



UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO

**División de Ciencias Sociales y Económico
Administrativas**

**Los enfermos mentales en el CERESO del Estado de
Quintana Roo, área el “Cubo”, 2013.**

TESIS

**Para obtener el grado de:
LICENCIADA EN SEGURIDAD PÚBLICA**

Presenta:

Georgina Belem Domínguez Lara

Elsy Noemí Ramírez García

Director de Tesis:

Dra. Maribel Lozano Cortés



Chetumal, Quintana Roo, México, Junio de 2014

UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO

División de Ciencias Sociales y Económicas Administrativas



Tesis elaborada bajo la supervisión del comité de Tesis del programa de Licenciatura y aprobada como requisito para obtener el grado de:

LICENCIADA EN SEGURIDAD PÚBLICA

COMITÉ DE TESIS

Director: _____

Dra. Maribel Lozano Cortés

Asesor: _____

M.E.S.P. Enrique Cercas López

Asesor: _____

Lic. en Biología Jorge Armando López Chan



Chetumal, Quintana Roo, México, Junio de 2014

Agradecimientos

A Dios

Por prestarnos la vida y la salud; por darnos la dicha de concluir satisfactoriamente una de nuestras metas permitiendo hoy sean una realidad después de cuatro años llenos de luchas, preocupaciones y alegrías, pero sobre todo por designar en nuestro camino a personas que a lo largo de esta carrera se han vuelto invaluable para nosotras, siendo un apoyo y por brindarnos su amistad sincera.

A nuestra Directora de Tesis

Doctora Maribel Lozano Cortés quien nos orientó, nos dedicó su tiempo, esfuerzo y apoyo para la realización de este proyecto, quien sin su valiosa ayuda no hubiera sido posible, pues nos facilitó la travesía de esta investigación.

A nuestros Asesores

Por su amable aceptación, su tiempo y su apoyo en la realización de esta investigación: M.E.S.P. Enrique Cercas López, Lic. Jorge Armando López Chan, M.D. Carlos Moisés Herrera Mejía y Lic. Claudio Kú Pérez.

A nuestros amigos

Eduardo Barradas, Zenaida Barahona, Yosani Aranda y Juan Dzul:

Por estar a nuestro lado compartiendo risas y momentos maravillosos los cuales estarán atesorados como recuerdo valiosos de la carrera; por las charlas tan amenas, así como las tardes de estudio con preocupaciones por los exámenes; pero sobre todo por su linda amistad tan fraternal la cual los hace acreedores de todo nuestro cariño.

A nuestros maestros

A cada uno de nuestros profesores quienes durante los cuatro años se esmeraron por dar lo mejor para nuestra formación profesional.

A la maestra Rosario Díaz Félix

Quien nos apoyó para poder entender el inglés que pese a no ser nuestro fuerte, nos tuvo mucha paciencia y dedicación en horas extras para los exámenes.

A todos, gracias por cada una de sus aportaciones, pues esto no hubiera sido posible sin ustedes.

Con cariño y respeto

Elsy Ramírez

Georgina Domínguez

A mi madre y abuela:

Agradezco a mi madre la señora Sandra Ramírez García quien siempre estuvo conmigo quien en todos estos años a lo largo de mi vida educativa me ha apoyado siendo padre y madre; gracias porque a pesar de lo duro que ha sido siempre me has alentado a seguir mis sueños. Te amo mamá por ser quien eres. Así mismo quiero agradecer a mi hermosa abuelita Leonela quien a lado de mi madre fueron quienes me enseñaron todos los valores y forjaron el respeto en mí, gracias por ser ambas mi ejemplo, por estar conmigo, por ser mi soporte en las buenas y en las malas, gracias por dedicarme tiempo y hacer de mí quien soy hoy.

A mis hermanos:

Nancy, Josué y Jonas quienes siempre están conmigo y me apoyan en todo, quienes sé que me aman a pesar de todo, quienes son uno de mis motivos para seguir adelante y darles un buen ejemplo, los amo hermanitos.

A mi novio:

Al Lic. Mario Segovia quien en estos cuatro años ha sido un ejemplo de dedicación y esfuerzo quien siempre estuvo retándome a titularme en tiempo y forma, y me ha apoyado, a quien conocí al elegir esta carrera, gracias por todo el tiempo dedicado, gracias por estar estos cuatro años recorriendo juntos esta carrera.

Con amor y agradecimiento:

Elsy Ramírez

A mis Padres

Los señores Mario Domínguez y Mirna Lara por su amor incondicional, por todo el apoyo y dedicación que como excelentes padres han puesto en mí. Gracias papás porque siempre han estado conmigo en las buenas y en las malas, por sus valiosos consejos y por los ánimos que me dan siempre que lo necesito. Agradezco a Dios enormemente por esta bendición que me dio al darme unos excelentes padres tan amorosos que me han forjado en un camino de bien y porque gracias a ustedes ahora soy lo que soy. Los amo papás.

A mi Hermana

La Lic. Alejandra Domínguez por su inmenso amor a lo largo de mi vida quien me ha cuidado, me ha aconsejado y me ha apoyado siempre como una hermana y amiga. Gracias nena porque por ti que me diste la oportunidad de venir a Chetumal a estudiar mi carrera ahora lo he logrado y porque me apoyaste tanto económicamente como emocionalmente soy lo que soy. Te amo hermana y siempre estaré contigo en las buenas y en las malas y tendrás mi apoyo incondicional.

A mi Hijo

Gabriel Sánchez por ser el motor de mi vida y mi razón de ser, porque con sólo su presencia llena mi vida de luz y alegría que me hace luchar y seguir adelante. Te amo hijo y siempre estaré para ti en las buenas y en las malas y lucharé incansablemente para que tú estés bien y te sientas orgullosa de mi. Agradezco a Dios por tan bella bendición que me dio al permitirme ser tu madre.

Al Ingeniero

Abimael Reyes por su generosidad y apoyo que me prestó a lo largo de estos cuatro años de la carrera, muchas gracias.

Con todo mi amor y agradecimiento:

Georgina Domínguez

ÍNDICE

Introducción	VII
--------------------	-----

CAPÍTULO I: ENFERMEDAD MENTAL Y CRIMINALIDAD

1.1 La enfermedad mental	1
1.2 Enfermedad mental en la historia	2
1.3 Enfermedad mental y delito	15
1.3.1 El nacimiento de la criminología y la enfermedad mental	16
1.3.2 Médico de las prisiones	17
1.4 Retraso Mental y delito	17
1.5 Drogadicción y delincuencia	18
1.6 Psicosis y Criminalidad	19
1.8 Normalidad y anormalidad	20
1.9 Enfermos mentales en reclusión	21
1.9.1 El sistema penal y los enfermos mentales	24

CAPÍTULO II: ENFERMEDAD MENTAL Y DELITO EN MÉXICO

2.1 Historia de la enfermedad mental en México	27
2.2 Manicomios en México	28
2.2.1 La Castañeda	30
2.2.2 ¿Quiénes llegan a los hospitales psiquiátricos?	32
2.2.2.1 Historia de casos	35
2.3 La enfermedad mental en México	38
2.4 Leyes para el tratamiento de los presos con enfermedad mental	46

2.4.1 Código Penal Federal	46
2.4.2 Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos.....	48
2.4.3 Manual de instrucciones para la evaluación de la justicia penal	51
2.4.4 Principios para la protección de los Enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental.....	52
2.5 Derechos humanos de los reclusos	54
2.6 Centro Varonil de Readaptación Psicosocial (CEVAREPSI)	58

CAPÍTULO III: EL CUBO, ÁREA DE ENFERMEDAD MENTAL, CERESO DE CHETUMAL

3.1 Centro de Reinserción Social (CERESO).....	64
3.1.1 Estructura	70
3.1.2 Características Socioeconómicas de los internos	75
3.2 “El Cubo”, condiciones estructurales	77
3.2.1 Condiciones de vida.....	79
3.2.2 Historia de Casos	84

CAPÍTULO IV: DERECHOS HUMANOS PARA LOS PRESOS

4.1 Los derechos humanos en el CERESO de Chetumal	89
4.2 Los derechos humanos de los enfermos mentales del Cubo	92
4.3 Conclusiones.....	94
Bibliografía.....	96

Introducción

Los enfermos mentales a través de la historia han sido sujetos de burlas, segregación, abandono y hasta han sido perseguidos y muertos en aras de la sanación, puesto que han sido vistos como el claro ejemplo de la maldad, encarnando al demonio mismo.

Los derechos humanos de los enfermos mentales han sido olvidados y perdidos a lo largo de la historia siendo abandonados por sus mismos familiares quienes los consideran como una carga y un estorbo.

En las prisiones los enfermos mentales sufren las mismas consecuencias por maltrato al que son sujetos tanto por compañeros, como por el personal carcelario quienes no cuentan con la preparación adecuada para el trato de internos con tales requerimientos ni la infraestructura necesaria, vulnerando sus derechos.

Sin embargo, las personas que cometen un delito y que además padecen una enfermedad mental, la ley las considera inimputables por no estar en su juicio al ejecutar sus acciones, por tal motivo el Estado debería establecer un centro hospitalario especializado en personas que delinquen fuera de su sano juicio; las Reglas Mínimas para el Tratamiento de Reclusos de la ONU, establece que los alienados mentales deben albergarse en lugares especiales que cumplan con los lineamientos y atenciones especiales para atender las demandas propias de su enfermedad.

En este sentido, el presente estudio está encaminado en analizar las condiciones en las que se encuentran los enfermos mentales del CERESO de Chetumal, Quintana Roo, área el Cubo. Esta área hace las veces de pabellón psiquiátrico donde se albergan a los enfermos mentales peligrosos o agresivos, pero también es un área de segregación y castigo para aquellos presos que cometen una falta de disciplina. Toda la población del cubo, es considerados una amenaza para el resto de la población carcelaria y para ellos mismos.

En el capítulo uno, se aborda la enfermedad mental y sus causas generales; por otra parte se hace una revisión sobre la historia de la enfermedad mental la cual es importante para comprender cómo es que los enfermos mentales han sido víctimas de la segregación y

estigma social, así mismo se retoma la enfermedad mental y el delito tomando en cuenta como esta influye teniendo en consideración que personas acusadas de delitos en la historia no han sido más que “locos”. Se aborda el tema medico de las prisiones tomando en cuenta que lo médicos fueron un factor clave en el tratamiento y observaciones del fenómeno de la criminalidad, sobre todo en el trato de los enfermos mentales. Así mismo, en la psicopatología criminal se retoma cómo es que algunas enfermedades influyen en la comisión de delitos y bajo qué circunstancias del mismo modo se tiene en cuenta los enfermos mentales en reclusión, lo que resulta una realidad en las cárceles de todo el mundo.

En el segundo capítulo, se busca comprender la enfermedad mental en México recopilando la historia desde los mexicas, pasando por los manicomios en México los cuales en su momento albergaban a una importante población psiquiátrica contando la historia de estos centros psiquiátricos y de la vida regular en los mismos; de igual manera, se retoma la historia de casos para comprender quiénes eran los considerados enfermos y cómo ellos se percibían y percibían la institución psiquiátrica, de entonces. También, este capítulo contiene datos actuales sobre la enfermedad mental en México, aportando datos estadísticos sobre la salud mental, se exponen las leyes que regulan la permanencia de los enfermos mentales en la prisión así como los que definen la defensa de sus derechos humanos.

El capítulo tres, se hace descripción general de CERESO de Chetumal tomando en cuenta sus condiciones estructurales y características socioeconómicas de los internos; también se especifica el área del Cubo en la cual se describe las condiciones tanto estructurales como de vida de los internos, el día a día de los enfermos mentales, al igual que las condiciones de maltrato que sufren, además se recurre a la historia de casos, que nos permiten conocer a los protagonistas, al mismo tiempo que a través de esta estrategia de investigación, nos acercamos a los internos, a enfermos mentales y los conocemos como personas, con derechos, lo que nos ayuda a eliminar prejuicios.

El capítulo cuatro, se encuentra dividido en dos secciones, en la primera se expone una propuesta general al CERESO, pues se debe considerar que todos los internos sean o no

enfermos mentales merecen las mismas condiciones de vida para lograr la reinserción social, tarea manifiesta de todo centro penitenciario.

En la segunda parte, se enfoca al Cubo ya que esta área es una de las más olvidadas por tanto los enfermos mentales se encuentran en condiciones deprimentes y deplorables vulnerando sus derechos humanos, por lo que recurrimos a la misma ley para hacer valer sus derechos.

CAPÍTULO I: ENFERMEDAD MENTAL Y CRIMINALIDAD

1.1 La enfermedad mental

Carmen Sosa Fundación (2007), indica que la enfermedad mental es una condición mental anormal y son relacionadas con cambios de carácter y emociones, los mismos pueden ser congénitos, emocionales se interpersonal impedimentos. El término enfermedad de la mente, se refiere a una condición con una patología específica que cause signos y síntomas. Hay otra forma de referirse a la enfermedad mental, por ejemplo, desorden mental, desorden psicológico desorden psiquiátrico, problemas emocionales y otros.

Esta misma fundación menciona que los desórdenes mentales pueden describirse como, depresión mayor, ansiedad generalizada. Desorden bipolar esquizofrenia y otras más. Las enfermedades de la mente están relacionadas de dos maneras, biológicas, por ejemplo, (genéticas, neuroquímicos, estructura del cerebro) y psicosocial (ej. Cognitiva biases, problemas emocionales, trauma y causa de desventaja socioeconómica. Las enfermedades mentales siempre se han relacionado con impedimentos funcional por ejemplo, habilidad de trabajar y manejarse en la sociedad.

Las causas de las enfermedades mentales pueden ser múltiples menciona la fundación, pero los científicos se están enfocando también en los neurotransmisores dopaminicos, norepinefrine y serotonina. Al parecer cada desorden mental tiene su propia causa. Los tratamientos tienen diferentes opciones, pueden ser medicamentos psiquiátricos, psicoterapia y un ajuste del estilo de vida o la combinación de todas. Las mayorías de las personas con problemas mentales buscan tratamiento psiquiátrico, cuando la enfermedad está muy avanzada. Con un tratamiento temprano de las enfermedades mentales, cuando los síntomas son menores, podría ser que las personas con problemas mentales tuvieran un término más largo de vida. Los diagnósticos de las enfermedades mentales son muy complejos. Los diagnósticos siguen siendo parcialmente subjetiva y parcialmente basada en evidencias detallada cuidadosamente de la historias del presente y pasada de los pacientes.

Los desorden mentales pueden variar de individuo a individuo, pueden ser suave, severos o la combinación de las dos cosas. Estas enfermedades dan en formas de episodio y también puede ser consecuencia del factor stress. Tratamiento apropiado de la enfermedad puede ayudar a estabilizar el curso de la enfermedad y reducir los síntomas (Carmen Sosa Foundation, 2007).

El Manual de la OMS sobre salud mental, Derechos Humanos y Legislación (2006) hace mención que la mayoría de los documentos clínicos internacionales evitan usar el término “**enfermedad mental**” y prefieren emplear en cambio el término “**trastorno mental**”, es por eso que tomaremos definiciones de trastorno mental y enfermedad mental como sinónimo. De esta manera, la OMS (1992) define **trastorno mental** como “la existencia de un conjunto de síntomas y conductas clínicamente reconocibles, asociado en la mayoría de los casos con el malestar y con la interferencia con el funcionamiento personal”.

Mientras que, el DSM-IV (Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales) define **trastorno mental** como un “síndrome o patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (dolor), a una discapacidad (deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad”.

1.2 Enfermedad mental en la historia

Foucault , (1992) en su libro “Enfermedad Mental y Personalidad” señala que se debe buscar la forma primitiva de la alienación en sentido de la posesión en la cual se ha catalogado la alienación mental, puesto que desde la antigüedad, ha sido visto el signo mayor de la locura, como la transformación del hombre en “otro” distinto; el energoumenos de los griegos, o el mentes captus de los latinos en el cual una fuerza venida de no se sabe dónde es la que actúa dentro de él. La tradición cristiana es quien retoma a este “energúmeno” para evidenciar al demonio quien era su huésped y ahuyentar mediante la Palabra el espíritu impuro que habitaba dentro de él. Desde aquel momento lo demoniaco, que siempre había sido un signo perceptible de lo oculto, se transformó para el cristianismo, en testigo del Verbo y de la luz.

La biblia o la literatura sagrada tiene los primeros relatos o informes de la enfermedad mental, por ejemplo Foucault, (1992) cita al nuevo testamento en el libro de Marcos V, 5-16 “se vio al endemoniado sentado, vestido y en su sano juicio... Vete a tu casa le dijo Jesús ve con los tuyos, y cuéntales lo que el señor te ha hecho y cómo se apiado de ti”, otro ejemplo claro es el que cita Salaverry, (2012) referente al antiguo testamento en el libro de Daniel, donde se cuenta la historia de un rey llamado Nabucodonosor el cual por castigo divino pierde la razón, en otras palabras se vuelve loco por ser soberbio, rétala la historia que este rey tuvo que vivir y comer como los animales salvajes por siete años y es solo por decisión divina que se puede recuperar después de su largo castigo.

Es así como ilustra la literatura sagrada la enfermedad mental, durante muchos siglos el endemoniado es visto como la encarnación del demonio mismo, permitiendo como se había mencionado antes, que lo demoniaco u oculto se transformará en el testigo del Verbo y la luz puesto que ahora la sanación del endemoniado era atribuido a la gloria de Dios siendo este el signo de su poder. Al igual sucede con el rey Nabucodonosor pues no recupera la cordura hasta que Dios lo decide y le permite regresar a su estado natural dando la gloria a Dios. El endemoniado encarna el eterno combate entre lo divino y lo satánico siendo prisionero entre estos. San Buenaventura afirma que Dios permite las posesiones para poder manifestar su gloria ya sea para castigar el pecado, reprender al pecador o para ilustrarnos (Foucault, 1992).

El relato muestra el sentido, generalizado en el que era entendida la enfermedad mental en la antigüedad, esto por el origen sobrenatural de este, el cual fue compartido tanto por los legos como por los sanadores profesionales. Otras culturas más complejas adjudicaban la locura a los dioses, otras más primitivas la atribuían a los demonios o fuerzas naturales, pero no son diferencias esenciales, proceden del pensamiento primitivo, el cual dio lugar a las trepanaciones craneales, practicadas desde hace más de 5000 años, con evidencias en casi todo el mundo y que aparentemente tenían como una de sus indicaciones el dejar salir los demonios que provocaban las enfermedades mentales (Salaverry, 2012).



Imagen 1: Trepanación Craneal

La trepanación se ha realizado en distintas culturas y áreas geográficas, desde épocas prehistóricas, unas veces para combatir dolencias mentales (cefalea, epilepsia, cáncer, convulsiones, parálisis, etc.), otras para hacer frente a fracturas craneales (facilitando la retirada de restos óseos o el drenaje de hematomas) (González, 2012).

Si bien “los procedimientos e instrumental varían según la cultura y la época histórica, generalmente se desprendía el cuero cabelludo, se perforaba el cráneo, se limpiaba la herida, se colocaba en el lugar del hueso una placa de un metal precioso y se vendaba. Los instrumentos empleados eran

trépanos, cuchillos, *tumis* (instrumentos en forma de T), sierras, cincel, escoplo, martillo, piedras afiladas y pinzas, entre otros. Para los adultos se precisaban unos 30-60 min y para los niños unos 10 min” (González, 2012).

En Grecia hacia el siglo V a.C. se inicia la interpretación de las enfermedades mentales cuando se extiende la teoría humoralista de la enfermedad a los problemas o manifestaciones mentales. Esta teoría como doctrina explicaba la salud como el equilibrio de los cuatro fluidos o “humores” que conformaban el cuerpo humano, a saber: la bilis negra, la bilis amarilla, la flema o pituita y la sangre. Así, una fiebre o un problema digestivo se interpretaba como resultado de un particular desequilibrio en la composición humoral de los órganos afectados, por lo cual la labor del médico era restablecer el balance perdido. Una característica de la teoría humoral es que situaba topográficamente el desequilibrio, es por esto que para atender las enfermedades mentales se debía encontrar el lugar exacto que causaba el desequilibrio, por lo cual el lugar era evidentemente el cerebro. Esta interpretación somatista de la enfermedad debió combatir contra la largamente divulgada y hegemónica explicación de la posesión demoníaca, la cual había ocupado en la cultura griega la forma más sofisticada de “entusiasmo”, una posesión por los dioses o

“inspiración” que llevaba a profetizar, hablar en lenguas o hacer extrañas contorsiones a quienes eran así poseídos (Salaverry, 2012).

En particular las convulsiones súbitas eran un atributo de augures o personajes elegidos por los dioses, por ello se le denominaba la “enfermedad sagrada”. En el Corpus Hippocraticum, el cual es un conjunto de escritos que la antigüedad atribuía a Hipócrates, se encuentra un breve tratado dedicado al tema (Sobre la enfermedad sagrada) el cual inicia con el siguiente enunciado: A propósito de la llamada enfermedad sagrada, he aquí lo que ocurre: me parece que no es en modo alguno más divino ni más sagrado que las demás enfermedades, sino que tiene una causa natural. Pero los hombres creyeron que su causa era divina por ignorancia o por el carácter maravilloso de la dolencia, que no se parece en nada a otras enfermedades (Salaverry, 2012).

También existía otra explicación para las convulsiones femeninas: la curiosa concepción de que el útero es móvil y en sus traslados, cuando afectaba al hígado provocaba convulsiones (Salaverry, 2012).

