mentales, *poblanerías.com*. Destacado. Sociedad. Octubre. <https://www.poblanerías.com/2014/10/el-batan-atiende-a-230-poblanos-con-enfermedades-mentales>.archivo web.

Fife Wyne

2005 “*Methods for Micro-Level Research*” en *Doing Fieldwork: Ethnographic Methods for Research in Developing Countries and Beyond*. Palgrave-MacMillan, Nueva York y Londres: Pg 174

Featherstone, Mike

1990 *Global Culture, Nationalism, Globalization and Modernity*, Primera Edición, SAGE publications, Londres –Nueva Delhi.

Freyermuth Graciela, Sesia Paola

2006 Del curanderismo a la influencia aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica, en *Desacatos*, núm 20. Enero-Junio Pp. 9-28.

Foro ENARM

2021 MEJORES SEDES PARA PSIQUIATRÍA, Foro ENARM,  
<https://www.foroenarm.org/t13719-mejores-sedes-para-psiquiatria?highlight=instituto+de+psiquiatria>, Consultado en 2021

Foucault, Michel

2005 “*El poder psiquiátrico. Curso en el Collège de France (1973-1974)*”, Traducido por Horacio Pons, Fondo de Cultura Económica – 1ra ed. En español, México D.F. (Ahora CDMX).

Gil Sánchez, Georgina

2015 Actitudes de los estudiantes de medicina hacia los trastornos mentales, tesis para obtener el título de médico especialista en psiquiatría, Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla.

- Gobierno del Estado de Hidalgo  
2013 Acceso a la salud para todos los poblanos en 2do informe de Gobierno de Rafael Moreno Valle Pp. 252. [www.puebla.gob.mx](http://www.puebla.gob.mx). Archivo pdf.
- Goffman, Erving  
1963 *Stigma and Social Identity* en *Stigma, Notes on the Management of spoiled identity*. Reimpreso en 1986, Penguin Londres:. Pp 5 – 36.
- Goldberg, Alejandro  
2010 Exploración antropológica sobre la salud/enfermedad/atención en migrantes senegaleses de Barcelona, Cuicuilco, número 49, julio-diciembre, Pp: 139-156.
- Gómez-Dantés Octavio, Frenk Julio *et. al*  
2011 Sistemas de salud de México, *Salud Pública de México*, vol. 53, suplemento 2. 220-231
- González, Blanca Zoila  
2012 *Entre tarahumaras, coras y huicholes. Algunos aspectos sobre la “locura”*. Primera edición, UNAM, Ciudad de México.
- Grajeda Gonzalez, Samara Lisette  
2019 Prevalencia de comorbilidad entre los rasgos de trastornos de personalidad y consumo de sustancias en pasantes de medicina, tesis para obtener el título de médico especialista en psiquiatría, Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla.
- Gramsci, Antonio  
1935 Cuaderno 9 (XXI) Notas para una introducción al estudio de la gramática. Cuadernos de la cárcel. Edición crítica del Instituto Gramsci, A cargo de Valentino Gerrata. Tomo 6. Ediciones Era [1999].
- Gutiérrez, Patricia  
2020 Puebla es el estado 11 en aportación al PIB nacional: inegi en La Jornada de Oriente, diciembre 10, <https://www.lajornadadeoriente.com.mx/puebla/puebla-es-el-estado-11-en-aportacion-al-pib-nacional-inegi/> Consultado en 2021. Archivo Web.
- Hackspiel, María Mercedes  
2014 Dilemas bioéticos en los niveles de atención en salud y atención primaria. *Revista lasallista de investigación*, Vol 11 No.1 234-235.
- Hamui Sutton, Alicia  
2015 La pregunta de investigación en los estudios cualitativos en Metodología de Investigación en Educación Médica. UNAM, Facultad de Medicina. Ciudad de México. Pp 49-54
- Herrera Martinez, Mónica Patricia

2018 Epidemiología del trauma craneoencefálico, Revista Cubana de Medicina Intensiva y emergencias. Vol. 17 Universidad de Cartagena.  
[http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/540/html\\_166](http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/540/html_166). Consultado en 2021. Archivo pdf.