En un antiguo manuscrito del siglo X (Zilboorg, 1963 *citado* en Ceberio, 2010), se ilustra con suficiente claridad la actitud de esa época con respecto al problema de la histeria. Esta enfermedad se debía al corrimiento del útero en el cuerpo y este recitando santo, más allá de descubrir todos los órganos comienza centrando su curación en la zona a la que se atribuía la patología:

Al dolor de la matriz. En nombre del Padre, del Hijo y del Espíritu Santo. Señor Dios de los ejércitos angelicales,... Amen... Oh matriz... matriz cilíndrica, matriz roja, matriz blanca, matriz carnosa, matriz sanguinaria, gran matriz hinchada y demoniaca. Dios Sabaoth mira nuestra debilidad, considera nuestra naturaleza obra de tus manos y no la desperdicies... Impide el movimiento de la matriz de tu sierva N, y sana su sufrimiento porque ella sufre atrocemente. Te conjuro matriz, por las nuevas órdenes angelicales y por todas las virtudes celestiales, de retornar a tu lugar con toda calma y toda tranquilidad y que de allí no te muevas y que no le queden molestias a esta sierva de Dios.

Te conjuro matriz por nuestro Señor Jesucristo...por Él te conjuro a fin de que no dañes a esta sierva de Dios, N, a fin de que no te apoderes de su cabeza, del cuello, de la garganta, del pecho, de las orejas, de los dientes, de los ojos, de la nariz, de la espalda, de los brazos, de las manos, del corazón, del estómago, del hígado, de los riñones, de la columna, de los músculos, de los miembros, del ombligo, de los intestinos, de la vesícula, de la tibia, de los tobillos, de los pies, de las uñas, con el fin de que te coloques en el lugar que te designó Dios, para que esta sierva de Dios, N, esté sana.

Y si te dignas a conceder esto mismo que vive y reina, uno solo en la trinidad y tres en la unidad, Dios por los siglos de los siglos Amen (Zilboorg, 1963 *citado* en Ceberio, 2010).

Galeno, que sistematizó la medicina griega en el siglo II d.C., no dedicó un tratado especial dentro de su abundante obra a la enfermedad mental, pero aceptaba, igual que los hipocráticos, su carácter natural. La tradición galénica clasificaba las enfermedades mentales en dos tipos: la manía y la melancolía. La primera se produciría por un exceso o plétora, bien sea del humor sangre o de la bilis amarilla, y se manifestaría con alucinaciones o delusiones, mientras que la melancolía se originaba en un exceso de la bilis negra y su principal manifestación sería la depresión. Esta clasificación se mantuvo durante el Imperio romano, quienes a su vez desarrollaron las primeras manifestaciones de la salud pública bajo la forma del cuidado de la salud de los ciudadanos (acueductos, cloacas, control de alimentos) e incluso un esbozo de lo que serán hospitales públicos, pero la enfermedad mental continuó siendo un tema de carácter íntimo, atendido dentro del hogar, en modo alguno percibido como un tema de la res publica o asuntos que competen al estado (Salaverry, 2012).

La difusión del cristianismo, y su posterior oficialización a partir del decreto de Constantino en el 313 d.C., condujo a inevitables conflictos entre el carácter naturalista de la ciencia y medicina grecorromana y la visión cristiana que enfatizaba la omnipotencia y omnipresencia divina. Los médicos convertidos al cristianismo supeditaron sus convicciones profesionales a las religiosas y, por tanto, entendieron la enfermedad como un designio divino. Se adoptó como dogma cristiano la eterna lucha entre el bien y el mal por el alma humana, resurgiendo entre los médicos cristianos la interpretación de la locura como posesión demoníaca (Salaverry, 2012).

Por lo cual Santo Tomas considera que, la libertad es anterior a su alienación por el demonio poseedor, y ella permanece irreductible, imperante para siempre; solo en el cuerpo se deslizan los ángeles malos: *notriscortporibus illabuntur*; “impresionan a las facultades legadas a nuestros órganos, pero la impresión no llega hasta la voluntad porque ésta no depende, ni en su ejercicio ni en su objeto de un órgano corporal”. De este modo se salva la libertad del poseído. Pero su cuerpo está condenado; y si el ángel poseedor se está aferrado sólo a la carne, si solo agita, atormenta y revoluciona a la existencia animal, matar esta vida

bestial y quemar ese cuerpo no es más que devolver el alma la pureza de su querer liberarle del instrumento pervertido de su libertad; el fuego liberará al espíritu de su cuerpo poseído, se quemara al insano por su salvación (Foucault, 1992).

Fue en la naciente sociedad cristiana de finales del imperio que surgen los primeros hospitales administrados por las matronas cristianas, como expresión de la caridad y compasión con el doliente pero, en modo alguno, pretendiendo alterar los designios divinos; por lo tanto, no estaban destinados a curar a los enfermos sino a brindarles apoyo espiritual y también físico en tanto se definía la voluntad divina al respecto. Con esa concepción se entiende que no hubiera lugar en ellos para los enfermos mentales pues la enfermedad mental no era propiamente una dolencia, era una forma de posesión sobrenatural, cuando no demoníaca, que debería ser, en todo caso, tratada por el sacerdote. Por consiguiente, el cuidado de los enfermos mentales se mantuvo en el ámbito doméstico.

Fue hasta después del renacimiento cuando el pensamiento cristiano cambia su acepción sobre la posesión dejando de ser la perversión del cuerpo el cual no toca la libertad del alma, para ahora ser la posesión del espíritu por el espíritu, extinguiendo la libertad mientras que la naturaleza, obra divina perdura indistinta al disturbio del corazón. Para el padre Surin la posesión es la unión del diablo y el alma, por lo cual este puede actuar como el alma de la persona que posee pero la naturaleza humana permite la limitación de la actuación del mal. Bajo este fundamento las prácticas hospitalarias cambian tomando la fuerza como medio de salvaguardar y no de castigar. (Foucault, 1992)

En tanto que en occidente se va configurando la sociedad medieval, en la península Arábiga nace el Islam. Antes de Mohammad, los árabes carecían de una medicina racional y atribuían las enfermedades, incluyendo los trastornos mentales, a fuerzas sobrenaturales. Mohammad que brinda unidad religiosa y política al pueblo árabe también recoge conocimientos y prácticas tradicionales, los que reunidos conformarán la denominada “medicina del profeta”, en la que la enfermedad mental solo se menciona para indicar que los amuletos y talismanes son inefectivos para evitarla. La tradición popular que la atribuye a seres sobrenaturales se mantiene como en el caso estudiado por Dols quien refiere el caso de un loco (majnun) que escapa de la sección de los insanos (mamruirin) de un hospital (maristano bimaristan) y en sus andanzas se proclama emir, llegando a convencer a muchos

con su historia; finalmente, se descubre su locura (junum) causando graves confusiones y problemas, los que tienen como único castigo el volver al hospital. La benevolencia del castigo probablemente se sustente en la creencia de que la locura era causada por “genios” (jinn) o demonios y, por tanto, no eran atribuibles al individuo.

En el Islam, se acepta a los enfermos mentales en los hospitales debido a que los árabes adoptan la medicina griega la cual llega a ellos gracias a los intelectuales que huyen de la intolerancia cristiana, convirtiéndola en el centro de su doctrina, al punto que se utiliza como criterio de calidad profesional la mayor o menor adherencia a los principios galénicos. Por lo cual en su concepción naturalista es entendido que en los hospitales existiera una sección para tratar a los enfermos mentales, en las cuales eran atendidas estas enfermedades por medio de purgas y sangrías para eliminar los humores alterados (Salaverry, 2012).

En occidente el Medioevo se caracteriza por un empobrecimiento teórico de la Medicina y su subordinación a la religión, lo que lleva a extremos como la glorificación de la enfermedad entendida como una mortificación de la materia. Jacopone da Todi, un poeta místico del siglo XIII en su poema *De l’Infermitàe Mali che Frate Jacopone demandava per Eccessode Carità* reclama para sí un cúmulo de enfermedades físicas, pero ninguna de carácter mental, pues su vinculación con el demonio se mantenía vigente (Salaverry, 2012).

El médico- representado por la figura del clero- diagnosticaba casi siempre la posesión demoniaca frente a los síntomas observables, tanto u pasividad como su agitación eran manifestaciones del diablo. Los términos enfermedad del diablo o enfermedad de brujos se introdujeron en el lenguaje común de la población, en donde la mezcla de hierbas, carnes o pieles de cerdos o lobos, agua bendita y rezos católicos, realizados de acuerdo con la fase de la luna, constituían el tratamiento de estos males. Dentro de estos métodos se incluyen también las visitas a las tumbas de santos que poseían poderes curativos (Ceberino, 2010).

La asociación con los poderes del diablo, en una época impregnada por el pensamiento mágico-religioso, llevaba indefectiblemente a la segregación del endemoniado. Por lo general el tránsito que seguían los pacientes mentales abría un círculo vicioso que comenzaba con las familias que renegaban de los enfermos expulsándolos de su seno. Los

locos terminaban vagando por las calles y bosque, viviendo en los establos e incrementando el temor de la población, de cara a sus actitudes y a su deterioro físico y psíquico. Este círculo se cierra con una respuesta violenta de la sociedad frente a tal situación: las reglas de la Inquisición (Ceberino, 2010).

La inquisición es la institución que se encarga de colocar e imponer las reglas, controlar y ejecutar –por medio de la quema pública- a todos aquellos que considera herejes. El trato sobre lo que se diagnosticaba enfermedad mental era ejercido desde una observación cautelosa, y los métodos poseían como objetivo la curación. Se permuta sanar por la acción deliberada de matar, eliminando así lo que se considera un mal para la sociedad. Pecado y enfermedad mental son dos términos que se asocian y correlacionan. Es importante destacar que no todas las personas acusadas de brujería eran enfermos mentales, ya que los individuos que no compartían la ideología reinante, los que se rebelaban a este tipo de tratamiento vagabundos, etc., entraban dentro del territorio de los endemoniados. Pero casi todos los enfermos mentales eran considerados brujos, magos, poseídos, etc. Indudablemente, muchos eran alienados que sufrían ilusiones y alucinaciones, pero a través del Malleus se rebatía con extrema seguridad cualquier motivo que intentara demostrar la equivocación de la posesión demoníaca (Ceberino, 2010).

El loco o lunático (término ese último acuñado por la supuesta influencia de la luna en el origen de la enfermedad mental) vaga por las calles asimilándose en algunos casos al bufón. Es una visión complaciente y pintoresca pero que mantiene a las enfermedades mentales alejadas de las preocupaciones de la salud pública que, en cambio, se orientan al aislamiento de los leprosos. La peste negra o gran plaga que arrasa Europa entre 1346 y 1400, produce cuadros colectivos de alteraciones conductuales pero esto no modifica la percepción popular.

Hacia el final de la Edad Media (1511) Erasmo de Rotterdam publica su conocido ensayo “Elogio de la locura” (Morias enkomion), que no es un tratado médico pero muestra la interpretación intelectual renacentista de la locura, que artificialmente es considerada una diosa, hija de Pluto, el dios de la riqueza y la ninfa Hebe, ninfa de la juventud. Su interpretación influenciará y mantendrá la convicción anecdótica de la enfermedad mental (Salaverry, 2012).

En el siglo XVII se aporta una idea capital: que la locura no es una superposición de un mundo sobre natural al orden de lo natural, un añadido demoniaco a la obra de orden Dios, sino la desaparición de las facultades más altas del hombre: “ la locura no es más que una privación” dice la Enciclopedia; las alucinaciones y los delirios son los efectos naturales de la ilusión, del error, de la incapacidad de reconocer lo verdadero; hay locos que ignoran la “verdad física” (la verdad de las sensaciones): son los que oyen “conciertos de ángeles”); hay locos que ignoran la “verdad moral”: en ellos encontramos todos “los defectos del espíritu, todas las ilusiones del amor propio y todas las pasiones” (artículo “Locura”, de la Enciclopedia *citado* en Foucault, 2012). La ceguera se ha convertido en el rasgo principal de la locura: el insano ya no es un poseído; en todo caso, es un desposeído (Foucault, 1992).

La interpretación mecanicista de la enfermedad mental

El mecanicismo gana espacio en la interpretación médica a partir de las doctrinas cartesianas que dividen al hombre en un componente material y otro racional (res extensa y res cogitans). El dualismo así formulado prefigura el actual problema de mente y cuerpo y tiene influencia directa en el lugar que ocupan las enfermedades mentales en la ciencia. Hasta la propia denominación “enfermedad mental”, en una interpretación literal, encerraría una contradicción para los cartesianos pues por definición el alma o espíritu (mente) se encuentra fuera del mundo material en donde ocurren las enfermedades. Se sigue de ese razonamiento que la locura necesariamente debe ser una enfermedad del cuerpo; pero en ese caso, el problema se traslada a encontrar una explicación sobre cuál es la relación entre la mente y el cuerpo, entre la voluntad y las funciones corporales y como es que una enfermedad que tiene una sede material y corporal puede afectar el comportamiento regido por la razón, es decir la res cogitans.

Los médicos cartesianos intentan diversas respuestas. Uno de ellos fue Thomas Willis, el anatomista a quien debemos términos como “neurología” y cuyo epónimo recordamos en el “polígono de Willis”. En su interpretación, el cerebro se nutría como todos los órganos de sangre, pero la que llegaba al cerebro pasaba por un proceso previo de filtración que la convertía en productos sutiles o “espíritus animales”, que se constituían en intermediarios entre el cuerpo físico y la mente. En esa línea de pensamiento la locura y una de sus

manifestaciones, las delusiones o falsas ideas, eran resultado de la acción caótica de esos espíritus en la mente. Esos mismos espíritus podían llegar a los músculos y explicaban entonces los extraños movimientos y acciones que caracterizaba a los enfermos mentales (o que en todo caso se les atribuía) como fuerza descomunal entre otros. La enfermedad mental así tornaba a ser de origen material. Nicholas Robinson, médico inglés, discípulo de Willis, lo expresó en forma clara en 1729: Every change of the mind indicates a change in the bodily organs (Salaverry, 2012).

En 1667 Willis, publicó *Pathologicae cerebri et nervosi generis specimen*, texto sobre la patología del sistema nervioso, las enfermedades convulsivas y en especial, la epilepsia. Incluyó la histeria y la hipocondría. En 1672, publicó *De anima brutorum* un libro centrado en el “alma animal” o “alma sensitiva” del hombre. Describe al “alma animal” en relación con las sensaciones, los movimientos y los impulsos. Por otro lado, vincula al juicio y raciocinio como facultades del “alma racional”, exclusivas del hombre y de su carácter espiritual. Así, postula que cuando se altera el “alma sensitiva” y también el “alma racional” aparecen enfermedades nerviosas y mentales. Sobre esto es que Willis hace una de las primeras exposiciones sistemáticas de las enfermedades neuropsiquiátricas. Su obra consta de descripciones detalladas de problemas nerviosos como cefaleas, trastornos del sueño, comas, apoplejía, vértigos, parálisis, manías, delirios y melancolía, entre otros (Villanueva, 2012).

La consecuencia inmediata fue la reincorporación de la locura entre las afecciones que podían ser tratadas por la medicina ya que subyacía a ella un desorden orgánico. El propio Robinson recomendaba frecuentes sangrías, ya que consideraba que dependía de una constitución corporal biliosa, cálida y sanguínea, la cual requería dicho tratamiento. La interpretación somática y neurológica de la enfermedad mental recibió nuevas denominaciones no derivadas de las formas de presentación de la enfermedad, sino del rango social de quien la padece; así, la melancolía será denominada pleen cuando quien la padece pertenece a la clase superior, pero si quien presenta similar cuadro clínico es alguien de la clase trabajadora se le llamará “falta de espíritu” (lowness of spirit) (Salaverry, 2012).

Los grandes sistemáticos de finales del siglo XVII como Herman Boerhaave y Von Haller difundieron la concepción neural de la enfermedad mental. Haller, el creador del término



Imagen 2: *Extracción de la piedra de la locura*, autor "El Bosco".

“fisiología”, estableció que la melancolía era el resultado de la evaporación de las partes más sutiles de la sangre y el consiguiente acumuló y condensación de sus residuos térreos en el cuerpo, lo que causaba el letargo característico; el problema médico sería así el origen de esa condensación lo que dio lugar a las más diversas teorías. Erasmus Darwin, por ejemplo, relacionaba la hipocondría con la mala digestión. La concepción popular de la locura por la época también se tiñe de mecanicismo, la expresión popular “tener

pedras en la cabeza” parece ser el origen de diversas pinturas sobre el tema artístico denominado Pierre de tête o Pierre de folie (piedra de la locura) que retrata a un cirujano o charlatán extrayendo una piedra, la causa de su enfermedad, de la cabeza de un enfermo mental. Aun en su primitivismo subyace a dicha creencia popular una visión naturalista y mecanicista de la locura, desechando así, al menos parcialmente, la idea de posesiones demoniacas (Salaverry, 2012).

En las pinturas que tratan de la “extracción de la piedra de la locura”, un hombre que ejerce la medicina, sea persona conocedora de los tratados y formada en la universidad (y por tanto merecedor del calificativo de “médico”), sea alguien que ha adquirido su conocimiento profesional a través de la práctica y la enseñanza oral (y por tanto susceptible de ser considerado un “charlatán”), hace una incisión en el cráneo del paciente y extrae un cuerpo extraño, generalmente una piedra, aunque también puede ser una flor, como ocurre en el caso de El Bosco. Sea piedra o flor, extraída verdaderamente del cráneo del paciente u oculta en la mano del falso médico, esta es presentada como la causa de desorden mental o locura (González, 2012).

La extracción de la piedra de la locura es una trepanación terapéutica que tiene como objeto curar o causar una mejoría en un paciente que sufre algún tipo de dolencia mental (migraña, cefalea, epilepsia, tumor, etc.); por otro lado, la que defiende que la extracción de la piedra no es más que una puesta en escena en la que un hombre, que ha caído presa de la lujuria, es reintegrado en los cauces sociales, anulando su deseo sexual e inclusive castrándolo (González, 2012).

El paradigma neurológico de la enfermedad mental cambia a partir de la difusión de las ideas de John Lockey el sensualismo de Condillac quienes frente al postulado cartesiano de las ideas innatas postularon que la mente es como una hoja en blanco (tabula rasa) en la cual se generan las ideas a partir de las sensaciones que provienen de los sentidos. William Cullen (1710-1790) desde Edimburgo, difundió esta interpretación en lo referido a las enfermedades mentales postulando que la locura (vesania) era una inusual y apresurada asociación de ideas quedaba lugar a juicios equivocados sobre la realidad y, por consiguiente, a emociones desproporcionadas. Uno de sus discípulos, Thomas Arnold, elaboró sobre esta base una nueva taxonomía de la enfermedad mental, clasificándola en dos grandes grupos, aquellos que incluían delusiones, la “locura nocional” y los que presentaban alucinaciones, la “locura ideática”; ambas causadas por una errada relación entre las sensaciones y las ideas que se formaban a partir de ellas (Salaverry, 2012).

En esa línea es que debe interpretarse la obra de figuras emblemáticas de la psiquiatría del siglo XVIII, como Vincenzo Chiarugi y Philippe Pinel, recordados por iniciar un trato humano a los enfermos mentales, liberándolos de cepos y cadenas, pero no se recuerda que este trato se deriva de una teoría subyacente, que en el caso de Chiarugi conlleva a una reinterpretación de la clasificación de la locura hecha por Cullen y que estaba en relación a los humores Chiarugi mantiene la clasificación de William Cullen, (melancolía, manía y demencia), pero le atribuye un distinto significado a cada uno; Chiarugi incorpora el componente “psicológico” a la enfermedad mental, los estados corporales influenciarían la mente a través de la actividad de los sentidos y, en general, del sistema nervioso, lo que llamó el sensorium commune; por tanto, desechó que la enfermedad mental fuera hereditaria y se inclinó a considerarla adquirida. De allí deriva su principio terapéutico, basado en ejercer influencias positivas sobre los sentidos y el sistema nervioso. Estas

medidas basadas en el ejemplo y superioridad moral no podían dejar de estar vinculadas a sus particulares convicciones morales y religiosas, lo cual se evidencia en sus historias clínicas en las que atribuye, por ejemplo, el origen de la melancolía al abuso de la masturbación.

Las primeras descripciones e hipótesis modernas parten de la psiquiatría francesa, inaugurada brillantemente con La obra (y vida) de Pinel (1745-1826). Este autor diferenció las melancolías como un delirio sobre un objeto, sin furor. Así, se diferenciarían del furor maniaco (no delirante), del delirio maniaco (que además realizaba acciones extravagantes y furiosas), de la demencia (en la que había supresión del pensamiento) y del idiotismo (natural u adquirido). Pinel diferenció, por un lado, las “desviaciones del intelecto”, de las desviaciones “de los sentidos” (o estrictamente pasionales). La melancolía sería más un delire exclusif que un delire generale (como la manía) (Cobo, 2005).

Philippe Pinel también se inclina al aspecto psicológico, pero a partir de la imposibilidad de encontrar alteraciones morfológicas en las necropsias de enfermos mentales A diferencia de Chiarugi que priorizaba como elemento terapéutico el “ejemplo”, él enfatizó los aspectos emocionales en la terapéutica; añadió a la clasificación entonces en popularidad la manie sans délire, una forma de alteración mental sin deterioro de las funciones intelectuales. Se inicia en este periodo la era de los asilos en los cuales la abundancia de observaciones permite identificar y conocer mejor diversas enfermedades neurológicas con un compromiso de las facultades mentales. Tal es el caso de la descripción del petit mal por Esquirol y luego de la crisis de ausencia que precede a un ataque epiléptico por Calmell. Los asilos también incorporan entre sus internos numerosos pacientes afectados por la sífilis terciaria, identificada por Bayle en 1822 (Salaverry, 2012).

Esquirol, discípulo de Pinel, sustituye el concepto hipocrático de melancolía por el de lipemanía, considerando la una monomanía (delire exclusif) triste. Se trataba de una enfermedad cerebral caracterizada por un delirio parcial, crónico, sin fiebre, con síntomas pasionales, como podían ser la tristeza opresiva y debilitantes (Cobo, 2005).

1.3 Enfermedad mental y delito

Históricamente, los límites entre el trastorno mental y la conducta violenta han sido muy imprecisos. En la actualidad aún persiste la creencia popular de que los delitos más graves como pueden ser el asesinato con componentes sexuales, la conducta parricida, el neonaticidio y los que incluyen elementos que permiten la clasificación de agravamiento de un delito (ensañamiento y alevosía, víctimas muy vulnerables etc.) son llevados a cabo por personas con algún tipo de enfermedad mental grave. Desde numerosas asociaciones de enfermos mentales se ha pretendido "limpiar" la imagen de los mismos. Sin embargo, sí que parece existir un porcentaje significativo de pacientes que a causa de haber abandonado su tratamiento farmacológico o su consumo irregular unido al abuso de drogas psicoactivas, pueden desarrollar conductas violentas.

Por otra parte, si se analiza la postura tomada por los profesionales de la salud mental, tampoco existe uniformidad de criterio. Así la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), defiende que, "la mayor parte de las personas violentas no sufren enfermedad mental y que con tratamiento, la persona con trastorno mental no es más peligrosa que la población general". Al margen de este postulado, se encuentra en la literatura numerosos estudios científicos que demuestran que personas con desequilibrios psiquiátricos graves, aquellos que tienen un tratamiento inadecuado o que, aun siendo adecuado no lo siguen, son más propensos a manifestar conductas violentas que la población general. Gran asociación existe según estos estudios, entre la esquizofrenia (especialmente la de tipo paranoide) y la violencia. Hay que tener en cuenta que, gran cantidad de ellos han sido criticados por su falta de rigor científico y como consecuencia de esto, ha acabado produciéndose la llamada "psiquiatrización de la conducta criminal".

Conviene romper una lanza a favor de otros muchos estudios que sí han llevado una metodología científica rigurosa. Destacar el llamado "Estudio MacArthur". Se trata de un trabajo multidisciplinar realizado en EE.UU. durante más de una década. Se perseguía un doble objetivo: por un lado, la valoración científica del riesgo de violencia, y por otro, la creación de una posible herramienta de actuación para que los distintos profesionales de la salud mental pudiesen valorarla. La investigación arrojó datos interesantes. Así, se

observaron dos predictores para la conducta violenta: uno la psicopatía y otro, el haber sido víctima de malos tratos durante la infancia. También se halló que la tasa de violencia era significativamente superior en los esquizofrénicos y sobre todo en aquellos que eran consumidores de sustancias psicoactivas y/o alcohol (Muñoz, 2009).

1.3.1 El nacimiento de la criminología y la enfermedad mental

El delincuente loco es aquel que comete un crimen y ya se encontraba trastornado en sus facultades mentales. En uno u otro caso se trata de un inimputable en términos de la escuela clásica del Derecho Penal, o de un irresponsable a causa de su enfermedad para la escuela positivista. Sin embargo, cabe señalar que de acuerdo a nuestras actuales leyes, el delincuente loco en realidad nunca es delincuente, debido a su estado mental que lo coloca en un plano de inimputabilidad y en caso de recuperarse, nunca podría ser procesado.

Dentro de los delincuentes locos Lombroso, padre de la criminología, incluye a los alcohólicos que cometen crímenes, considerando que el alcohol destruye los centros nerviosos y afectan la conciencia moral, llegando a convertirlo en un verdadero loco. Lombroso habló también de un tipo de delincuente que designó *mattoide*, cuya traducción al español no tiene exacta correspondencia; se podría traducir literalmente como “locoide”, o sea de alguien que no está loco, pero casi alcanza esos límites. El *mattoide* es lo que en psicología conocemos como un sujeto paranoico, que se manifiesta en delirios de grandeza o de persecución (Orellana, 2000).

La preocupación por los enfermos mentales, por las causas psiquiátricas del delito, existieron siempre en Lombroso, el cual ya había hecho notar que en las cárceles se encontraban muchos enfermos mentales, que muchos sujetos que fueron juzgados y sentenciados en realidad no eran más que locos.

Lombroso hace una diferencia entre los delincuentes locos y los locos delincuentes, siendo estos últimos los enfermos dementes, sin capacidad de entender ni de querer, que cometen un crimen sin saber los que hacen; por el contrario el delincuente loco es el sujeto que ha cometido un delito y después enloquece en la prisión (Rodríguez, 1993).

1.3.2 Médico de las prisiones

Durante el siglo XIX son los médicos de las prisiones los que por sus continuas observaciones van acumulando datos sobre el fenómeno de la criminalidad.

Luis Felipe Pinel (1745-1826) médico de cabecera del emperador Napoleón I, tuvo oportunidad de fundar el manicomio de Charenton, conmovido por la situación de los enfermos mentales en las prisiones, donde los encadenaban como animales furiosos y eran víctimas de malos tratos de guardianes y prisioneros.

Pinel sostuvo que los enfermos mentales debían ser tratados en lugares especiales, ya que físicamente eran normales. Solo que moralmente estaban enfermos y no distinguían el bien del mal o distinguiéndolo no les importaba (Orellana, 2000).

Por lo cual, Pinel según menciona Rodríguez, (1993)... “nombrado médico de Bicentré, lugar donde han sido concentrados todos los enfermos mentales... su primera acción es solicitar el permiso para desencadenar a los infelices enfermos (1792)... desencadenando gentes que tenían hasta 40 años encadenados y que estaban atrofiados y casi ciegos”...

Escribió varias obras, entre ellas Tratado Médico Filosófico sobre la Manía (1801), y se enfrentó a los médicos de la época, considerando la sangría y la práctica de zambullir a los enfermos en agua helada como verdaderos “delirios médicos”.

La labor humanitaria y técnica de Pinel ha quedado como ejemplo: ha fundado la Psiquiatría y los primeros y verdaderos asilos, realiza los primeros diagnósticos clínicos, separando criminales de enfermos mentales, evita los rigores inútiles e inicia el tratamiento médico de los enfermos mentales.

Esquirol el gran teórico de la Psiquiatría, elabora la clasificación de enfermedades mentales que regirá el siglo XIX, descubre y bautiza las alucinaciones.

1.4 Retraso Mental y delito

La posibilidad de que un individuo con retraso mental cometa actos delictivos depende de la profundidad de su déficit intelectual y de su modalidad clínica. La profundidad del

déficit intelectual se refiere a que cuanto mayor sea el grado de retraso mental, menor será la capacidad delictiva y, por tanto, menor la peligrosidad. Por su parte, la modalidad clínica significa que origina más problemas penales la forma intranquila, irritable o activa que la forma apática, tranquila o pasiva (Rodes y Martí, 1997).

En los niveles profundos de retraso mental, la misma incapacidad psicofísica que los pacientes tienen les priva de la posibilidad de delinquir. No obstante, en algunos casos se constatan delitos contra la propiedad (en forma de hurtos burdos), contra la libertad sexual (casi siempre simples intentos) e incluso en ocasiones delito contra la seguridad (como incendios, de los cuales son típicos los practicados por diversión). Desde un punto de vista psicológico-forense los casos más difíciles de peritar son los sujetos que tienen una capacidad intelectual límite ya que como síntomas asociados a su deficiencia intelectual se encuentran otros como una gran sugestionabilidad, impulsividad, baja tolerancia a la frustración, agresividad y escaso autocontrol. Frecuentemente entran en conflicto con la ley por delitos contra las personas (lesiones y homicidios), contra la libertad sexual (agresiones y abusos sexuales) y contra la seguridad (Cabrera y Fuertes, 1997 citado en Psicología jurídica y Forense, 2005).

El débil mental es un enfermo de la inteligencia y esta enfermedad no le permite construir su personalidad integrando su sistema de valores propios en una buena estructura lógica de sus conocimientos. El retardo mental se refiere a condiciones anormales caracterizadas por un defecto en el desarrollo intelectual que por lo común existe al momento del nacimiento o se presenta en la primera infancia y es provocado por enfermedad, lesión perturbaciones genéticas o carencia social extremada (Marchiori, 2000).

1.5 Drogadicción y delincuencia

El índice de delincuencia, que de manera elevada existe en torno a la drogadicción, depende de varios factores que pasamos a exponer a continuación:

- De la obtención de la droga que, dado su elevado valor en el mercado clandestino, obliga al sujeto a robar, prostituirse, estafar, etc., para obtener la sustancia a la que es adicto.

- De los efectos directos de la droga en el sujeto, esto es, la posible aparición de trastornos psicóticos inducidos por sustancias, reacciones de ansiedad, delirium, estado de agresividad y confusionales. Durante estas situaciones el drogodependiente puede cometer con frecuencia delitos tales como lesiones, atentados sexuales, e incluso homicidios.
- De la personalidad previa del toxicómano. En este sentido, existen grandes polémicas sobre si el drogadicto presenta alteraciones previas de la personalidad, o lo que es lo mismo, si existe un “perfil de personalidad del drogodependiente”. Aunque no hay datos concluyentes parecen que existen rasgos de personalidad relativamente estables y homogéneos en los drogodependientes. Lo que no está claro es si son dichos rasgos los que precipitan al consumo de tóxicos o si por el contrario es el consumo de sustancias el que altera, modifica la personalidad de los drogodependientes.

Hay que tener presente que muchos trastornos de la personalidad tratan de compensar sus insuficiencias con el consumo de tóxicos. En otras ocasiones, estados psicopatológicos latentes (ej. esquizofrenias) afloran al ser precipitados por el consumo de tóxicos, y finalmente, personalidades con rasgos específicos de inestabilidad, impulsividad y escasa tolerancia a la frustración se descompensan con la ingesta de determinadas drogas, realizando conductas violentas que son seguidas de estados amnésicos completos (Cabrera y Fuertes, 1997 citado en Psicología jurídica y Forense, 2005).

1.6 Psicosis y Criminalidad

El síndrome de psicosis resulta de suma importancia para la comprensión de la dinámica criminológica, ya que existe una estrecha relación entre conductas delictivas principalmente el homicidio y procesos psicóticos. El estudio de los procesos psicóticos aclara múltiples problemas de la dinámica criminal. En general los trastornos psicóticos se caracterizan por un grado variable de desorganización de la personalidad, se destruye una relación con la realidad y existe una incapacidad para el trabajo, es decir, el psicótico entra en una etapa de total aislamiento psíquico y social y de ahí la marginación progresiva a nivel familiar (Marchiori, 2000).

1.7 Conductas Delictivas en Epilépticos

Durante mucho tiempo se ha relacionado la epilepsia con conductas antisociales. De esta manera crímenes, violaciones, robos y otros comportamientos delictivos se explicaban porque supuestamente el autor padecía de trastornos convulsivos o presentaba antecedentes hereditarios epilépticos. Asimismo se hacía referencia a las similitudes entre crisis epiléptica y ciertas características impulsivas y sádicas de los delitos violentos. Si tratamos de explicarnos por qué se ha acentuado esta relación epiléptica-crímen con consecuencias graves para una mayor comprensión de la personalidad epiléptica podemos pensar en la crisis epiléptica, que sufre inesperadamente, que se caracteriza por movimientos bruscos e incontrolables y en donde predomina una impulsividad en la que el sujeto no es consciente de lo que le sucede. Todo esto se ha comparado, con los crímenes compulsivos y en la que el autor no tiene control de sus conductas.

El tipo de conductas delictivas que se proyecta en las personalidades epilépticas con acentuados rasgos paranoides y agresivos son crisis violentas caracterizadas por agresiones (lesiones, homicidios, daños) por lo común a los familiares. Evidentemente que la crisis compulsiva, con rasgos muy violentos implican un no manejo de los impulsos relacionados a una insensibilidad de tipo afectivo.

Lo anterior explica de algún modo que las víctimas en delitos cometidos por epilépticos tengan vinculación de tipo familiar con el autor, casos de lesiones a hermanos, esposa, delitos de homicidios, donde es notoria la impulsividad y desequilibrio pero donde también se advierten fantasías e ideas paranoides, mucho tiempo antes de la proyección de la agresividad (Marchiori, 2000).

1.8 Normalidad y anormalidad

La normalidad de una persona desde el punto de vista estadístico, se determina por su identificación a una tendencia central de grupo, asimismo desde el punto de vista normativo se refiere a la conducta del individuo acorde a los valores aceptados por la comunidad, y desde el punto de vista clínico, el anormal es quien sufre una considerable alteración en su vida psicofisiológica que le impide desarrollar sus capacidades o su vida de relación.

Importante resulta para la criminología estos estudios, pues la conducta criminal es generalmente aceptada por las diversas corrientes psicológicas como una manifestación patológica, enferma o anormal del individuo. Ahora bien, a esta problemática debemos agregar el hecho frecuente de que al delincuente se le considera como un enfermo mental. Para la psicóloga Hilda Marchiori está fuera de discurso que el hombre delincuente es un individuo enfermo. En efecto afirma: “el hombre no roba, no mata porque nació ladrón o criminal, el delincuente al igual que el enfermo mental realiza sus conductas con una proyección de su enfermedad. Mientras que el hombre normal consigue reprimir las tendencias criminales de sus impulsos y dirigidos en sentido social, el criminal fracasa en esa adaptación. Es decir, que los impulsos antisociales presentes en la fantasía del individuo normal son realizados activamente por el delincuente (Orellana, 2000).

Estructura psicológica normal y anormal:

	Normal	Anormal
1.	Desarrollo	Fijación
2.	Integración	Aislamiento
3.	Coordinación	Disociación
4.	Adaptación	Inadaptación
5.	Actividad	Pasividad
6.	Autoafirmación	Autodestrucción
7.	Productividad	Esterilidad
8.	Equilibrio	Desequilibrio

1.9 Enfermos mentales en reclusión

La existencia de personas aquejadas de enfermedades mentales internadas en centros penitenciarios es una realidad de todos los países del mundo. En muchos casos la enfermedad mental se halla en el origen del delito que estas personas cometieron. En ocasiones, la prisión se utiliza como un recurso de carácter asistencial para estas personas, que no han sido tratadas y controladas en su vida en libertad. En este sentido, la prisión constituye muchas veces la única alternativa realmente disponible ante las deficiencias de las políticas preventivas o de los dispositivos asistenciales comunitarios que, en general, deberían ser los utilizados como de primera elección (Llamas, 2006).

El número de reclusos que requieren asistencia psiquiátrica está en aumento en numerosos países. De hecho, los delincuentes con trastornos mentales no deberían permanecer recluidos en prisiones donde raras veces reciben el tratamiento que su estado requiere y donde es probable que su salud mental se deteriore. Por el contrario, deberían recibir la atención y el tratamiento especializados que precisan en el seno de la comunidad. (Regla 82 de las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos.) No obstante, con frecuencia ocurre que las instituciones y servicios psiquiátricos públicos están sobrecargados de pacientes. Por tal motivo, es posible que no admitan a los pacientes psiquiátricos que hayan cometido delitos. Además, muchos reclusos pueden presentar patologías mentales y psiquiátricas como resultado de su encarcelamiento y del hecho de permanecer separados de sus familias.

Los trastornos mentales surgen y pueden tornarse crónicos en prisiones con problemas de hacinamiento y escasas actividades, lo que obliga a los reclusos a pasar la mayor parte de los tiempos encerrados en sus celdas. Si no se realiza una diferenciación adecuada de los reclusos según sus niveles de riesgo, pueden prosperar subculturas que den lugar a jerarquías dominantes. Esto puede afectar considerablemente la salud mental de los reclusos más vulnerables y aumentar el riesgo de que los reclusos con trastornos mentales sufran agresiones de otros reclusos. Las autoridades penitenciarias deben adoptar las medidas necesarias para evitar que se produzcan tales agresiones como, por ejemplo, separar a los enfermos mentales del resto de los reclusos y supervisarlos.

Los instrumentos internacionales subrayan la importancia del acceso de los reclusos a servicios de consulta y tratamiento psiquiátricos. El personal deberá estar atento a los síntomas de trastornos mentales y los servicios médicos de la prisión deberán realizar evaluaciones psiquiátricas, proporcionar atención psiquiátrica y tratamiento ambulatorio. Véanse los Principios de las Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental, 1991 (UNODC 2010).

Una de las dificultades para mantener a las personas con enfermedades mentales en conflicto con la ley penal fuera de prisión es que no existen instituciones adecuadas para alojar personas consideradas “criminales y peligrosas”. Como resultado, no sólo se fuerza a las personas con trastornos mentales a permanecer en prisión, sino que también se los priva

allí del tratamiento necesario. Es necesario entonces incorporar disposiciones legislativas sobre instituciones de salud mental de seguridad. Los criterios legislativos deben identificar el nivel de seguridad que requieren los pacientes, y este nivel debe ser revisado regularmente (OMS, 2006).

En cualquier caso, la institución penitenciaria no puede ni debe minusvalorar el problema. Hay que reflexionar sobre los servicios de salud mental comunitarios y que en medida un adecuado seguimiento del enfermo puede evitar situaciones que conduzcan a la reclusión. Hay que hacerlo igualmente sobre la relación entre enfermedad mental y responsabilidad penal analizando las relaciones reales entre el sistema de salud y el sistema penitenciario a la hora de asegurar la atención que estos enfermos precisan. Pero también, en el seno de la propia institución penitenciaria, hay que dar respuesta a la realidad objetiva que supone la presencia del enfermo mental en la prisión, y a la pregunta de en qué medida el enfermo mental recibe una atención equiparable a la que se le es ofertada a los enfermos del resto de patologías. Hay que reflexionar por último sobre la situación de estas personas, cuando una vez libres, al volver a la sociedad, se pueden encontrar perdidos, y cargando con la doble estigmatización derivada de su condición de enfermo y de ex preso.

La Dirección General de Instituciones Penitenciarias, ha llevado a cabo las siguientes alternativas:

- Organización (mayo 2006) de la 1ª jornada de salud mental en el medio penitenciario, con el objetivo fundamental de impulsar la reflexión colectiva sobre la problemática del enfermo mental en prisión, debatir nuevas alternativas y nuevos enfoques para su abordaje en el medio penitenciario, analizar el marco jurídico y asistencial actual, la concepción del problema desde un punto multidisciplinar y potenciar la colaboración entre todos los actores implicados: instituciones penitenciarias, poder judicial y sistema nacional de salud.
- Organización (septiembre 2006) de una jornada técnica sobre la conducta suicida en el medio penitenciario. Su objetivo fue mejorar y actualizar los conocimientos de los distintos profesionales de la institución implicados en la aplicación del programa de prevención de suicidios.

- Colaboración con el ministerio de sanidad en la elaboración de estrategia de la salud mental del sistema nacional de salud (diciembre 2006).
- Realización de un estudio sobre salud mental (diciembre 2006- junio 2007), para tener un conocimiento actualizado sobre la prevalencia de la patología psiquiátrica de las personas ingresadas en los centros penitenciarios.
- Puesta en marcha de un plan de formación en salud mental para profesionales penitenciarios.
- Modernización de los dos hospitales psiquiátricos penitenciarios, reforzando el componente medico asistencial, mediante la reestructuración de su plantilla y de su estructura orgánica. Redefinición de su misión como complementaria en el marco del sistema nacional de salud.
- Elaboración de un programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios, sobre la base de unos objetivos preventivos, terapéuticos y reinsertadores (Llamas, 2006).

La legislación de salud mental puede y debe brindar un marco para el tratamiento y el apoyo de las personas con trastornos mentales, antes que para su castigo. Tal marco debe permitir que las personas con trastornos mentales sean transferidas del sistema de justicia penal al sistema de salud mental en cualquier etapa. Al establecer protecciones para las personas con trastornos mentales en el sistema de justicia penal, y al limitar su encarcelamiento a circunstancias excepcionales, la legislación puede ayudar a proteger la seguridad pública y, al mismo tiempo, promover el trato humano a las personas con trastornos mentales en conflicto con la ley penal, permitiéndoles recibir atención adecuada y rehabilitación (Llamas, 2006).

1.9.1 El sistema penal y los enfermos mentales

El sistema de justicia penal debe preferir, cuando sea posible, el tratamiento al encarcelamiento de las personas con trastornos mentales en conflicto con la ley penal. La estructura del sistema de justicia criminal debe permitir la derivación de las personas con trastornos mentales a programas de tratamiento en todas las etapas del procedimiento penal.

1. Iniciación de la acción penal:

Los fiscales deben considerar los siguientes factores al momento de decidir si inician acciones penales contra una persona con trastornos mentales: la gravedad del delito; la historia psiquiátrica de la persona; el estado mental al momento del hecho delictivo, y el estado mental actual; la posibilidad de empeoramiento de la salud de la persona; y el interés de la comunidad en la persecución penal.

2. Etapa del juicio:

a) Capacidad para enfrentar el juicio: Para que alguien esté en condiciones de enfrentar un juicio, la ley requiere que se evalúa si el acusado puede entender el procedimiento legal y las consecuencias de este procedimiento, y comunicarse efectivamente con su asesor legal. Si se considera que no está en condiciones de enfrentar el juicio, los cargos pueden desestimarse o suspenderse, hasta que la persona reciba tratamiento. Las personas internadas en instituciones de salud mental mientras pende el juicio deben tener los mismos derechos que todas las demás personas sujetas a internación involuntaria, incluyendo el derecho a la revisión judicial por un órgano de revisión independiente.

b) Declaración de inimputabilidad penal: Cuando se determina que, al momento del hecho delictivo, la persona con trastornos mentales no era responsable de sus actos, es preferible someterla a tratamiento que a encarcelamiento. La mayoría de los tribunales permiten alegar la inimputabilidad por razones de salud mental, si el razonamiento, la comprensión o el autocontrol de la persona estaban afectadas al momento del hecho delictivo. La persona declarada penalmente inimputable puede ser puesta en libertad una vez que su trastorno mental experimente mejoría.