#### Infobae

2020 La tragedia en Huejotzingo paso a paso: así fue el asesinato de los estudiantes de medicina que indigna a México. 25 de febrero.  
<https://www.infobae.com/america/mexico/2020/02/25/la-tragedia-en-huejotzingo-paso-a-paso-asi-fue-el-asesinato-de-los-estudiantes-de-medicina-que-indigna-a-mexico>. Archivo web.

#### Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM

2021 Principales modelos de seguridad social y protección social. Acervo de la Biblioteca Jurídica Virtual del IJUNAM.  
<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3120/4.pdf>  
Consultado en 2021

#### Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

2018a Esquizofrenia, INNN, Gobierno de México.  
<http://www.innn.salud.gob.mx/interna/medica/padecimientos/esquizofrenia.html> ,  
Consultado en 2021

2018b Trastorno Bipolar, INNN, Gobierno de México.

<http://www.innn.salud.gob.mx/interna/medica/padecimientos/tbipolar.html> ,  
Consultado en 2021

#### Instituto Nacional de Psiquiatría

2021 Oferta académica en inprf, enseñanza.  
<http://www.inprf.gob.mx/ensenanzanew/ensenanza.html> Consultado en 2021

#### Instituto Nacional de Salud Pública

2012 Informe Final. *Evaluación de las Unidades de Especialidades Médicas de Enfermedades Cónicas (UNEMES-EC)*, Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Noviembre. Única Edición. Ciudad de México.

#### Jennie Gamlin, et. al.

2020 *Critical Medical Anthropology Perspectives in and from Latin America*, UCLPress. Londres.

#### Julio, Vignolo

2011 Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud *Archivos de Medicina Interna*, 2011, Montevideo Pp. 11-13.

#### Junquera L.M. et. al.

2003 Medicina basada en evidencias (MBE). Ventajas, en *Revista española de Cirugía oral y Maxilofacial*, No. 25, Parte 1. Oviedo. España.

Kirmayer, L. J.

2001 *Why cultural anthropology needs the psychiatrist' en Sapir's vision of culture and personality. Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 64(1), 23–31

Kozinets Robert V.

2010a *Reserchirng Online: Methods en Netnography. Doing Ethnography Research Online*, Publicaciones SAGE Ltd. Primera Edición 2010. Pp 41 - 57

2010b *The Method of Netnography en Netnography. Doing Ethnography Research Online*, Publicaciones SAGE Ltd. Primera Edición 2010. Pp 58 - 73

Laclau, Ernesto

2005 *La razón populista*, Traducción de Soledad Laclau, Fondo de Cultura Económica. Ciudad de México.

Lagunes-Cordoba Emmeline, Davalos Alan, *et al.*

2020 *Mental Health Service Users' Perceptions of Stigma, From the General Population and From Mental Health Professionals in Mexico: A Qualitative Study. Community Mental Health Journal* . <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00706-4>

Llaven Anzures, Yadira

2020 Incomunicados, amarrados y con sanitarios en pésimas condiciones viven usuarios del psiquiátrico “El Batán”: ONG, *La jornada de Oriente*, A la hora de la verdad, Edición Puebla-Tlaxcala, Diciembre 11, <https://www.lajornadadeoriente.com.mx/puebla/incomunicados-amarrados-y-con-sanitarios-en-pesimas-condiciones-viven-usuarios-del-psiquiatrico-el-batan-ong>, consultado en 2021, archivo web.

López, Jimena

2018 *Chuvaj: un acercamiento a la enfermedad tsotsil de la locura*. Tesis de Licenciatura. Departamento de Antropología, Universidad de las Américas Puebla. San Andrés Cholula.

López Roldán, Roberto Carlos

2018 Entre lo jurídico y lo médico, discusiones en torno a la enfermedad mental, Hospital de San Roque, Puebla, México. Tesis para obtener el grado de Maestría en Historia, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades “Alfonso Vález Pliego”, de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla.

Malinowski, Bronislaw

1922 *Introduction, the sujet, method and scope of this inquirí en Argonauts of the Western Pacific*. Reimpreso en 2002, Routledge, Londres. Pp. 1-25.