3. Etapa de determinación de la pena:

a) Sentencias de ejecución condicional: Las personas con trastornos mentales pueden recibir tratamiento a través de sentencias no privativas de libertad, o de órdenes de tratamiento comunitario, que permiten llevar a cabo el tratamiento en la comunidad con sujeción a ciertas condiciones. Si una persona no cumple con las condiciones estipuladas, puede ser conducida nuevamente a la institución para completar su tratamiento.

b) Órdenes de internación: También puede proporcionarse tratamiento a través de una orden de internación (por ejemplo, una sentencia privativa de libertad que ordene su cumplimiento en una institución de salud mental). La persona sujeta a una orden de internación no puede ser detenida para recibir tratamiento por un período mayor al de la condena que le hubiera correspondido, salvo que se cumpla con el procedimiento para el ingreso involuntario. Las personas sometidas a órdenes de internación tienen derecho a la revisión periódica de su detención por un órgano de revisión independiente.

4. Etapa de ejecución de la pena:

a) Transferencia de internos: Si una persona desarrolla un trastorno mental después de su encarcelamiento, puede ser transferida a la unidad hospitalaria de la prisión o a otra institución de salud mental de seguridad para recibir tratamiento de salud mental. Los internos transferidos de este modo tienen los mismos derechos que los demás pacientes involuntarios, como el derecho a consentir el tratamiento, a la confidencialidad y a ser protegidos del trato inhumano o degradante.

Los internos también tienen derecho a obtener la libertad condicional. Un interno no puede ser detenido para recibir tratamiento por un período más extenso que el de la sentencia, salvo que se cumpla con el procedimiento de ingreso involuntario.

Instituciones e instalaciones para personas con trastornos mentales en conflicto con la ley: penal puede ser necesario establecer disposiciones que prevean la existencia de instituciones de salud mental de seguridad. La legislación puede establecer los criterios relativos a los niveles de seguridad que requieren los pacientes; estos niveles deben ser revisados regularmente. Ningún paciente debe permanecer en un hospital con un nivel de seguridad mayor al necesario (OMS, 2006).

CAPÍTULO II: ENFERMEDAD MENTAL Y DELITO EN MÉXICO

2.1 Historia de la enfermedad mental en México

La revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría (2005) en su edición octubre diciembre, hace una reseña al libro de Guillermo Calderón Narváez “Las enfermedades mentales en México. Desde los mexicas hasta el final del milenio” en el cual recopila la historia de la enfermedad mental dejando en claro que los enfermos mentales a través de los siglos, predominantemente en Europa, eran encadenados, exhibidos en jaulas o ya que se creía que estaban poseídos por seres demoniacos. En México, en la época prehispánica, existen relatos confiables los cuales indican que los antiguos mexicanos podían identificar diversas patologías, como la depresión y la epilepsia, entre otras. Por ejemplo el Códice Martín Badiano (1552) como en el relato de fray Bernardino de Sahagún, en su Historia General de las Cosas de la Nueva España (gracias a sus informantes indígenas), se puede observar una descripción detallada de la cultura autóctona que encontraron los españoles, después de la caída de la Gran Tenochtitlan, en 1521.

Este Códice describe tanto la depresión como la epilepsia, así como también el traumatismo craneoencefálico, el delirium, entre otras afectaciones, todos estos males eran considerados por los antiguos mexicanos como entidades patológicas, junto con otros problemas de salud.

Por su parte, fray Bernardino de Sahagún hace una descripción de los buenos y malos médicos y médicas, lo que demuestra la ausencia de discriminación hacia la mujer, al contrario de lo que ocurría en Europa durante el siglo XVI y posteriores; además, este mismo autor hace una reseña por separado del curandero o “brujo”, al que los indígenas llamaban “nahualli”, personaje que no existe en otras culturas.

Al iniciarse la época colonial otro personaje, llamado fray Bernardino Álvarez, fundó el Hospital de San Hipólito, donde se atendía a enfermos mentales varones, el primero de su tipo en América y el quinto a nivel mundial. Años después, José Sáyago (carpintero), gestionó y logró que se construyera otro hospital, semejante al primero pero dedicado a las mujeres en la misma situación, y así fue como nació el Hospital del Divino Salvador. En el

siglo XIX, al inicio de la Revolución, el general Porfirio Díaz mandó construir el Manicomio General de México, denominado por el pueblo como “Hospital de La Castañeda”, por estar ubicado en los terrenos de una hacienda que tenía ese nombre. Esta institución, con cuya inauguración se conmemoró el Centenario de la Independencia, fue considerada en su momento un verdadero modelo de hospital de la especialidad.

Lamentablemente, la vorágine de la Revolución y los gobiernos posteriores propiciaron que el edificio que albergaba dicho hospital se deteriorara con gran rapidez, de tal forma que a mediados de la década de los cincuentas se ordenó la demolición del mismo, en lo que se conoció como “Operación Castañeda”, para ser sustituido por seis modernos hospitales, muchos de ellos ampliados y remodelados, los cuales se encuentran hoy aún vigentes (Calderón, 2002).

Es importante recalcar que en México se vivió una etapa en la cual los tratamientos biológicos eran toda una novedad, esto claro antes de la llegada de los psicofármacos, es por eso que el autor Guillermo Calderón relata en un capítulo de su libro los diferentes tratamientos que se usaban tales como la provocación de choques, la insulino terapia, la electropirexia, el electrochoque y la malarioterapia.

2.2 Manicomios en México

La ciudad de México tuvo dos hospitales para dementes desde inicios del periodo colonial. Allí se encontraba el primer manicomio de América, el hospital San Hipólito (1566), donde fueron atendidos hombres sumidos en la locura. Este hospital para dementes fue erigido en el límite occidental de la traza urbana que imperó hasta fines del siglo XVIII. El segundo establecimiento fue fundado en 1700 con el objetivo de albergar mujeres dementes. Su nombre era el Divino Salvador, conocido popularmente como la Canoa, nombre de la calle sobre la que estaba, este hospital era mucho más céntrico (Ríos, 2008).

Ambos inmuebles fueron usados como hospitales militares y cuarteles durante la primera mitad del siglo XIX (Berkstein Kanarek, 1981). En este lapso, los pacientes mentales internados se redujeron a unas cuantas decenas y eran remitidos a hospitales, cárceles o simplemente se dejaban en libertad. Pero una vez desmilitarizada la ciudad durante el

segundo imperio (1864-1872), hubo un crecimiento de la población. En cuanto a administración se refiere, el Divino Salvador fue dirigido por un miembro de la sociedad San Vicente de Paul, mientras que el San Hipólito fue administrado directamente por el gobierno del ayuntamiento (Ríos, 2008).

Las descripciones de las instalaciones no son tan deprimentes, por ejemplo, en su informe sobre Los establecimientos de beneficencia y corrección de esta capital de 1864, Joaquín García Icazbalceta nos hace la siguiente descripción:

Aun cuando el hospital de San Hipólito este lejos de llenar las condiciones de una verdadera casa de locos, no dudo que una administración inteligente pudiera sacar de él mucho más partido, como lo prueba el estado del hospital del divino salvador, edificio muy inferior a San Hipólito bajo todos los aspectos (Ríos, 2008).

Por su parte, Juan de Dios Peza en su libro *La Beneficencia en México* (1881), mencionaba lo siguiente sobre el mismo establecimiento: “no está en la actualidad en primera línea, comparado con otros hospitales en México, pero sería injusto señalarle como figurando entre los de última”, en cuanto a las condiciones del Divino Salvador, su director informó en 1863:

El local es amplio y los salones están tan perfectamente ventilados, tan llenos de luz, de limpieza, de alegría, que nadie por escrupuloso que sea siente repugnancia ni tristeza por cualquiera de ellos. Los dormitorios destinados para las tranquilas asiladas, honrarían al mejor hospital de Europa (Ríos, 2008).

Pese a los buenos informes, los miembros de la Élite comenzaron a emitir propuestas para construir un nuevo manicomio que reemplazara los “oscuros e insalubres” hospitales para dementes, argumentando que dicho deterioro contradecía las ideas científicas del momento, a saber, que el aire puro tenía dotes terapéuticos sobre la locura, que el ruido ciudadano no ayudaba a la curación, que la mezcla de pacientes con diferentes tipos de enfermedades en espacios comunes no permitía una detallada observación clínica, en resumen eran sitios en los que no se podía incursionar la ciencia (Ríos, 2008).

Pero había otra razón para sugerir la construcción de un nuevo manicomio. Esta fue expuesta por uno de los médicos del Divino Salvador en 1879: “el número de locos está creciendo gradualmente por lo que conviene tener un lugar donde recogerlos” (Labastida, 1879 *citado* en Ríos, 2008) En este mismo tenor, el doctor Miguel Alvarado, quien fuera considerado como el más importante alienista mexicano en el siglo XIX, propuso la perentoriedad de un nuevo establecimiento psiquiátrico ya que la cantidad de locos iría en aumento constante; la enfermedad mental era “el mal de la Civilización”. Alvarado exponía que los establecimientos para dementes no daban abasto ya que en ese momento había doscientas catorce mujeres y ciento noventa y siete hombres que requerían encierro. Y, en efecto, el aumento de los enfermos mentales continuó. En 1910 hubo un total de setecientos setenta y siete locos y locas de ambas instituciones, cantidad que nos permite suponer un alto grado de hacinamiento en los últimos años de los viejos hospitales para dementes (Ríos, 2008).

2.2.1 La Castañeda



Imagen 3: Vista General del Manicomio “La Castañeda”

El presidente Porfirio Díaz, cuya controvertida dictadura inició como el triunfo del liberalismo en 1877 y concluyó muy debilitada en 1910, año en que inició la revolución, cerró su administración con las fiestas del centenario de la independencia. La primera de las fiestas fue la pomposa inauguración del novísimo Manicomio General La Castañeda. Esta fue la última de las imponentes obras arquitectónicas creadas como parte del proyecto porfiriano que buscaba convertir la capital en el reflejo fehaciente del ingreso de México en la modernidad. Siguiendo un esquema francófilo que imperó en las múltiples reformas arquitectónicas impulsadas por Díaz, los gestores del nuevo manicomio se adhirieron a los lineamientos esbozados por quien fuera el reformador de la arquitectura psiquiátrica en Francia, ochenta años atrás, Jean Étienne Esquirol (Postel y Quetel, 1993).

Para este médico buena parte de la eficacia terapéutica se encontraba en las condiciones óptimas del edificio. En consecuencia, las antiguas y oscuras estructuras medievales aumentaban la sensación de encierro e impedían el proceso de recuperación debido a la falta de luz y ventilación. Para evitar tan nocivo ambiente, los espacios de encierro que pretendieran a la curación de los enfermos mentales debían reunir tres características: la clasificación de los internos debía hacerse según los síntomas similares y, a su vez, se separaba cada grupo en pabellones autónomos; la funcionalidad estaría dada por la construcción de tres hileras de edificios, a la izquierda y a la derecha de los pabellones centrales, que albergarían a los hospitalizados, la administración y los servicios generales; la eficiencia de un manicomio implicaba que debía ser construido a las afuera de la ciudad, preferiblemente en la ladera de una montaña para que los internos tuvieran una agradable vista y así evitar la sensación de encierro (Postel y Quetel, 1993).

Para construir un nuevo manicomio general fueron elegidos los terrenos de la antigua hacienda “La Castañeda”. Don Porfirio destinó un presupuesto de \$1.783. 357 y fueron contratados miles de obreros para erigir un monumental manicomio de 141.662 m². Muy cerca de las líneas de tranvía aparecía una imponente reja forjada de once metros de ancho con un letrero en la parte superior que decía “Manicomio general”. Al lado izquierdo de la reja se encontraba la garita del vigilante y una casita con dos recámaras, baño y cocina. Después de pasar la reja, las tres viviendas de los médicos era lo primero que el visitante veía. Cada uno tenía un despacho, sala, comedor, cuarto de servicio, oficina, cuatro recámaras, cuarto para el mozo de limpieza y cuatro piezas en el sótano. Frente a estas tres casas estaban los exuberantes jardines que daba una halagadora bienvenida (Ríos, 2008).

Una vez adentro el visitante se encontraba con un complejo arquitectónico acorde con el modelo esquiroliano. Era un conjunto de pabellones autónomos regidos por un eje central que iniciaba con las oficinas de administración, y pabellones laterales que se alineaban de forma casi simétrica, todo esto rodeado de una imponente muralla que acordonaba el complejo rematando con casetas de vigilancia en cada esquina (Cuadriello, Aguilar, 1983*citado* en Ríos, 2008). De tal forma La Castañeda constaba de tres hileras de edificios: en el centro estaban los generales, a la derecha los de hombres y a la izquierda los de mujeres, todos ellos separados por amplios corredores (Ríos, 2008).



Imagen 4: Enfermos mentales en "La Castañeda".

El Manicomio La Castañeda fue concebido como un gran museo de la locura, donde las diferentes formas de anormalidad serían clasificadas y guardadas en bellas estanterías, todo en aras de construir un saber científico sobre aquellos seres cuya débil constitución biológica los marginó del mundo civilizado. Bajo la lógica de los

museos erigidos a fines del siglo XIX, el Manicomio General sería el espacio en el que la sociedad porfiriana reuniría sujetos extraños en los cuales reconocerse a sí misma a través de la alteridad (Ríos, 2008).

En el marco del Segundo Congreso Panamericano de Medicina (1898), dos médicos mexicanos presentaron el proyecto del nuevo manicomio. Argumentaron que la psiquiatría se haría científica cuando se empezara a separar a los locos que compartiesen el mismo conjunto de síntomas. Los justificaron de la siguiente forma: “si se miran unos a otros se entiende que se miran en un espejo, así conseguiremos evitar que se lastimen y perturben las facultades” (Morales, Romero, 1898 citado en Ríos, 2008). Si los locos debían verse entre ellos como si se observasen en un espejo, la sociedad porfiriana vería, a través de las diferentes formas de locura, un panorama aleccionador: las ruinas humanas de quienes no pudieron o no quisieron beber los jugosos beneficios de la modernidad (Ríos, 2008).

2.2.2 ¿Quiénes llegan a los hospitales psiquiátricos?

Se puede afirmar en forma responsable que la actitud y el tratamiento que da el Estado mexicano a los enfermos mentales es brutal y contiene toda la violencia que la sociedad capitalista hacia los explotados y que en el caso de los llamados pacientes mentales, es terrible desde todos los puntos de vista y más aún si tomamos en encargo de velar por su atención y bienestar, y lo que hace es avergonzarse de ellos, esconderlos, drogarlos y maltratarlos (Marcos, 1987).

Además de los pequeños extraviados llegan a estas instituciones mentales personas sin hogar y perseguidos políticos, a los que se trata peor que animales: no reciben ni alimento ni el tratamiento adecuado ni el afecto necesario para su desarrollo. Diariamente y a la misma hora se les distribuye en forma indiscriminada a todos pastillas de vitamina B; a algunos se les da pastillas amarillas (Largactil) que los pone a gritar decían ellos y que les produce tal terror que a los que van a visitarlos les piden dinero para pagarles a los médicos y enfermeras para que no se las den. A los niños se les tienen amarrados con sabanas porque según dicen las enfermeras “se pegan”; todos son bañados a golpes de chorro de manguera. Hombres, mujeres y niños son encerrados dentro de enormes jaulas con candado, todos desnudos, los enfermeros y funcionarios embarazan a las muchachas (Marcos, 1987).

Durante el tiempo que permanecen en la institución no se les compra nunca ropa. En varias de las clínicas los enfermos estaban completamente desnudos; no existen baños ni sanitarios, carecen totalmente de terapia ocupacional y la corrupción llega hasta los mismos pacientes. En la granja Adolfo Nieto, que es solo de hombres, encierran a los presos políticos en una mole de concreto sin ventanas, los pacientes les lavan los automóviles y les bolean los zapatos a los funcionarios. En la granja que se encuentra en la carretera a Pachuca, a una muchacha acababan de practicarle la lobotomía porque era según decía su historia clínica, muy agresiva (Marcos, 1987).

A continuación extractos de algunos de los reportajes los cuales aparecieron en la revista: El Día del 16 de agosto de 1978 realizados por la autora Silvia Marcos.

Las granjas, hospitales psiquiátricos

Debido a las pésimas condiciones en que se encontraban los internados en La Castañeda, el gobierno de Díaz Ordaz decidió en 1967 inaugurar granjas-hospitales que serían un ejemplo en su género. A estos sitios ubicados en las afueras de la ciudad fueron trasladados los 5 mil habitantes de la antigua Castañeda. Se aseguró entonces que la vida de los enfermos mentales en estas granjas sería de tal manera positiva, que el adecuado tratamiento médico, la atención del personal auxiliar y el contacto con la naturaleza permitirían a muchos de los enfermos recuperarse (Marcos, 1987).

11 años después comprobamos que declaraciones y promesas no fueron sino eso. La situación de los enfermos mentales en estas granjas es peor o igual que en La Castañeda. Ciertamente trasladaron a los enfermos mentales a unos hospitales nuevos y llenos de luz pero con ellos se trasladó el mismo personal, la misma corrupción, los mismos vicios y el mismo sistema que ha ocasionado que los adelantos mundiales en materia de enfermedades psíquicas, los nuevos tratamientos y las nuevas drogas no hayan podido franquear la entrada de estas granjas, en donde poco o nada se cultiva de estos hospitales donde nadie se cura. La vieja Castañeda quedó atrás pero sus problemas entraron en las nuevas unidades y ahí permanecerán quien sabe hasta cuándo (Marcos, 1987).

Así, la granja-hospital Campestre de la SSA nada tiene que ver con la medicina ni con las técnicas modernas, ni siquiera con el respeto a los más elementales derechos humanos de los 600 enfermos que están internados en este lugar para toda la vida.

La mayoría de los enfermos sin importar su sexo o su edad, estaban desnudos. Algunos se tapan con delgadas cobijas pero carecen de zapatos. Otros visten una especie de uniforme parecido al de los botones de los hoteles. Todos tiritan. La región es fría y el aire corta la piel.

Estaban delgados, con grados visibles de desnutrición, se encuentran aproximadamente 50 enfermos de todas las edades encerrados en una inmensa jaula, el piso de esta jaula está empapado. Charcos, excremento y orines sirven de asiento a esos enfermos mentales que en posición de feto esperan que se les levante el castigo y se les abra la jaula a donde fueron llevados “porque dan mucha lata” según explicó uno de los empleados del turno saliente (Marcos, 1987).

Al igual que las demás áreas del hospital están llenos de materia fecal, orines y humedad con salitre. Los alimentos se les sirven en pocillos y botes de metal abollados que no alcanzan para todos. No hay cubiertos y todos comen con las manos.

La FAO manda a México dentro de su programa de ayuda a los países subdesarrollados dietas complementarias para los enfermos reclusos en clínicas psiquiátricas. Consisten en leche y huevo deshidratado, pescado seco y aceite. Esta que debería ser una dieta

complementaria, es aquí la básica. Una sola vez a la semana comen carne. Al medio día les dan papas, frijoles y zanahorias (Marcos, 1987).

2.2.2.1 Historia de casos

Ladrón y paranoico en el manicomio la Castañeda

Alberto Nicolat Talocín, famoso ladrón que se hacía pasar por cleptómano y mismo que recorrió el país durante la revolución afirmando que era un mesías enviado por la virgen María como pregonero de la paz. Su declaración resultó incoherente y su comportamiento tan extraño, que los médicos optaron por remitirlo al Manicomio General La Castañeda.

Si Alberto padecía alguna psicopatía, no tendría que asumir su responsabilidad penal y en lugar de castigo debía recibir tratamiento. Pero si su salud mental era óptima entonces este simulador sería enviado a la cárcel (Ríos, 2009).

Los locos en la Historiografía

Con base a las cartas escritas por pacientes de La Castañeda se han escrito artículos que buscan explorar la cotidianidad del encierro, las relaciones de poder que allí se establecían, los códigos que regían la comunicación entre pacientes y médicos, la experiencia subjetiva del interno, su actitud frente a la institución psiquiátrica, al tratamiento y al diagnóstico impuesto. Existen expedientes como en el caso de Alberto, que contienen autobiografías escritas por los mismos internos. En estos textos solemos encontrar la postura del paciente frente a su internación. En caso de que el paciente no aceptase que tenía una enfermedad mental, solía explicar términos sociales la causa de su internamiento. Algunos argumentaban complots por parte de familiares para despojarlos de sus bienes, mientras que otros pensaban que habían sido víctimas de la brujería (Ríos, 2009).

Por otra parte, los que sí aceptaban la enfermedad mental, señalaban como causas de la enfermedad crónica de algún antepasado, un accidente en la infancia, mala alimentación, hasta nos encontramos a un francés que le echó la culpa a su locura a un tamal que se comió. Lo interesante de estas autobiografías es que son narraciones usadas por los locos para darle un sentido a su locura, a su encierro y hasta a su mínimo sufrimiento. Sin

embargo, un problema metodológico emerge cuando nos limitamos a las cartas de los locos como única fuente, sin tomar en cuenta los textos elaborados por los médicos. Considerar que los textos elaborados por los pacientes plasman su subjetividad en estado de “pureza”, es tan extremo como desdeñar los escritos de los médicos por estar mediados por sus prejuicios culturales y elaborados bajo una impronta biologicista.

Según Alberto su primer acceso a la locura ocurrió en la adolescencia, cuando dos hombres se le echaron encima con un cuchillo, lo metieron en un costal de carbón y lo pusieron en una tina de las que almacenaban trigo. Cuando llegó el padre a buscarlo, se le abalanzaron los mismos hombres para golpearlos. La imagen del hombre que lo había atado se había quedado “metida muy hondo dentro del cerebro” (Ríos, 2009).

Vivir en La Castañeda

Alberto no dudó en afirmar que el encierro en el pabellón de peligrosos había sido la causa por la que cayó en una crisis nerviosa que lo tornó huraño y agresivo. Pero después de seis meses comenzó a adaptarse a su nuevo contexto: Se hizo amigo de médicos y practicantes y hasta entraba en acaloradas discusiones con ellos sobre la naturaleza de su enfermedad, comparándose a sí mismo con los demás internos (Ríos, 2009).

En los expedientes clínicos de pacientes de La Castañeda solemos encontrar cartas en la que algunos pacientes no sólo cuestionaban el diagnóstico que se les hacía, sino que, además, utilizaban el lenguaje psiquiátrico para comprender los comportamientos anómalos de sus compañeros de encierro. Algunas veces usaban los criterios clínicos para compararse con los demás pacientes y reformular los diagnósticos del cuerpo médico. Los tratamientos también eran refutados, no por erróneos sino por insuficientes ya que los mismos pacientes exigían mayor medicación.

Pese a que la psiquiatría de aquellos días consideraba que todo enfermo mental debía mantenerse encerrado se proponía que los paranoicos no debían ser aceptados en los manicomios ya que ellos eran perfectamente conscientes de sus actos y su fingir obedecía a una moda de aquellos días (Ríos, 2009).

Después de La Castañeda

Alberto se sumió en el alcoholismo y llegó voluntariamente a las puertas del Manicomio. Allí estuvo dos semanas cuando una hermana solicitó el alta, comprometiéndose a cuidar de él. Tres días después de haber sido dado de alta, se desató un escándalo que nos permite comprender el ingreso “voluntario” de Alberto: se había perdido una considerable cantidad de dinero en La Castañeda y todo apuntaba a que Alberto había estado directamente implicado, abusando de la confianza de los empleados con los que había sostenido una buena relación (Ríos, 2009).

Consideraciones Finales

La vida de Alberto en el encierro nos lleva a cuestionar la idea que se tiene del manicomio como el sitio a donde llegan a morir en el olvido multitudes de enfermos, para verlo como un sitio de paso utilizado por personas que hacen uso del manicomio de acuerdo a sus necesidades e intereses. Por otra parte Alberto articuló una autobiografía en la que incorporó hábilmente los criterios psiquiátricos con sus antecedentes familiares y su vida como mesías, comerciante y ladrón, para justificar una locura que le convenía para efectos jurídicos.

Si bien para la psiquiatría de la década de 1920 era indudable que cualquier forma de locura debía estar encerrada, la conducta de Alberto fue el detonante de una reflexión psiquiátrica que traía consigo numerosas referencias para comprender los cambios culturales que en aquellos días tenía lugar. Así, la paranoia, una “enfermedad” que actualmente no “existe”, fue una mezcla entre síntomas clínicos y comportamientos considerados anormales culturalmente. Pese a su desaparición del lenguaje médico como entidad nosológica, la paranoia se ha incorporado plenamente a nuestro léxico cotidiano. Lo que comenzó siendo una enfermedad, ahora es una categoría coloquial usada para hacer referencia a esos sujetos o colectividades que aseguran ser constantemente atacados o amenazados, que desconfían de lo que perciben, que consideran que sus deducciones son más brillantes de lo que son, etcétera (Ríos, 2009).

2.3 La enfermedad mental en México

En México, se vive un problema de distribución reflejada en la atención de las enfermedades mentales, el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS), Informe del Sistema de Salud Mental en México 2011, menciona que en el contexto de la región de las Américas y del Mundo, los trastornos mentales constituyen un serio problema de salud pública con un alto costo social, que afecta a las personas sin distinción de edad, sexo, nivel socio-económico y cultural. En términos epidemiológicos, la salud mental participa a la carga global de las enfermedades alrededor de 12%, afecta hasta 28% de años vividos con discapacidad y constituye una de las tres principales causas de mortalidad entre las personas de 15 a 35 años por el suicidio. Las evidencias mundiales dan cuenta que no hay salud sin salud mental (OMS, 2011).

La disfuncionalidad familiar, las carencias afectivas, la falta de redes de soporte social, la proliferación de estilos de vida nocivos y entornos no saludables, aunados a la pobreza y a la exclusión social, resultaron en una mayor prevalencia, incidencia y magnitud de problemas de salud mental, cada vez con más impacto en la esfera psicosocial, incluyendo el incremento en el consumo de drogas y la violencia. Sin embargo, la salud mental sigue siendo la mayor demanda de salud insatisfecha y se tiene que reflexionar acerca de la respuesta que se ofrece a la población en este contexto.

Desde la perspectiva del acceso a los servicios de salud mental, prevalece aún en muchos países el antiguo paradigma de los grandes hospitales psiquiátricos asilares, que no hace posible la integración de la salud mental como un componente importante en la atención de la salud en general. Más aún, en este marco de una accesibilidad insuficiente a los servicios, se observa casos obvios de violación de los derechos humanos de las personas con trastorno mental. Se requiere ahora una gran voluntad política y un compromiso de todos los profesionales de la salud para lograr un verdadero cambio, acorde al paradigma de la atención en salud mental integral, continua y comunitaria dentro de la red de servicios de salud, para promover la reinserción social, de acuerdo a las necesidades de los pacientes y de sus familiares (IESM-OMS, 2011).

En México del total del presupuesto asignado a la salud, solamente el 2% es orientado a la salud mental; de este monto, se destina el 80% a la operación de los hospitales psiquiátricos; dada estas condiciones, las acciones enfocadas al trabajo comunitario se ven reducidas.

El eje de la atención de la salud mental es el tercer nivel, ejemplo de ello es que existen 46 hospitales psiquiátricos frente a 13 unidades de internamiento psiquiátrico en hospitales generales y 8 establecimientos residenciales. Aunado a lo anterior, el acceso se ve limitado por barreras geográficas, ya que la mayoría de estos servicios se ubican en las grandes metrópolis o cercanas a ellas (IESM-OMS, 2011).

Se cuenta con 544 establecimientos de salud mental ambulatorios que ofrecen atención a 310 usuarios por cada 100,000 habitantes en contraste con los hospitales psiquiátricos que atienden a 47 usuarios por cada 100,000. La mayoría de los pacientes son adultos; la población de niños y adolescentes asciende a 27% en unidades ambulatorias y a 6% en hospitales psiquiátricos. Estas cifras resultan preocupantes si consideramos que la edad de inicio de la mayoría de los trastornos psiquiátricos se encuentra en las primeras décadas de la vida; tal como lo reportó la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, en la cual, se señala que el 50% de los trastornos mentales inician antes de los 21 años de edad (Medina-Mora y Cols; 2003; 2005 *citado* en IESM-OMS, 2011). De acuerdo con otros estudios, 24.7% de los adolescentes se encuentran afectados por uno o más problemas de salud mental. Los trastornos más recurrentes entre adolescentes son problemas de aprendizaje, retraso mental, trastornos de ansiedad y por déficit de atención, depresión y uso de sustancias, así como intentos de suicidio (Benjet y Cols; 2009 *citado* en IESM-OMS, 2011).

Los resultados también demuestran que aproximadamente el 50% de los pacientes, que reciben atención, se atienden en servicios hospitalarios. En estudios anteriores se ha observado que México es uno de los países donde un porcentaje mayor de pacientes son tratados en servicios especializados independientemente de la gravedad del trastorno. Esta condición aumenta los costos de tratamiento y amplía la brecha de atención.

Las últimas políticas y acciones mundiales de salud mental plantean que la atención primaria debe de ser el punto donde se articule la atención de la salud mental comunitaria. En este sentido, en México solamente un 30% de estos establecimientos cuentan con protocolos de evaluación y tratamiento para condiciones claves de salud mental y realizan al mes por lo menos una referencia a un especialista en salud mental. Del mismo modo, el porcentaje de cursos de actualización y/o de educación, relacionado con temas de salud mental dirigidos a los profesionales que trabajan en este nivel, es menor al 15 % (IESM-OMS, 2011).

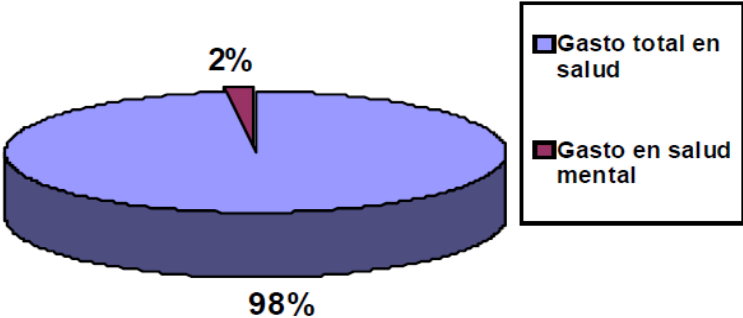
El número total de recursos humanos que trabajan en dispositivos de salud mental asciende a 10,000 y la tasa por cada 100,000 habitantes se distribuye de la siguiente manera: 1.6 psiquiatras, 1 médico, 3 enfermeras, 1 psicólogo, 0.53 trabajadores sociales, 0.19 terapeutas, 2 profesionales/técnicos de salud. Estos recursos son insuficientes, mal distribuidos y la mayoría de ellos están concentrados en los hospitales psiquiátricos.

En menos del 20% de los recintos penitenciarios, se refiere a un recluso con un especialista en salud mental por lo menos una vez al mes; y muy pocos policías, jueces y abogados han participado en actividades de capacitación en salud mental en los 5 años previos a este estudio (IESM-OMS, 2011).

A partir del año 2004, la población que no se encuentra cubierta por la seguridad social (45% del total de los mexicanos) es atendida dentro del Seguro Popular. Este seguro amplía su cobertura de manera escalonada y cuenta con financiamiento por cuota social, aportación del afiliado y presupuesto tanto federal como estatal. Los beneficiarios tienen derecho a recibir tratamiento de las enfermedades incluidas en el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES), el cual cubre el 100% de los servicios médicos que se prestan en los Centros de Salud (1er. nivel), el 95% de las acciones hospitalarias (2° nivel) y los medicamentos. En el CAUSES 2010, se incluye atención ambulatoria y hospitalización breve para los trastornos mentales prioritarios: trastornos por déficit de atención e hiperactividad, trastornos afectivos y de ansiedad, trastornos psicóticos y del desarrollo como autismo y epilepsia, además de la atención de las adicciones (Secretaría de Salud, 2010 *citado* en IESM-OMS, 2011).

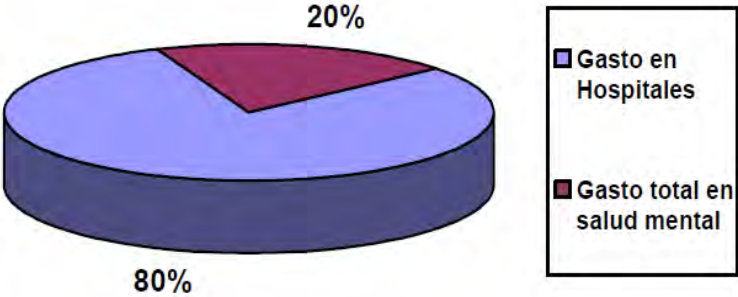
De acuerdo a este informe en México se vive una transición epidemiológica “polarizada” esto porque se está dando una disminución en la enfermedades infecto-contagiosas y un aumento en las enfermedades crónico-degenerativos entre las que se catalogan los accidentes, lesiones, y trastornos mentales, en estos destacan el trastorno depresivo el cual ocupa el primer lugar en mujeres y el quinto en hombres. En cuanto a los años de vida ajustados por discapacidad, los trastornos relacionados por el consumo de alcohol ocupan el sexto lugar para los hombres (Gonzalez-Pier y Cols, 2006citado en IESM-OMS, 2011).

Gráfico 1.1 Gasto en salud asignando a Salud Mental



Grafica 1. Fuente: IESM-OMS, Informe del Sistema de Salud Mental en México, 2011.

Gráfico 1.1 Gasto en Salud Mental asignado a Hospitales Psiquiátricos



Grafica 2. Fuente: IESM-OMS, Informe del Sistema de Salud Mental en México, 2011

Existen 1096 camas destinadas a los reclusos con trastornos mentales: 99% se ubican dentro de las prisiones, pero no existe un servicio específico de salud mental dentro de 17

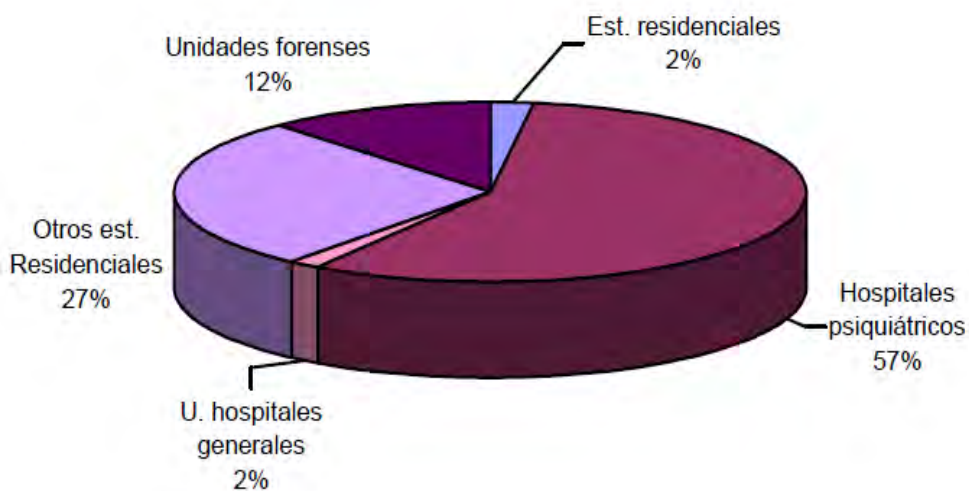
las mismas. La tasa corresponde a 1 cama por cada 100,000 habitantes. Durante el año 2008 se atendieron 566 pacientes, de los cuales el 19% permaneció menos de un año, 35% entre uno y cuatro años, 28% entre cinco y diez y 17% más de 10 años.

Los dispositivos residenciales como, hogares para personas con retardo mental, establecimientos de desintoxicación para pacientes internos, hogares para indigentes, etc. tienen un total de 2546 camas: 1398 destinadas a personas con problemas de adicciones, 293 para casos de demencia, 802 se encuentran en hogares para indigentes y otras instituciones de corte asistencial y 53 destinadas a pacientes con retardo mental, de las cuales 21 son para menores de edad (IESM-OMS, 2011).

En algunas entidades de la República, principalmente en áreas rurales, existen algunos establecimientos informales que brindan residencia nocturna para personas con trastornos mentales.

En muchas comunidades rurales y en poblaciones minoritarias, la consulta a médicos generales no es una práctica común para el alivio de síntomas asociados a los trastornos mentales, por el hecho que se recurre a ellos, solo cuando el malestar persiste y se vuelve inmanejable. La consulta con un especialista en salud mental es poco probable, debido a razones tales como las dificultades geográficas de acceso, los costos que implica y la distancia cultural que existe entre el especialista y el paciente (IESM-OMS, 2011).

Gráfico 2.1 Camas en establecimientos de Salud Mental y otros establecimientos residenciales

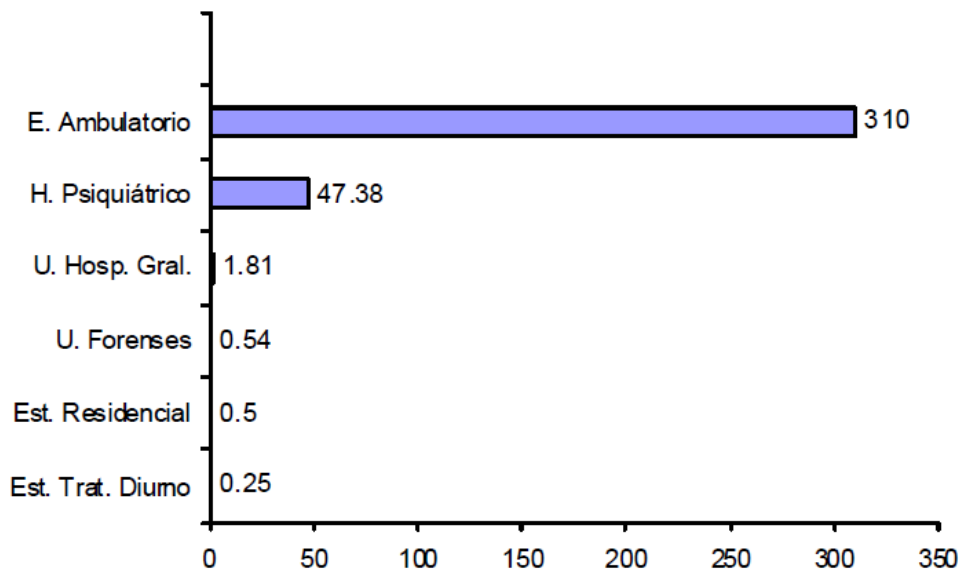


Grafica 3. Fuente: IESM-OMS, Informe del Sistema de Salud Mental en México, 2011.

Como se observa en la gráfica 2.1, la mayoría de las camas para la atención a la salud mental se encuentran en los hospitales psiquiátricos; llama la atención el bajo porcentaje de camas en las unidades localizadas en hospitales generales así como en los establecimientos residenciales.

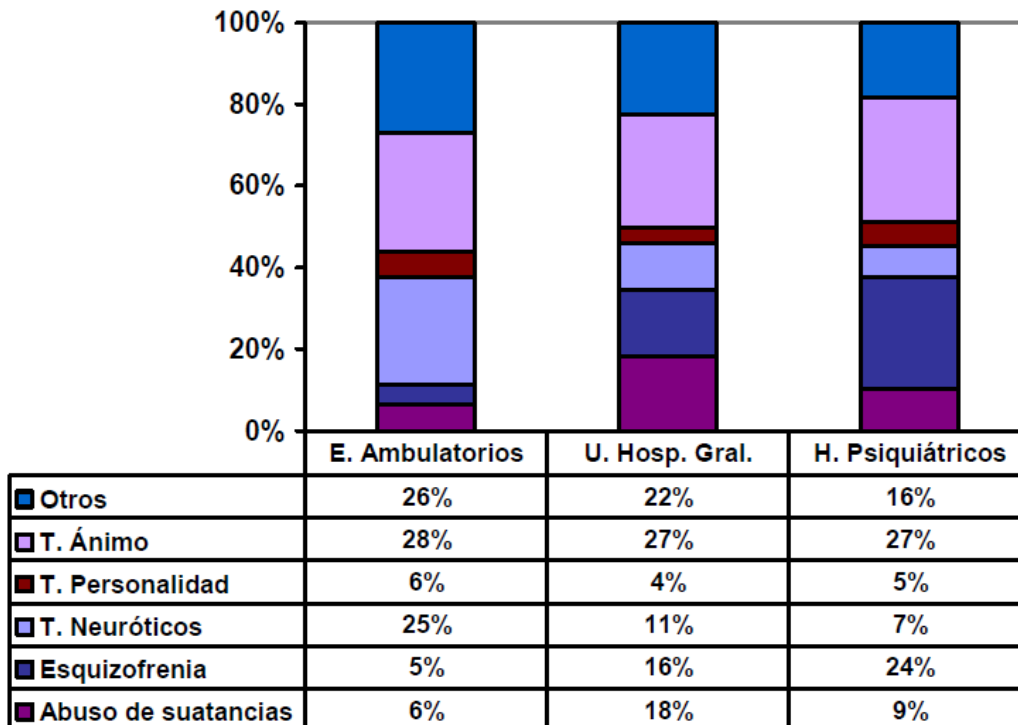
Por otro lado un 12% de las camas destinadas a la atención psiquiátrica se encuentran en establecimientos forenses de entre los cuales se encuentran las prisiones, recalando la anterior información de las 1096 camas 99% se encuentran en centros penitenciarios, tomando en cuenta que estas son para la atención de reclusos (IESM-OMS, 2011).