- Macip, Ricardo F.  
2020 *The party is over: cracking under Sana Distancia en Mexico* en *Dialectical Anthropology*. <https://doi.org/10.1007/s10624-020-09594-2>
- Mamdani, Mahmood  
2009 *Saviors and Survivors: Darfur, Politics and the War on Terror* Pantheon, NY.
- Márquez –Caraveo, Maria Elena *et. al.*  
2017 Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro: 50 años de atención a la salud mental de niños y adolescents en México, en *Salud Pública*, Vol 59 no. 4, Jul-Ago, Cuernavaca México. Pp. 477 – 484
- Martin, Emily  
2007 *Bipolar expeditions: Mania and Depression in American Culture*. Princeton: Princeton University Press.
- Marx, Karl  
1867 *El capital I. Crítica de la Economía Política*. Edición en español del 2005, Fondo de Cultura Económica. Ciudad de México.
- Modonesi, Massimo  
2012 Subalternidad, Conceptos y fenómenos fundamentales de nuestro tiempo. Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM.  
[http://conceptos.sociales.unam.mx/conceptos\\_final/497trabajo.pdf](http://conceptos.sociales.unam.mx/conceptos_final/497trabajo.pdf)  
Consultado en 2021
- Medina-Mora, Ma. Elena  
2003 Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de-Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, Vol. 26, No.4. Agosto. Pp.. 1-16.
- Melliassoux, Claude  
1988 *Antropología de la esclavitud*. Edición 2013, México: Siglo XXI. Pp. 11-88.
- Menéndez, Eduardo  
2018 Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos, *Desacatos* 58, septiembre-diciembre, Pp. 104-113
- Morales Cárdenas, Marisa  
2016 Frecuencia de crisis parciales complejas en pacientes psicóticos de la consulta externa del hospital psiquiátrico Dr. Rafael Serrano, tesis para obtener el título de médico especialista en psiquiatría, Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla.
- Morillón Maribel  
2020 Por negligencia médica murieron 98 internos en El Batán, acusa ONG,

*e-consulta.com*, Sociedad, Martes 27 de Octubre.  
<https://www.e-consulta.com/nota/2020-10-27/sociedad/por-negligencia-medica-murieron-98-internos-en-el-batan-dri-mexico>

Neria, Gerardo

2013 Tortura y violación a derechos humanos en Villa Ocaranza: CNDH en *Independiente de Hidalgo*. Estado de Hidalgo, México.  
<https://www.elindependientedehidalgo.com.mx/hemeroteca/2013/11/161516>  
Consultado en 2020.

Ocejo, Richard E.

2013 “Introduction: Sociology’s Urban Explorers” en *Ethnography and the City. Readngon Doing Urban Fieldwork, John Jay Collegue of Criminal Justice, CUNY*. Nueva York pp. 1- 15.

Organización Mundial de la Salud

2006 Trastornos Neurológicos, desafíos para la salud pública. WHO Press, Ginebra  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy> Consultado en 2021, archivo pdf.

Organización Mundial de la Salud

2019 Epilepsia, datos y cifras. Centro de Prensa de la Organización Mundial de la Salud.  
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy> Consultado en 2021.

Organización Mundial de la Salud

2021 Coronavirus en Temas de Salud.  
[https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab\\_1](https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_1)

Palacios Cruz, Lino *et. al.*

2011 Conocimientos, creencias y actitudes en padres mexicanos acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Salud Mental*, Vol. 34. No. 2 Pp.- 149-155

Pastrana Maldonado, Eneida

2010 *Urgencias Reales y Sentidas, uso racional del servicio de urgencias en un hospital general de segundo nivel*, tesis para obtener el título de médico especialista en urgencias médico quirúrgicas, Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional. Ciudad de México.

Pareyón, Armando

1975 17 en *Manicomio General de México*, Editorial Diana, Primera Edición. México D. F. Pp 227-244

Puente López, Marco Antonio

2019 Mejora de síntomas de ansiedad con la realización de ejercicio físico basado en la práctica de artes marciales, tesis para obtener el título de médico especialista en psiquiatría, Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla.