Gráfica 2.2 - Pacientes atendidos en establecimientos de Salud Mental (tasa por 100.000 habitantes)



Grafica 4. Fuente: IESM-OMS, Informe del Sistema de Salud Mental en México, 2011

Gráfica 2.5 - Pacientes atendidos en establecimientos de Salud Mental por tipo de diagnóstico



Grafica 5. Fuente: IESM-OMS, Informe del Sistema de Salud Mental en México, 2011

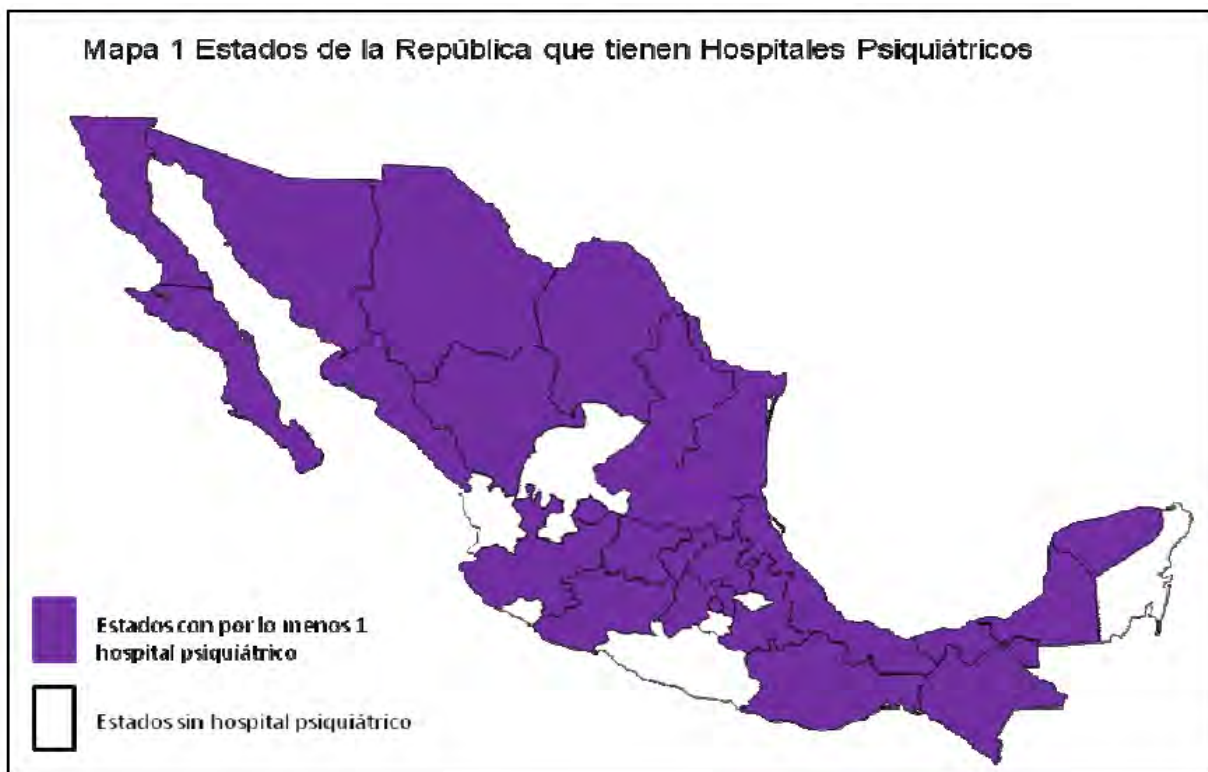


Ilustración 1. Fuente: IESM-OMS Informe sobre el Sistema de Salud Mental en México, 2011

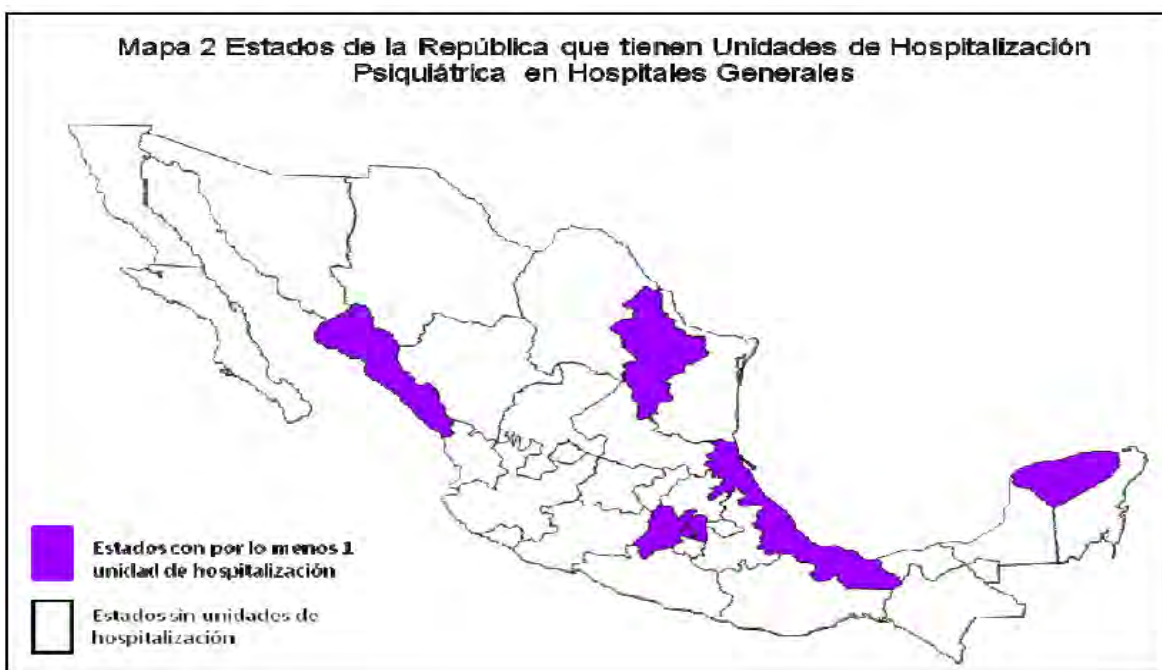


Ilustración 2. Fuente: IESM-OMS Informe sobre el Sistema de Salud Mental en México, 2011

Como se puede apreciar en los anteriores mapas Quintana Roo es uno de los pocos estados de la República que no cuenta con un hospital psiquiátrico. El estado tampoco cuenta con alguna unidad de hospitalización para pacientes con alguna enfermedad mental.



Ilustración 3. Fuente: IESM-OMS Informe sobre el Sistema de Salud Mental en México, 2011

La distribución de los servicios ambulatorios no es equitativa, algunos Estados tienen menos de cinco servicios para atender a toda la población, mientras que en otros hay un número importante de estos establecimientos. La distribución no necesariamente está relacionada con el número de personas que habitan en cada región.

2.4 Leyes para el tratamiento de los presos con enfermedad mental

2.4.1 Código Penal Federal

Tratamiento de inimputables y de quienes tengan el hábito o la necesidad de consumir estupefacientes o psicotrópicos, en internamiento o en libertad

Artículo 67.- En el caso de los inimputables, el juzgador dispondrá la medida de tratamiento aplicable en internamiento o en libertad, previo el procedimiento correspondiente.

Si se trata de internamiento, el sujeto inimputable será internado en la institución correspondiente para su tratamiento.

En caso de que el sentenciado tenga el hábito o la necesidad de consumir estupefacientes o psicotrópicos, el juez ordenará también el tratamiento que proceda, por parte de la autoridad sanitaria competente o de otro servicio médico bajo la supervisión de aquélla, independientemente de la ejecución de la pena impuesta por el delito cometido.

Artículo 68.- Las personas inimputables podrán ser entregadas por la autoridad judicial o ejecutora, en su caso, a quienes legalmente corresponda hacerse cargo de ellos, siempre que se obliguen a tomar las medidas adecuadas para su tratamiento y vigilancia, garantizando, por cualquier medio y a satisfacción de las mencionadas autoridades, el cumplimiento de las obligaciones contraídas.

La autoridad ejecutora podrá resolver sobre la modificación o conclusión de la medida, en forma provisional o definitiva, considerando las necesidades del tratamiento, las que se acreditarán mediante revisiones periódicas, con la frecuencia y características del caso.

Artículo 69.- En ningún caso la medida de tratamiento impuesta por el juez penal, excederá de la duración que corresponda al máximo de la pena aplicable al delito. Si concluido este tiempo, la autoridad ejecutora considera que el sujeto continúa necesitando el tratamiento, lo pondrá a disposición de las autoridades sanitarias para que procedan conforme a las leyes aplicables.

Artículo 69 Bis.- Si la capacidad del autor, de comprender el carácter ilícito del hecho o de determinarse de acuerdo con esa comprensión, sólo se encuentra disminuida por las causas señaladas en la fracción VII del artículo 15 de este Código, a juicio del juzgador, según proceda, se le impondrá hasta dos terceras partes de la pena que correspondería al delito cometido, o la medida de seguridad a que se refiere el artículo 67 o bien ambas, en caso de ser necesario, tomando en cuenta el grado de afectación de la imputabilidad del autor (Código Penal Federal, 2013).

2.4.2 Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos

B.- Reclusos alienados y enfermos mentales

82. 1) Los alienados no deberán ser reclusos en prisiones. Se tomarán disposiciones para trasladarlos lo antes posible a establecimientos para enfermos mentales. 2) Los reclusos que sufran otras enfermedades o anormalidades mentales deberán ser observados y tratados en instituciones especializadas dirigidas por médicos. 3) Durante su permanencia en la prisión, dichos reclusos estarán bajo la vigilancia especial de un médico. 4) El servicio médico o psiquiátrico de los establecimientos penitenciarios deberá asegurar el tratamiento psiquiátrico de todos los demás reclusos que necesiten dicho tratamiento.

83. Convendrá que se tomen disposiciones, de acuerdo con los organismos competentes, para que, en caso necesario, se continúe el tratamiento psiquiátrico después de la liberación y se asegure una asistencia social postpenitenciaria de carácter psiquiátrico.

Locales destinados a los reclusos

9. 1) Las celdas o cuartos destinados al aislamiento nocturno no deberán ser ocupados más que por un solo recluso. Si por razones especiales, tales como el exceso temporal de población carcelaria, resultara indispensable que la administración penitenciaria central hiciera excepciones a esta regla, se deberá evitar que se alojen dos reclusos en cada celda o cuarto individual. 2) Cuando se recurra a dormitorios, éstos deberán ser ocupados por reclusos cuidadosamente seleccionados y reconocidos como aptos para ser alojados en estas condiciones. Por la noche, estarán sometidos a una vigilancia regular, adaptada al tipo de establecimiento de que se trate.

10. Los locales destinados a los reclusos y especialmente a aquellos que se destinan al alojamiento de los reclusos durante la noche, deberán satisfacer las exigencias de la higiene, habida cuenta del clima, particularmente en lo que concierne al volumen de aire, superficie mínima, alumbrado, calefacción y ventilación.

11. En todo local donde los reclusos tengan que vivir o trabajar: a) Las ventanas tendrán que ser suficientemente grandes para que el recluso pueda leer y trabajar con luz natural; y

deberán estar dispuestas de manera que pueda entrar aire fresco, haya o no ventilación artificial; b) La luz artificial tendrá que ser suficiente para que el recluso pueda leer y trabajar sin perjuicio de su vista.

12. Las instalaciones sanitarias deberán ser adecuadas para que el recluso pueda satisfacer sus necesidades naturales en el momento oportuno, en forma aseada y decente.

13. Las instalaciones de baño y de ducha deberán ser adecuadas para que cada recluso pueda y sea requerido a tomar un baño o ducha a una temperatura adaptada al clima y con la frecuencia que requiera la higiene general según la estación y la región geográfica, pero por lo menos una vez por semana en clima templado.

14. Todos los locales frecuentados regularmente por los reclusos deberán ser mantenidos en debido estado y limpios.

Ropas y cama

17. 1) Todo recluso a quien no se permita vestir sus propias prendas recibirá las apropiadas al clima y suficientes para mantenerle en buena salud. Dichas prendas no deberán ser en modo alguno degradantes ni humillantes. 2) Todas las prendas deberán estar limpias y mantenidas en buen estado. La ropa interior se cambiará y lavará con la frecuencia necesaria para mantener la higiene.

3) En circunstancias excepcionales, cuando el recluso se aleje del establecimiento para fines autorizados, se le permitirá que use sus propias prendas o vestidos que no llamen la atención.

18. Cuando se autorice a los reclusos para que vestan sus propias prendas, se tomarán disposiciones en el momento de su ingreso en el establecimiento, para asegurarse de que están limpias y utilizables.

19. Cada recluso dispondrá, en conformidad con los usos locales o nacionales, de una cama individual y de ropa de cama individual suficiente, mantenida convenientemente y mudada con regularidad a fin de asegurar su limpieza.

Alimentación

20. 1) Todo recluso recibirá de la administración, a las horas acostumbradas, una alimentación de buena calidad, bien preparada y servida, cuyo valor nutritivo sea suficiente para el mantenimiento de su salud y de sus fuerzas. 2) Todo recluso deberá tener la posibilidad de proveerse de agua potable cuando la necesite.

Servicios médicos

22. 1) Todo establecimiento penitenciario dispondrá por lo menos de los servicios de un médico calificado que deberá poseer algunos conocimientos psiquiátricos. Los servicios médicos deberán organizarse íntimamente vinculados con la administración general del servicio sanitario de la comunidad o de la nación. Deberán comprender un servicio psiquiátrico para el diagnóstico y, si fuere necesario, para el tratamiento de los casos de enfermedades mentales. 2) Se dispondrá el traslado de los enfermos cuyo estado requiera cuidados especiales, a establecimientos penitenciarios especializados o a hospitales civiles. Cuando el establecimiento disponga de servicios internos de hospital, éstos estarán provistos del material, del instrumental y de los productos farmacéuticos necesario para proporcionar a los reclusos enfermos los cuidados y el tratamiento adecuados. Además, el personal deberá poseer suficiente preparación profesional. 3) Todo recluso debe poder utilizar los servicios de un dentista calificado.

25. 1) El médico estará de velar por la salud física y mental de los reclusos. Deberá visitar diariamente a todos los reclusos enfermos, a todos los que se quejen de estar enfermos y a todos aquellos sobre los cuales se llame su atención. 2) El médico presentará un informe al director cada vez que estime que la salud física o mental de un recluso haya sido o pueda ser afectada por la prolongación, o por una modalidad cualquiera de la reclusión. (Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, 1957).

2.4.3 Manual de instrucciones para la evaluación de la justicia penal

5.3 Enfermos Mentales

El número de reclusos que requieren asistencia psiquiátrica está en aumento en numerosos países. De hecho, los delincuentes con trastornos mentales no deberían permanecer recluidos en prisiones donde raras veces reciben el tratamiento que su estado requiere y donde es probable que su salud mental se deteriore. Por el contrario, deberían recibir la atención y el tratamiento especializados que precisan en el seno de la comunidad. (Regla 82 de las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos.) No obstante, con frecuencia ocurre que las instituciones y servicios psiquiátricos públicos están sobresaturados de pacientes. Por tal motivo, es posible que no admitan a los pacientes psiquiátricos que hayan cometido delitos. Además, muchos reclusos pueden presentar patologías mentales y psiquiátricas como resultado de su encarcelamiento y del hecho de permanecer separados de sus familias. Los trastornos mentales surgen y pueden tornarse crónicos en prisiones con problemas de hacinamiento y escasas actividades, lo que obliga a los reclusos a pasar la mayor parte del tiempo encerrados en sus celdas. Si no se realiza una diferenciación adecuada de los reclusos según sus niveles de riesgo, pueden prosperar subculturas que den lugar a jerarquías dominantes. Esto puede afectar considerablemente la salud mental de los reclusos más vulnerables y aumentar el riesgo de que los reclusos con trastornos mentales sufran agresiones de otros reclusos. Las autoridades penitenciarias deben adoptar las medidas necesarias para evitar que se produzcan tales agresiones como, por ejemplo, separar a los enfermos mentales del resto de los reclusos y supervisarlos.

Los instrumentos internacionales subrayan la importancia del acceso de los reclusos a servicios de consulta y tratamiento psiquiátricos. El personal deberá estar atento a los síntomas de trastornos mentales y los servicios médicos de la prisión deberán realizar evaluaciones psiquiátricas, proporcionar atención psiquiátrica y tratamiento ambulatorio (Manual de instrucciones para la evaluación de la justicia penal, 2010).

2.4.4 Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental

Principio 1

Libertades fundamentales y derechos básicos

1. Todas las personas tienen derecho a la mejor atención disponible en materia de salud mental, que será parte del sistema de asistencia sanitaria y social.
2. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, serán tratadas con humanidad y con respeto a la dignidad inherente de la persona humana.
3. Todas las personas que padezcan una enfermedad mental, o que estén siendo atendidas por esa causa, tienen derecho a la protección contra la explotación económica, sexual o de otra índole, el maltrato físico o de otra índole y el trato degradante.
4. No habrá discriminación por motivo de enfermedad mental. Por "discriminación" se entenderá cualquier distinción, exclusión o preferencia cuyo resultado sea impedir o menoscabar el disfrute de los derechos en pie de igualdad. Las medidas especiales adoptadas con la única finalidad de proteger los derechos de las personas que padezcan una enfermedad mental o de garantizar su mejoría no serán consideradas discriminación. La discriminación no incluye ninguna distinción, exclusión o preferencia adoptada de conformidad con las disposiciones de los presentes Principios que sea necesaria para proteger los derechos humanos de una persona que padezca una enfermedad mental o de otras personas.

Principio 9

Tratamiento

1. Todo paciente tendrá derecho a ser tratado en un ambiente lo menos restrictivo posible y a recibir el tratamiento menos restrictivo y alterador posible que corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de proteger la seguridad física de terceros.

2. El tratamiento y los cuidados de cada paciente se basarán en un plan prescrito individualmente, examinado con el paciente, revisado periódicamente, modificado llegado el caso y aplicado por personal profesional calificado.

3. La atención psiquiátrica se dispensará siempre con arreglo a las normas de ética pertinentes de los profesionales de salud mental, en particular normas aceptadas internacionalmente como los Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en la protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas. En ningún caso se hará uso indebido de los conocimientos y las técnicas psiquiátricos.

4. El tratamiento de cada paciente estará destinado a preservar y estimular su independencia personal.

Principio 10

Medicación

1. La medicación responderá a las necesidades fundamentales de salud del paciente y sólo se le administrará con fines terapéuticos o de diagnóstico y nunca como castigo o para conveniencia de terceros. Con sujeción a las disposiciones del párrafo 15 del principio 11 infra, los profesionales de salud mental sólo administrarán medicamentos de eficacia conocida o demostrada.

2. Toda la medicación deberá ser prescrita por un profesional de salud mental autorizado por la ley y se registrará en el historial del paciente (Asamblea General de la ONU, 1991)

Principio 20.

Delincuentes.

1. El presente principio se aplicará a las personas que cumplen penas de prisión por delitos penales o que han sido detenidas en el transcurso de procedimientos o investigaciones

penales efectuadas en su contra y que, según se ha determinado o se sospecha, padecen una enfermedad mental.

2. Todas estas personas deben recibir la mejor atención disponible en materia de salud mental. Los presentes Principios se aplicarán en su caso en la medida más plena posible, con las contadas modificaciones y excepciones que vengan impuestas por las circunstancias.

3. La legislación nacional podrá autorizar a un tribunal o a otra autoridad competente para que, basándose en un dictamen médico competente e independiente, disponga que esas personas sean internadas en una institución psiquiátrica. (Principios para la protección de los Enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental, 1991)

2.5 Derechos humanos de los reclusos

El manual de buena práctica penitenciaria, (1998) se enfoca en los derechos de las personas que por algún motivo se encuentran detenidas o en alguna instalación penal, este manual reconoce una serie de derechos los cuales provienen de los derechos humanos generales universales los cuales son aplicables a todas las personas, como son:

- El derecho a la vida y a la seguridad de la persona.
- El derecho a no ser torturado o maltratado.
- El derecho a la salud.
- El derecho al respeto de la dignidad humana.
- El derecho a un juicio justo.
- El derecho a la no discriminación de ningún tipo.
- El derecho a no ser sometido a esclavitud.
- El derecho a la libertad de conciencia y pensamiento.
- El derecho a la libertad de culto.
- El derecho al respeto de la vida familiar.
- El derecho al desarrollo personal.

Derechos universales

2. Los derechos humanos básicos están incluidos en las leyes y normas internacionales. Muchos estados en cada región del mundo han firmado y ratificado tratados internacionales, convenciones, pactos y reglas que confirman estos derechos. Entre los más importantes se encuentran la Declaración de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes de las Naciones Unidas. Los estados también han reafirmado estos derechos en convenciones y acuerdos regionales.

Derechos retenidos

3. Independientemente de sus circunstancias, todos los seres humanos tienen derechos fundamentales, de los que no se les puede despojar sin justificación legal. Las personas detenidas o encarceladas en forma legal pierden por un tiempo el derecho a la libertad. Si ellos están detenidos o encarcelados en forma ilegal, conservan todos los derechos, incluyendo el derecho a la libertad.

4. Algunos derechos pueden limitarse por el hecho de detención o de encarcelamiento. Éstos incluyen: el derecho a determinadas libertades personales; el derecho a la privacidad; la libertad de movimiento; libertad de expresión; libertad de asamblea; y libertad de voto. La cuestión importante es si, y a qué nivel, cualquier limitación adicional de los derechos humanos es una consecuencia necesaria y justificada de la privación de libertad.

La pérdida de la libertad

5. El control de los crímenes en la sociedad puede requerir el uso de sanciones. Donde quiera que sea posible, las sanciones y las medidas realizadas en la comunidad, debieran utilizarse antes que la privación de libertad. Cuando ésta se emplea, surgen preguntas sobre los derechos humanos.

La pérdida de la libertad y de la vida normal

6. Muchas de las personas que están en recintos penales están cumpliendo condenas. Están en prisión como castigo, pero no para recibir castigos. La pena consiste en la pérdida de

libertad. Por lo tanto, las circunstancias de encarcelamiento no debieran utilizarse como un castigo adicional. Se debe reducir al mínimo cualquiera de los efectos adversos del encarcelamiento. Aunque la vida en prisión nunca puede ser normal, las condiciones en ella deberían ser tan cercanas a la vida normal como sea posible, aparte de la pérdida de libertad.

7. Existe también mucha gente detenida que no están cumpliendo condenas, aunque pueden estar en el establecimiento junto con reclusos sentenciados. Algunos esperan procesos; otros esperan otras decisiones; por ejemplo, sobre el asilo político o el estado legal de inmigración. Ninguno de ellos se encuentra en prisión, ya sea como castigo o para castigo. Están en prisión como precaución. Para ellos también la vida en el recinto debiera ser tan cercana a la vida normal como sea posible.

8. Además, aquellos que esperan una decisión sobre sus casos, tienen derechos que conciernen el acceso al mundo exterior (por ejemplo, consejo e información legal), de modo que el resultado de sus casos no sea perjudicado por su pérdida de libertad.

El principio de apertura

9. Cuando se priva de la libertad existe un riesgo de que se violen los derechos humanos. Es un derecho humano básico el no ser privado de la libertad excepto por un proceso legal. En la práctica, la pérdida de la libertad a veces ocurre fuera de la ley; se mantiene en custodia a la persona sin la consideración apropiada de los procedimientos y protecciones legales correctos. Por lo tanto, un principio básico para proteger los derechos humanos de las personas en custodia, es la apertura; las prisiones y otros lugares de detención deberían estar abiertos al escrutinio externo e independiente y las personas en custodia deben tener acceso al mundo exterior.

El deber de cuidado

10. Cuando el Estado priva de libertad a una persona, asume el deber de cuidarla. El principal deber del cuidado es mantener la seguridad de las personas privadas de su libertad, como también proteger su bienestar.

Juramento de Atenas

La gran responsabilidad del médico de una institución penal está claramente subrayada por el Consejo Internacional de Servicios Médicos de Instituciones Penales en el llamado Juramento de Atenas (citado en Manual de buena práctica penitenciaria, 1998)

“Nosotros, los profesionales de la salud que trabajamos en centros penitenciarios, reunidos en Atenas el 10 de septiembre de 1979, juramos, siguiendo el espíritu del Juramento Hipocrático, que proporcionaremos la mejor atención sanitaria posible a las personas reclusas en prisiones, sea cual fuere el motivo de ello, sin prejuicios y dentro del ámbito de nuestra respectiva ética profesional.

Reconocemos el derecho de las personas encarceladas a recibir la mejor atención sanitaria posible.

Nos comprometemos:

1. A abstenernos de autorizar o aprobar cualquier castigo físico.
2. A abstenernos de participar en cualquier tipo de tortura.
3. A no participar en forma alguna de experimentación con seres humanos que se lleve a cabo con personas encarceladas sin que estas den su consentimiento con conocimiento de causa.
4. A respetar el carácter confidencial de la información obtenida en el curso de nuestras relaciones profesionales con los pacientes encarcelados.
5. A que nuestro juicio médico se base en las necesidades de nuestros pacientes y a que tenga prioridad sobre todos los aspectos no médicos.”

2.6 Centro Varonil de Readaptación Psicosocial (CEVAREPSI)



Imagen 5 Vista principal del CEVAREPSI.

El Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial tiene su domicilio en Javier Piña y Palacios esquina con Martínez de Castro sin número, Colonia San Mateo de Xalpa, Delegación Xochimilco el cual se ubica dentro del perímetro del Reclusorio Preventivo Varonil Sur, con una superficie construida de 3,698 metros cuadrados de una total de 14,992 metros cuadrados, considerado dentro de la zona urbana; inició su funcionamiento el 20 de junio de 1997, como respuesta a la necesidad de disponer de un espacio específico para brindar atención y tratamiento especializado a los internos con enfermedad mental.

Fue construido con las características de los anexos femeniles y en 1990 cumplía con esa función y el 6 de diciembre de 1993 se retira a la población femenil y fue utilizado para albergar a internos en proceso de preliberación hasta el 14 de noviembre de 1995, posteriormente fue cerrado y en 1997 se destina a la población varonil inimputable como lugar para extinguir su medida de seguridad y como valoración y tratamiento de manera transitoria para pacientes psiquiátricos provenientes de otros Centros; con anterioridad a la creación de este centro, la población inimputable se ubica en los dormitorios 1 y 2 del Reclusorio Preventivo Varonil Sur (Subsecretaría del Sistema Penitenciario, 2013).

Actividades que se desarrollan en el CEVAREPSI

Sesiones de Asesoría Académica:

Dirigido a internos pacientes inscritos en el nivel básico, a través del Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA) y en nivel medio superior a través del Sistema Abierto de Educación Preparatoria.

Se cuenta con la colaboración de dos profesores externos; quienes se encargan de entrevistar a los internos pacientes interesados en inscribirse, quienes llenan el formato de registro interno para que puedan asistir a las clases, además de tramitar la primera evaluación para determinar el nivel y obtener la inscripción formal al Sistema que trate.

Se auxilia a los alumnos en la resolución de sus textos módulo de estudio en la aplicación de exámenes y en la entrega de resultados e historias académicas. Se les proporciona información correspondiente conforme al avance académico de cada interno paciente para las re valoraciones semestrales. Se da seguimiento a la tramitación de certificados obtenidos tras concluir los módulos correspondientes (Subsecretaría del Sistema Penitenciario, 2013).

En el CEVAREPSI los internos-pacientes organizan mensualmente la elaboración del periódico mural y participan en la organización y supervisión de las Ceremonias Cívicas, Académicas y Culturales programadas.

Como complemento a la formación académica, el CEVAREPSI cuenta con una Biblioteca de Servicio Público, en la que los internos pueden consultar todo tipo de temas, desde la participación en círculos de lectura, la tramitación de préstamo de libros a su dormitorio(Subsecretaría del Sistema Penitenciario, 2013).

Formación Artística:

El CEVAREPSI se trabaja con internos pacientes en el Taller de Pintura y les proporciona asesoría en Creación Literaria.

Dentro de las sesiones está contemplada la participación de internos en Certámenes y Concursos de Arte y Literatura convocados por diversas dependencias; ya que el estímulo y motivación que el paciente recibe, contribuye a mejorar su desenvolvimiento individual y colectivo, entre ellos mismos y hacia la autoridad(Subsecretaría del Sistema Penitenciario, 2013).

Capacitación Laboral:

Reciclado de residuos sólidos (en el que se elaboran piñatas, alcancías, flores de papel, tela o cartón; juguetes y figuras diversas) calado en madera, elaboración de productos de rafia, y repujado; mismos que permiten al interno paciente plasmar su creatividad y vena artística en productos de ornato (floreros, cuadros, portarretratos, imágenes religiosas); utilitarios (portallaves, lapiceros, lámparas, porta trapos, bolsos, monederos, tortilleros) y recreativos (piñatas, rompecabezas, muñecas) etc.

Tratamiento de Recuperación de Habilidades Motoras:

Los materiales con los que se atienden las actividades de Capacitación y Tratamiento, han sido principalmente donados por el personal de la Institución; adquiridos a partir de los depósitos en efectivo que los familiares de los internos hacen o con los ingresos de los propios internos (por su trabajo remunerado o por la venta de los productos que elaboran); así como por los donativos de carácter institucional que se reciben. Sin embargo, el incremento de la población interna en este Centro, dificulta las posibilidades de atención para todos ellos, por lo que se han suspendido temporalmente actividades como rafia, cestería, pirograbado y repujado (Subsecretaría del Sistema Penitenciario, 2013).

Los productos elaborados por los internos pacientes que participan en el Taller de Capacitación y Tratamiento, se exhiben para su venta en la sala de visita familiar y esporádicamente se llevan algunas muestras a la sala de exhibición de la Dirección General, ubicada en San Antonio Abad # 124, P.B.

En algunos casos los artículos son adquiridos directamente por el personal que labora en la Institución o son entregados por el interno paciente a sus familiares o amistades para ser vendidos en el exterior.

El ingreso obtenido por esta actividad, es depositado en la cuenta de tienda, correspondiente a cada interno, a través del sistema de control del personal Técnico Penitenciario.

Es conveniente resaltar que el trabajo de los internos pacientes ha sido presentado en diversas exhibiciones, muestras culturales y algunos concursos (Subsecretaría del Sistema Penitenciario, 2013).

El centro cuenta con las siguientes actividades y cifras de participación a Diciembre de 2013:

Actividades Deportivas	Participantes
Fútbol rápido	20
Frontón	8
Basquetbol	22
Acond. Físico	25
Voleibol	0
Programas de Estudios:	
Alfabetización:	30
Primaria	4
Secundaria	18
Bachillerato	0
Preparatoria	17
Licenciatura	0
Extra escolares	119
Cine Club	62
Actividades Culturales	
Teatro	12
Baile y Corografía	14
Pintura	18
Cine	60

Talleres Ocupacional	Terapia	Participantes
Tallado de hueso y madera		1
Reciclado		2
Dibujo		6
Manualidades con cartón		0
Calado en madera		4
Papel Mache		4
Papiroflexia		1
Chaquira		2
Pintura		4
Tejido		3
Otras Actividades		Participantes
Ajedrez		6
Baraja		6
Dominó		9
Poliana		0
Otras Actividades		Participantes
Áreas Verdes		8
Serv. Grales		101
Lavandería		8
Escolar		4

(Subsecretaría del Sistema Penitenciario, 2013)

La vida en el CEVAREPSI

La vida es cruel y difícil. Es el lugar en el que viven quienes han cometido un delito y están diagnosticados con una enfermedad. Centro Varonil de Readaptación Psicosocial (CEVAREPSI), la prisión para los enfermos mentales. “Se cataloga con trastorno mental permanente, transitorio o a la gente que tiene un IQ por debajo de 70; ellos están fuera del derecho penal pero en el caso de que se determine que la persona que cometió una infracción no estaba en sus cabales, el derecho penal lo aplica. No obstante tampoco se les puede dejar libres, tienen derecho a todos los recursos y todos los medios de defensa” (Javier Paz, abogado).

En el CEVAREPSI no se cumplen condenas sino medidas de seguridad que van desde los 12 meses hasta los 50 años dependiendo del delito cometido, diagnóstico del psiquiátrico y del comportamiento del interno. Si la consecuencia es tratamiento psiquiátrico, se abre un protocolo de tratamiento como con cualquier otro enfermo psiquiátrico.

En el dormitorio número 3 del CEVAREPSI, duermen los internos con mayor grado de vulnerabilidad, donde nadie actúa, ni nadie finge, porque en ese lugar lo grave no es haber perdido la libertad sino la realidad.

“La zona 1 del dormitorio 3 en el Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial está destinada para la tercera edad y para los pacientes internos más vulnerables. Nosotros: Hugo, Urbano y yo, somos los que tenemos la comisión de monitorear la vida en general de estos pacientes vulnerables” (Abraham, interno del CEVAREPSI). Delitos sexuales y esquizofrenia fue la combinación que lo trajo aquí.

“Pierden el contacto con la realidad y están actuando por ideas y trucos de la mente, son inimputables y deben de ir a un centro donde se les tiene que recluir y darles un abordaje con relación a su enfermedad” (Pamela López, psiquiatra).

A las ocho de la mañana empieza el día, todos tienen que tender su cama, hacer labores de limpieza, cuidar su higiene personal y comenzar las actividades que desde hace algunos años se han implementado en esta cárcel especial, haciéndola una de las más avanzadas en su tipo en todo el país.

Taller de pasta francesa, de pintura, de cerámica, de hidroponía, de lectura, de escritura o de cultivo, no importa cuál sea si por unas cuantas horas les hace encontrar algún sentido a una vida sumergida en un trastorno y ahora cautiva dentro de alto muros y torres de cemento.

Miguel Ángel Bouchan, hombre que en 1998 se volvió parte de una de las historias judiciales más oscuras del país, apodado El Chacal de la Malinche, fue acusado de privación ilegal de la libertad, homicidio y violación múltiple además de violación a las leyes de inhumación y exhumación por haber enterrado a sus víctimas en el jardín trasero de su casa, fue condenado a una de las penas más largas del registro mexicano: 316 años, él difícilmente lo recuerda.

"Epilepsia me provocó un daño cerebral y me produjo una crisis psicótica, parecida a la de los esquizofrénicos y eso me provocó estar aquí. Estoy bien, estoy controlando mi enfermedad, está en remisión, estoy tomando medicamento". (Miguel Ángel Bouchan interno del CEVAREPSI).

Miguel ángel, médicamente controlado y físicamente y mentalmente cambiado, es uno de los internos más destacados del centro por sus habilidades artísticas que van desde la pintura hasta el trabajo fino con madera y otros materiales. "He aprendido muchas cosas que afuera no hubiera aprendido. Estuve participando en lo que es teatro, resinado de fotos, no tenía ni idea y todo lo aprendí aquí. Con las nuevas reformas uno tiene que demostrar que está readaptado y rehabilitado y pues ahorita estoy estudiando la preparatoria, porque no había podido terminar mis estudios por lo mismo de mi enfermedad" (Miguel Ángel Bouchan interno del CEVAREPSI).

Actualmente 394 hombres mexicanos viven internos en ese Centro Anexo al Reclusorio Sur de la Ciudad de México, para algunos la estancia es temporal, para otros la vida acabará aquí (Dithurbide, 2012).

CAPITULO III: EL CUBO, ÁREA DE ENFERMEDAD MENTAL, CERESO DE CHETUMAL

3.1 Centro de Reinserción Social (CERESO)

El Centro de Reinserción Social (CERESO) conforma una de las dos cárceles estatales en el Estado de Quintana Roo, fundado hace 32 años en la ciudad de Chetumal, tiene una capacidad total para albergar a 1190 internos. De acuerdo a datos de la Comisión Nacional de Derechos Humanos en su Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria 2012 durante su visita se encontraba albergado a 1239 internos siendo claro el grado de hacinamiento. La calificación estatal obtenida es de 4.78 valorizada de acuerdo a rubros de importancia como la efectividad del sistema de reinserción del interno, de las condiciones del establecimiento para una estancia digna, condiciones de gobernabilidad del CERESO como también sobre grupos de internos con requerimientos específicos.

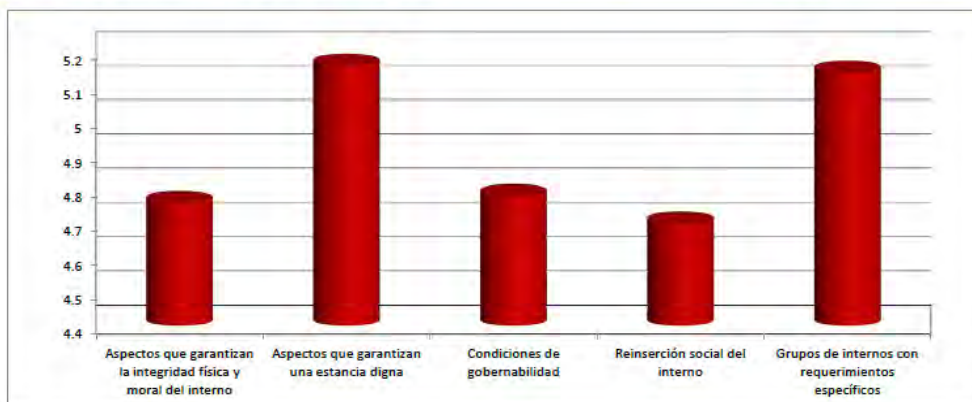


COMISIÓN NACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS

2. CENTRO DE READAPTACIÓN SOCIAL DE CHETUMAL

Capacidad para alojar a 1,190 internos
Población al día de la visita 1,239

RUBROS	PROMEDIO
I. Condiciones de gobernabilidad	4.78
II. Aspectos que garantizan la integridad física y moral del interno	4.76
III. Aspectos que garantizan una estancia digna	5.16
IV. Reinserción social del interno	4.7
V. Grupos de internos con requerimientos específicos	5.14



Grafica 6. Base de datos extraído del Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria 2012

En la tabla puede apreciar las calificaciones obtenidas según el diagnóstico de la CNDH, de acuerdo a los rubros de mayor importancia. En aspectos que garantizan la integridad física

y moral del interno la calificación es de 4.76 siendo un promedio bajo, reprobatorio; los problemas detectados son relacionados al hacinamiento ya que de acuerdo a la capacidad total de internos se rebasa la capacidad instalada de las celdas, en cada celda se tiene alojado de tres a cuatro internos.

No hay separación entre hombres y mujeres en el área de talleres, área escolar, servicio médico, visita íntima y patio, el área de mujeres no cuenta con talleres, ni aulas escolares, ni área de visita exclusiva para ellas teniendo que entrar al área masculina para estos servicios. En cuestiones de salud son deficientes los servicios para mantener el bienestar de los internos, no se cuenta con el equipo médico necesario, instrumental, unidad odontológica, insuficiente personal médico para atender a los internos, deficiente atención médica, falta de medicamentos, de material de curación, atención psicológica, no hay área de psiquiatría y tampoco se cuenta con un área médica para mujeres; muchos internos tienen que ser medicados solo para calmar el malestar en su momento por no haber especialistas en los diferentes casos que se presenten, tampoco hay un médico psiquiatra que atienda y medique a los enfermos mentales (Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria, 2012).

Respecto a supervisión del funcionamiento del centro, no hay buena supervisión por parte del titular, ni registro de la supervisión, tampoco se notifican las irregularidades al superior, y es poca la vigilancia en todo el centro. Es deficiente la prevención y acciones para atender incidentes violentos, es casi nula la prevención y atención de la tortura y/o maltrato, con que se cuenta en casos de riñas o peleas es castigando al interno encerrándolo en áreas de castigo denominadas: “Las palmas”, “Lecumberry” y el “Cubo” siendo ésta última el lugar más fuerte de castigo. Hay poca efectividad en el procedimiento para la emisión de quejas de violación a los derechos humanos de los internos como también deficiencias en la atención a internos sancionados y sujetos a protección.

De acuerdo a las reglas mínimas los centros penitenciarios deben ser adecuados para una estancia digna del recluso, el CERESO obtiene en el diagnóstico una calificación de 5.16 reprobatoria porque es deficiente la existencia y capacidad de las instalaciones para el funcionamiento del centro en el área varonil, no se cuenta con área de ingreso y C.O.C, cocina y comedores; hay deficiencias en los dormitorios que solo tienen espacio para dos

reclusos, los locutorios, en protección, los talleres no proporcionan al interno el material que requieren para su oficio, las aulas escolares no tienen sillas en buen estado, deficiente material escolar y de apoyo al aprendizaje, el área de visita íntima debe ser rentado para su uso por el interno antes de usarla ya que es administrado por un grupo de poder que negocian con estas áreas; el área médica es tanto de hombres como de mujeres, sólo hay un médico general que atiende a todos los internos del penal y para el caso de mujeres no se cuenta con un médico ginecólogo. En el área femenil también es inexistente el área de ingreso C.O.C, deficiencias en los dormitorios, no se cuenta con área para internas sujetas a protección, locutorio, cocina, comedores, talleres, deficiencia en el área de aulas, visita familiar, instalaciones deportivas, áreas de sancionadas, inexistente área de visita íntima, médica y criminología (Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria, 2012).

En higiene, no se proporciona los servicios básicos para mantener las áreas limpias, hay lugares donde se acumula el agua formando “lodo” siendo esto un foco de posibles infecciones y enfermedades. La alimentación no es la adecuada para los internos de acuerdo al consumo, cantidad y calidad de los alimentos, se les proporciona de 4 a 5 tortillas y dos huevos acompañado de una cucharada de frijol o sopa por interno en el desayuno, el almuerzo es la misma porción de tortilla a diferencia de un pedazo de carne, o pieza de pollo y arroz o frijol, la cena se constituye por una pieza de pan, huevo y una cucharada de frijol. El DIF es el que les proporciona una pieza de pan por interno. Es inexistente la opción de dietas especiales, ya que la misma alimentación es para todos los internos en general, si el interno tiene la posibilidad de tener un ingreso económico puede comprar comida o hasta agua purificada.

En condiciones de gobernabilidad la calificación del CERESO es de 4.78, por ser nulo la existencia de manual para procedimientos de traslado de internos a pesar de que cada seis meses a un año se les imparte a los custodios un curso llamado “conducción de reos”, sigue siendo deficiente el traslado de los presos. Tampoco, se solicitan audiencias con las autoridades, presentación de quejas, revisión de estancias, deficiencia en la difusión de la normatividad a los internos. El número de personal de seguridad y custodia es reducido, tanto del personal masculino como del femenino no se cuenta con el número recomendado para mantener el orden y la seguridad dentro del penal en cuestiones de traslados, del orden

y para cubrir las ausencias, las vacaciones o incapacidades; es deficiente el equipamiento de uniformes y accesorios para los custodios siendo el PR24, el bastón y gas lacrimógeno lo único que se les proporciona (Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria, 2012).

En los procesos de imposición de sanciones disciplinarias no se respeta el derecho de audiencia, las sanciones no son determinadas por la autoridad competente, se aplican sanciones no previstas en el reglamento que tampoco se notifican por escrito, no existe ubicación en el área de sancionados después de la determinación, no existe certificación médica de los internos sancionados, la sanción contempla la suspensión de la visita íntima, de la comunicación telefónica, existe trato indigno durante la sanción y no se integra la sanción al expediente técnico, gobernabilidad, incumplimiento en el tiempo determinado para cumplir la sanción pues muchos internos son dejados en el área de castigo más tiempo del que fue declarada su sanción, falta de aviso por parte del área de trabajo social a los familiares del interno que se encuentra sancionados.