Real Academia Española (RAE)

2020 *Diccionario de la lengua española*, edición del tricentenario, actualización 2020, Madrid, <https://dle.rae.es/estigma>, Año 2020, archivo web.

Real Academia Española (RAE)

2021 *Diccionario de la lengua española*, edición del tricentenario, actualización 2021, Madrid, <https://dle.rae.es/?w=batán>, Año 2021, archivo web

Revistapelotero

2016 La Después de 103 años, el Hospital Psiquiátrico de Nuestra Señora de Guadalupe cierra sus puertas, 11 de febrero, <https://pelotero.blog.wordpress.com/2016/02/11/hospital-psiquiatrico-de-nuestra-senora-de-guadalupe>. Archivo web.

Rios Molina, Andrés

2008 *Locura y encierro psiquiátrico en México: El caso del Manicomio La Castañeda* 1910 Antípoda. n°6. enero-junio. Páginas 73-90 issn 1900-5407

Rivera Garza, Cristina

1999 *Nadie me verá llorar*. México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes / Instituto Nacional de Bellas Artes / Tusquets Editores,

Reguillo, Rossana

2002 El otro antropológico, Poder y representación en una contemporaneidad sobresaltada. *Análisis*, 29, 63-79, <https://core.ac.uk/download/pdf/13267366.pdf>, ITESO, Jalisco, archivo pdf.

Robles, Rosario

2021 Rafael Serrano: la consagración de un hombre de ciencia, digno egresado del Colegio del Estado. *Círculo Cultural Rafael Serrano*. Número 10. Año 7. <https://circuloculturalrserrano.wordpress.com/about> Consultado en 2021, Archivo web. Consultado en 2021

Rodríguez-Cortés, Raúl

2019 Los mercaderes de la Salud, en *El Universal*, México, <https://www.eluniversal.com.mx/columna/raul-rodriguez-cortes/nacion/los-mercaderes-de-la-salud> Consultado en 2020

Romero Martínez, Flor Shuney

2019 Prevalencia de trastornos psiquiátricos en el paciente gran quemado de la unidad de quemados de los servicios de salud del estado de Puebla, tesis para obtener el título de médico especialista en psiquiatría, Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla.

Roos , KL *et. al.*

2012 *Meningitis, Encephalitis, Brain Abscess, and Empyema. En Harrison's Principles of Internal Medicine: Kasper DL, et. al.* 18va edición. New York: McGraw-Hill Pp-381

Roseberry, William.

1989 *Antropologías e Historias. Ensayos sobre cultura, historia y economía política*  
Traducción por Atenea Acevedo. México: El Colegio de Michoacán.

Ruiz de Chávez, Manuel

1988 El papel de la jurisdicción sanitaria en los sistemas estatales de salud, *Salud Pública de México*, Marzo-Abril, Vol. 30, No. 2. Pp. 197-201

Sacristán, Cristina

2010 La contribución de La Castañeda a la profesionalización de la psiquiatría mexicana, 1910-1968, *Salud Mental*, Número 33 Pp: 473 -480.

Sacristán, Cristina

2016 Reseña en *Cómo prevenir la locura, Psiquiatría e higiene mental en México, 1934-1950*, Siglo Veintiuno editores. Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F.

Sadock Benjamin,

2015 *Kaplan & Sadock's, Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry*, James Sadock Virginia Alcott, Ruiz Pedro. 11va Edición, Wolters Kluwer

Salud Pública de México

1967 Inauguración del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". Epoca V, Volumen IX, Número 4, Julio-Agosto.

Sánchez Patricio, Jesús Francisco

2015 Efecto de la psicopatología de madres sobre el apego a tratamiento en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad en el centro estatal de salud mental, tesis para obtener el título de médico especialista en psiquiatría, Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla.

Sandoval De Escurdia, Juan Martin

2004 El inexistente o insuficiente presupuesto para salud mental en países según la Organización Mundial de la Salud en *La Salud Mental en México*. Servicios de Investigación y análisis. División de política social. Cámara de Diputados. LIX legislatura. Ciudad de México.

Sapir, Edward

1949 *Selected Writings of Edward Sapir in Language, Culture and Personality*, Editado por David G. Mandelbaum. *University of California Press*. Los Ángeles California.

Secretaría de Desarrollo Económico de la Ciudad de México (SEDECO)

2019 Primer Trimestre 2019 en Reporte Económico de la Ciudad de México. SEDECO, Ciudad de México.

Secretaría de Salud

2003 Inaugura el Presidente Vicente Fox Quesada en Puebla el Centro Estatal de Salud Mental. Comunicado de Prensa No. 149, Principal. Puebla.  
[www.salud.gob.mx/ssa\\_app/noticias/datos/2003-07-11\\_623.html](http://www.salud.gob.mx/ssa_app/noticias/datos/2003-07-11_623.html)

Secretaría de Salud

2013 Programas de Acción Específico. Salud Mental 2013-2018. Programa Sectorial de Salud, México Distrito Federal.

Secretaría de Salud

2014 Programas de rehabilitación psicosocial para hospitales psiquiátrico públicos. Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental. Única Edición, México Distrito Federal.

Secretaría de Salud de Puebla

2020a Modelo Estatal de Salud Mental en Día mundial de la Salud Mental, 10 de Octubre, Mayor inversión, mayor acceso. Ciudad de Puebla,

Secretaría de Salud de Puebla

2020b 25 de Mayo, día mundial de la Enfermedad Vascul ar Cerebral, Portal Gobierno.  
<http://ss.puebla.gob.mx/prevencion/informate/item/860-dia-mundial-de-la-enfermedad-vascular-cerebral> Consultado en 2021

Servicios de Salud de Morelos

2021 Unidades de Especialidades Médicas (UNEME). Directorio de Unidades Médicas.  
<http://evaluacion.ssm.gob.mx/directorioum/uneme.php> Consultado en Agosto del 2021

Schmidt Rebecca

2010 *Psychiatry Board Review: Pearls of Wisdom*. Tercera Edición. McGraw-Hill Medical

Shorter, Edward

1998 *A History of Psychiatry. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, John Wiley & Sons, Inc.1998. Library of Congress Cataloging-in-Publication Data. USA-Canada.

Sider, Gerald

2003 *Between History and Tomorrow: Making and Breaking Everyday Life in Rural Newfoundland* Broadview, Peterborough.

Smoller, Jordan W. *et. al.*

2008 *Chapter One Psychiatric Genetics: A Primer en Psychiatric Genetics: Applications in Clinical Practice*. Primera Edición, *American Psychiatric Association Publishing*, Arlington, VA ; Pp: 3 - 65

Sociedad de Psiquiatría de Madrid

2019 Humanización de la asistencia en las unidades de Hospitalización Psiquiátrica Breve. Primera Edición SPM. Madrid, España.  
<http://www.sepsiq.org/file/Publicaciones/Libro%20Humanizaci%C3%B3n-SPM.pdf> Consultado en 2021.

Universidad Nacional Autónoma de México

2017 En México aumenta la incidencia de esclerosis múltiple. Boletín UNAM. Dirección General de Comunicación Social  
[https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2017\\_375.html](https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2017_375.html) , Consultado en 2021

Van der Stuyft, Patrick

2008 La relación entre los niveles de atención constituye un determinante clave de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*. V 34 . n. 4 Ciudad de La Habana Oct-Dic.

Vázquez Carranza, Israel, Fuentes Cuevas María del Carme.

2011 Relación de Urgencias reales y sentidas en un Servicio de Urgencias Pediátricas, *Investigación Materno Infantil*, Vol. III, No. 1, Enero-Abril. Pp. 19-23

Villegas Vargas, Carlos Martín

2019 Prevalencia de rasgos de trastornos de personalidad en pasantes de medicina, tesis para obtener el título de médico especialista en psiquiatría, Facultad de Medicina de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, Puebla.

Wolf, Eric R.

1987 Europa y la gente sin historia, Traducción de Agustín Bárcenas, primera edición en español, Fondo de Cultura Económica, México Distrito Federal (ahora Ciudad de México).