Otro aspecto importante es la deficiencias de la gobernabilidad en el ejercicio de sus funciones por parte de los servidores públicos del centro ya que el control interno es ejercido por parte de los mismos internos el “grupo de poder” en actividades productivas, educativas y deportivas, servicio de alimentación, limpieza y mantenimiento, acceso de las visitas y uso de los teléfonos, donde un grupo de internos administran esas áreas y otorgan personal que vigile y cobre por tener una estancia, espacio para dormir, mantenimiento y limpieza de los dormitorios, suministro de alimentos, el uso del teléfono, poder tener visitas, acceso a las actividades laborales, deportivas y/o educativas. Derivado de esta jerarquía existe áreas de privilegios otorgados a internos con poder y dinero, objetos y sustancias prohibidas como narcóticos y armas punzocortantes lo cual favorece la violencia o control sobre el resto de la población (Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria, 2012).

Se observa que no existe clasificación de la población en razón del fuero, ya que a pesar de que se diga que hay división de la comunidad por fuero, la población puede deambular libremente por el penal sin que exista alguna restricción de acceso entre las galeras y esta división sólo aparece en los documentos.

La función declarada de todo sistema penitenciario es la reinserción social del interno en base a diversas acciones que prevengan y modifiquen su antigua conducta delictiva por eso es importante hacer hincapié en que se debe proporcionar al interno medidas correctivas que favorezcan su rehabilitación durante su estancia; el CERESO no tiene clasificación criminológica de los internos por ser inexistente personal de criminología y pedagogía, teniendo que convivir internos con delitos de alto impacto con internos de delitos menores favoreciendo la contaminación criminógena, tampoco hay separación entre sentenciados y procesados en dormitorios y áreas comunes; el proceso es largo en internos que aún no cuentan con una sentencia ejerciendo una violación a los derechos humanos de tener recluido más tiempo del que en realidad debe tener el interno en proporción al delito cometido (Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria, 2012).

En base al artículo 18 de la constitución el sistema penitenciario se organizara sobre la base del respeto a los derechos humanos, del trabajo, la capacitación para el mismo, la educación, la salud y el deporte como medios para lograr la reinserción del sentenciado a la sociedad y procurar que no vuelva a delinquir, observando los beneficios que para el prevé la ley lo cual no se ejerce en su totalidad como dicta la norma ya que se resaltan aspectos negativos debido a la deficiencia en las actividades deportivas en cuanto a programación, equipo deportivo como balones, redes de cancha, y oportunidades para los internos de acceso a formar parte de actividades deportivas.

No existe un esquema de organización de las actividades productivas del centro. Es decir, en ningún taller existe la organización de las autoridades penitenciarias para estructurar el desarrollo de dichas actividades. Los talleres están dispuestos para quienes deseen realizar la actividad, pero sin ningún programa establecido, más que su voluntad de realizar la actividad. Por ello, no es posible determinar debidamente la calidad de estas actividades que no se encuentran debidamente reguladas. Los internos, en general, refirieron la necesidad de contar con más herramientas, material y espacios de trabajo, así como talleres de diversas actividades (Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria, 2012).

En actividades laborales y de capacitación para el trabajo muchos internos tienen que comprar por cuenta propia material para ejercer un oficio como por ejemplo la carpintería, pintura, artesanía porque no se les proporciona material para su elaboración y si no cuentan

con familiares que se les proporcione simplemente no puede hacer nada dando origen a la inhabilidad para aprender un oficio.

En cuestiones educativas, el nivel de estudios de la mayor parte de los internos es de primaria y de secundaria lo cual es debidamente forzoso para el CERESO implementar la educación como parte del proceso de reinserción social del interno pero no se cuenta con suficiente material didáctico, ni accesorios en buen estado como sillas, escritorios, y aulas, como tampoco hay un registro del nivel de escolaridad del interno y poca oportunidad de acceso a la educación. Son pocos los internos que aún con estas deficiencias dedica su tiempo a trabajar, a terminar el grado escolar que le falte y que demuestre una buena conducta dentro del penal, en beneficio a su dedicación se le promueve la reducción de su pena.

En grupos de internos con requerimientos específicos las mujeres tienen deficiente atención médica, no se les proporciona atención ginecológica específica. Los adultos mayores tampoco tienen atención médica suficiente tampoco se les es proporcionado equipo de apoyo como bastones, muletas y sillas de rueda, inexistencia de talleres especializados, dietas inadecuadas propias de su edad y un grado de discriminación. En internos con raíces indígenas es nula la existencia de intérpretes para casos necesarios y es alta la tasa de discriminación por parte de los demás internos así como del personal de CERESO. Las personas discapacitadas no se les brindan suficiente atención médica.

En internos con VIH no se establecen registros de su enfermedad, tampoco hay ubicación especial teniendo que convivir todos en una misma área al igual que con enfermos de tuberculosis. Los enfermos mentales son personas que no debieran ser reclusos en prisión de acuerdo a leyes que rigen los sistemas penitenciarios sin embargo el CERESO alberga a un número de enfermos mentales que no tienen atención médica ni medicación propias de su enfermedad, algunos son reclusos en áreas de castigo como el “cubo”, “Almoloya”, las palmas” y “Lecumberri” donde los mantienen en sus celdas en harapos, otros desnudos y sin la atención necesaria (Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria, 2012).

Es nula la existencia de programas para la prevención de adicciones y de desintoxicación voluntaria de internos con adicciones, dentro del CERESO se propaga la venta y

adquisición de droga, estableciendo un negocio entre los mismos internos y promoviendo las adicciones hasta en internos que antes de su ingreso al penal no registraban un problema de adicción; debido al estrés del encierro muchos internos utilizan el consumo de droga para tranquilizarse, el personal del CERESO tiene conocimiento del problema pero hacen caso omiso al asunto lo cual sirven justificarse en decir que si eso los mantiene tranquilos es mejor. (Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria, 2012).

3.1.1 Estructura



Imagen 6 Vista principal del CERESO de Chetumal.

De acuerdo a las visitas realizadas al CERESO de Chetumal Quintana Roo, en septiembre y octubre de 2013, se observó que a la entrada del CERESO se encuentra el área principal de visita la cual consta de un área verde con columpios y comedores para la convivencia familiar, estos comedores están al aire libre son de concreto y tiene

un techo del mismo material, está rodeado por maya pero es de acceso general.

En su calidad de centro mixto, alberga a hombres y mujeres en distintas áreas. El área de mujeres cuenta con dos galeras y se divide en espacios del fuero común y federal. Y el área de varones cuenta con 14 galeras distribuidos de la siguiente manera: Galera 1, hay 18 celdas útiles con capacidad para tres personas cada una; Galera 2, 18 celdas útiles con capacidad para 3 personas cada una; Galera 3, 20 celdas con capacidad para 4 personas cada una; Galera 4, 20 celdas con capacidad para 4 personas cada una; Galera 5, 20 celdas con capacidad para 4 personas cada una; Galera 6, 20 celdas con capacidad para 4 personas cada una; Galera 7, 20 celdas con capacidad para 4 personas cada una; Galera 8, 20 celdas con capacidad para 4 personas cada una; Galera 9, 16 celdas con capacidad para 3 personas cada una; Galera 10, 16 celdas con capacidad para 3 personas cada una; Galera 11, 22 celdas con capacidad para 4 personas cada una; Galera 12, 22 celdas con capacidad para 4 personas

cada una; Galera 13, 20 celdas con capacidad para 4 personas cada una y Galera 14, 20 celdas con capacidad para 4 personas cada una (Gaceta N°8 de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Quintana Roo, 2009)

Ahora bien, tras la supervisión que realizó la Comisión de Derechos Humanos del Estado en 2009 se observó la siguiente distribución: En la Galera 1 viven 72 personas, en la Galera 2 viven 82 personas, en la Galera 3 viven 65 personas, en la 4, 70 personas; Galera 5, 81 personas; Galera 6, 62 personas; Galera 7, 98 personas; Galera 8, 74 personas; Galera 9, 79 personas; Galera 10, 64 personas; Galera 11, 88 personas; Galera 12, 98 personas; Galera 13, 80 personas y Galera 14, 67 personas. La información anterior fue proporcionada por los cabos de galera (internos), quienes son los que llevan el control de lista de cada una de ellas.

Las celdas en general, son construcciones de 3.5 metros por 2.5 aproximadamente, hechas de cemento y herrería, en estado ya muy precario, salvo las que están en las galeras 11, 12, 13 que fueron las últimas en ser construidas. Cuentan con tres y cuatro planchas de cemento por celda, sin colchones, sin ropa de cama, con muchos desperfectos en la instalación eléctrica, con cables expuestos. Tiene buena luz natural, la ventilación es buena. Las condiciones de los sanitarios en general es mala; las llaves se ven muy usadas y viejas, muchas inservibles. Los lavabos son cubos de concreto igual, hay un cubo de concreto que sirve de fosa séptica, la mayoría no cuenta con regaderas. El agua potable no llega a las plantas de arriba de las galeras. Las cisternas sólo bombean agua para determinados grupos de internos, persisten las fugas de las tuberías, hay tubos de desagüe rotos, conductos tapados. El mantenimiento de las instalaciones es malo. Y la línea principal de agua que abastece a la mayoría de la población está en pésimas condiciones (Gaceta N°8 de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Quintana Roo, 2009).

La cocina se encuentra situada a un costado del taller de carpintería y la puerta de acceso al área de servicio, en los primeros metros de entrada al cuadro penitenciario. Es una nave dividida en cuatro secciones. La primera de aproximadamente seis metros por diez de ancho. Además de que dicha área es utilizada como dormitorio por las personas que están asignadas a laborar en la preparación de los alimentos. La segunda de aproximadamente diez metros por seis de ancho; ahí es donde se cocinan los alimentos, hay una parrilla de

tipo industrial con ocho quemadores, y al momento de la visita se observaron peroles de tipo industrial en los que se preparaban alimentos (Gaceta N°8 de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Quintana Roo, 2009).

Consta de un sitio de cinco por cinco metros con dos cuartos fríos, uno de ellos sin funcionar, y dos hieleras, y un pequeño almacén. Las condiciones en las que se observó la cocina son regulares. La iluminación es buena ya que los muros tienen bloques de celosía, en la mitad de su área, lo que permite la entrada de abundante luz natural y buena ventilación, no obstante que el alumbrado es deficiente, ya que sólo se observa para cada área una o dos lámparas. Los aditamentos para cocinar, tales como peroles, sartenes y cacerolas (arroceras) se observan en mal estado, algunas rotas, mismas que son habilitadas por los cocineros con remedios para tapan las fugas y ser habilitadas. Además de que en general se aprecian desgastadas y ahumadas por el uso, por carecen de palas, cucharas para mover los alimentos, y los hacen con maderas habilitadas para ello, además de que no tienen cuchillos adecuado, ni sierras y utilizan lo que pueden para cocinar (Gaceta N°8 de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Quintana Roo, 2009).

En cuanto a la alimentación que se brinda a la comunidad reclusa los internos entrevistados dijeron en general, que la comida es mala. El personal que administra la alimentación y se encarga del menú está integrado por 16 reclusos. La comida se va sirviendo de galera en galera, mediante un carrito jalado por los internos y la comida se lleva en ollas. Los internos reciben su comida en recipientes que ellos compran o tienen, e inclusive, improvisan cortando botellas plásticas de refrescos (Gaceta N°8 de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Quintana Roo, 2009).

Se constató, por otra parte, que el manejo y servicio de recoja de basura es muy lento, es decir, transcurre mucho tiempo sin que la basura sea llevada por el servicio, lo que origina que se amontone pegada a una de las bardas perimetrales y esto genera condiciones de insalubridad y fauna nociva.

Asimismo, es evidente la existencia de fauna nociva en distinta áreas del centro, como la cocina, galeras y desde luego cerca de las fosas sépticas donde el hedor y la pestilencia son

inaguantables. Estas fosas se encuentran en la parte trasera de algunas galerías y estas áreas están inundadas de aguas negras.

Específicamente, el centro no cuenta con un programa de actividades diarias para los internos, es decir, la programación de actividades no se hace tomando como respaldo el estudio de personalidad y criminología de los internos. Se advirtió que si existen diversos tipos de talleres como los de carpintería, urdido de hamacas (que cada interno efectúa por su cuenta), elaboración de piñatas y diversas artesanías y manualidades. Ahora bien, en este caso, las actividades como la carpintería se realiza en un área de reciente remodelación, ocupa toda la nave de aproximadamente 15 metros de ancho por 30 de largo, tiene bodega para guardar herramientas. Hay un coordinador del trabajo o encargado del taller. Pocas medidas de seguridad en el desarrollo de la actividad. Los internos refieren que no hay capacitación para los talleres sino que las actividades se aprenden observando de los demás. Esto es así tanto en carpintería como en todas las actividades recreativas que realizan (Gaceta N°8 de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Quintana Roo, 2009).



Imagen 7: Vista aérea del CERESO

canchas de básquetbol y una de fútbol.

En cuanto a las actividades recreativas, igualmente, están a cargo de los internos que organizan, especialmente, torneos de fútbol con grupos del exterior.

Pero no son actividades organizadas por las autoridades del centro. Los espacios deportivos son amplios pero están en muy mal estado, sin mantenimiento. Tiene tres

Edificio de visita conyugal se desarrolla en un edificio el cual consta de cuarenta espacios, veinte de los cuales se encuentran en servicio, mismos que se aprecian en el área baja, y veinte en la planta alta. Cada espacio cuenta con una meseta de concreto, una base del mismo material destinada para servir de cama, tamaño matrimonial, con su respectivo colchón, y un cuarto de baño (Gaceta N°8 de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Quintana Roo, 2009).

Las condiciones en las que se encontraron los módulos de visita conyugal, son malas, pues los pisos y paredes al momento de la visita, se observan sucios, por el desgaste y uso, las tasas sanitarias están amarillentas y sucias por el sarro, las llaves en mal estado ya que no funcionan o tienen fugas, en algunos no hay regaderas y el piso de los baños es insalubre. No están bien iluminados, ya que no tienen lámparas en algunos módulos, las instalaciones eléctricas en buen estado y funcionando.

Por lo que respecta al mantenimiento de las instalaciones, los propios internos son los que realizan las reparaciones de los módulos, señalando que los materiales de limpieza ellos mismos los tienen que conseguir ya que no se les proporciona la Dirección (Gaceta N°8 de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Quintana Roo, 2009)

Servicios de Atención Penitenciaria dentro del CERESO de Chetumal:

El área jurídica. Cuenta con un espacio en las oficinas administrativas de reciente remodelación. En ella se resguarda los expedientes de los internos (partidas jurídicas). A la revisión aleatoria de tres de ellos, se constató que cuentan con los documentos más importantes pero, no aparecen los documentos que atestiguan el seguimiento de sus conductas, avances del tratamiento, medidas disciplinarias y valoraciones médicas (Gaceta N°8 de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Quintana Roo, 2009).

Trabajo Social. Realiza verificación de traslados, asiste en los trámites de consultas médicas, fichas y trámites de ingreso, estudios de personalidad, tratamiento de internos en hospitales, estudios de laboratorio y registro de visitantes. Esto, en un horario de lunes a viernes de 8 a 16 horas y sábados y domingos de 10 a 13 horas. No cuenta con el espacio físico adecuado.

El área médica. Está a cargo de dos médicos. El primero, con un turno de 8:30 a 13:30 horas, de lunes a viernes y el segundo, de 14:30 a 22:30 horas, con dos enfermeros auxiliares. La atención es proporcionada a los internos únicamente si estos la solicitan, presentándose al área de enfermería a solicitar la atención. Al verificar los archivos del área se constató que no existe ningún orden en ellos y la mayoría de los expedientes no cuenta con ningún documento de seguimiento. Los enfermos aislados son asistidos por el personal de enfermería. En cuanto a la existencia de medicamentos, las mismas autoridades mencionaron que estos son muy escasos. Los medicamentos urgentes son comprados con el recurso del presidio y los demás, son donados por la Secretaría de Salud del Estado (Gaceta N°8 de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Quintana Roo, 2009)

La asistencia para casos de urgencia o de hospitalización, son proporcionadas por el Hospital General de la ciudad. No existen programas para adicciones, no hay programas preventivos o de medicina preventiva en general. El mobiliario es obsoleto pues sólo cuentan con estetoscopio, baumanómetro, pinzas, tijeras y estuche básico de diagnóstico. Las enfermedades más comunes son las diarreicas, respiratorias, virales y micosis. El centro no cuenta con área de criminología, y psiquiatría. El área odontológica sólo funciona esporádicamente, según los propios internos, en el turno vespertino (Gaceta N°8 de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Quintana Roo, 2009).

3.1.2 Características Socioeconómicas de los internos

Las características socioeconómicas comprenden los aspectos sociales y económicos de los internos. Basado en datos del INEGI en sus Estadísticas Judiciales en Materia Penal de los Estados Unidos Mexicanos (2011) del total de la población penitenciaria del CERESO de Chetumal la mayoría de los internos son pertenecientes a los delitos de fuero común donde hay predominancia en hombres sobre mujeres, asimismo en los delitos de fuero federal también el género masculino tiene predominancia sobre el género femenino.

Los delitos más comunes de fuero común son el robo, los golpes y/o lesiones, daños a los bienes ajenos, homicidio, violencia familiar, fraude, robo de vehículo, violación, abuso sexual, actos ilícitos con armas, despojo, abuso de confianza, siendo los más frecuentes el robo, los golpes y/o lesiones, daño a los bienes ajenos, violación y abuso sexual donde el

género masculino registra mayor porcentaje; En delitos de fuero federal son los narcóticos, actos ilícitos con armas, defraudación fiscal, contra la ecología y medio ambiente, organización delictiva, tráfico de indocumentados, violación a los derechos de autor, contra la industria petrolera, ejercicio indebido de atribución y facultad en el servicio público, siendo los más frecuentes los narcóticos, los actos ilícitos con armas así como las organizaciones delictivas (Estadísticas Judiciales en Materia Penal de los Estados Unidos Mexicanos, 2011).

En su mayoría los internos sólo son procesados en espera de una sentencia condenatoria y solo un porcentaje menor ya cumple su condena. Las edades de los internos oscilan entre los 18 hasta los 60 años, siendo el rango de entre 18 a 45 años registrado como las edades donde se cometieron más los delitos tanto de fuero común como los de fuero federal. La gran mayoría de los internos antes de su ingreso al penal ejercían una vida económicamente activa según los datos, donde las ocupaciones más comunes eran de profesionistas, técnicos, trabajo de la educación, funcionarios hasta trabajos de campo, pesca, caza, ganadería, operadores de maquinaria, comerciantes, empleados de comercio, trabajos ambulantes, trabajos de seguridad y vigilancia siendo los más comunes los trabajos de comerciantes, trabajos de campo, trabajos ambulantes y empleados de comercio (Estadísticas Judiciales en Materia Penal de los Estados Unidos Mexicanos, 2011).

Los ingresos de los internos varía según el trabajo que desempeñaban; dentro del CERESO los internos con dinero pueden darse ciertos “lujos” que otros normalmente no pueden hacer como comprar su garrafón de agua purificada, tener una buena celda acondicionada con T.V. o hasta comprar comida cuando no es suficiente o de su agrado la comida básica que se les proporciona, esto depende de los ingresos de sus antiguas profesiones o de la clase social al que pertenecen ya que muchos piden a sus familiares que se les lleven dinero o buena ropa o accesorios para vivir mejor. Así también los internos del crimen organizado son los que aún en prisión tienen una vida mejor que los demás, usan buena ropa y accesorios.

En cuestiones alfabéticas la mayoría de los internos sabe leer y escribir y el nivel de estudios de la mayoría es de educación básica, sólo un porcentaje mínimo manifiesta tener

estudios de licenciatura (Estadísticas Judiciales en Materia Penal de los Estados Unidos Mexicanos, 2011).

Áreas de aislamiento

La finalidad de las áreas de aislamiento en general conlleva medidas correctivas o disciplinarias. El castigo de aislamiento y la implícita restricción al derecho de contacto con el mundo exterior se configura como una violación grave a los derechos de los reclusos. La CNDH mediante visitas de verificación determina que algunas de las celdas de castigo están situadas en los sótanos o en los desniveles de los centros de reclusión, donde por la humedad, por las goteras y las inundaciones que padecen, la insalubridad es lo que abunda. En las áreas de aislamiento, la salida de los internos está restringida, por lo que en esas zonas de olvido, las salidas a tomar el sol, al servicio médico, queda al albedrío del personal de seguridad y custodia (Gutiérrez, 2000).

Las condiciones de hacinamiento en estas áreas, además de ser inadmisibles, resultan de extrema gravedad, ya que conviven sin salir de la estancia los presos que han tenido conflictos con otros y que fueron sancionados. No obstante, también existe la posibilidad de que los internos aislados sean quienes hayan solicitado medidas de seguridad, ya que han sido amenazados por otros internos de atacar contra su integridad física. Por otro lado, resulta inhumano que una persona cualquiera que sea su condición, permanezca meses o hasta años encerrada sin poder recibir directamente la luz del sol. La mayoría de los internos que se encuentran en estas zonas reciben muy esporádicamente sólo la visita de un médico, y hacen grandes esfuerzos para solicitar atención médica a los técnicos penitenciarios cuando la requerían, difícilmente se les proporcionaba el cuidado médico, lo que se refleja en el estado físico y mental que presentaban los internos durante las visitas (Gutiérrez, 2000).

3.2 “El Cubo”. Condiciones estructurales

El Cubo es una de las áreas de aislamiento y castigo que existe dentro del CERESO de Chetumal Q. Roo, así como también las llamadas: Almoloya, Las palmas y Lecumberri, el área del Cubo es un espacio más dentro de la estructura de este CERESO, al que se llega

por el área de enfermería donde todos los internos del penal pueden ir a consultar al médico en caso de presentar alguna dolencia; a un costado del Cubo se encuentra también el área de psicología donde los internos del penal pueden tomar alguna sesión o charla con el psicólogo si consideran requerirlo. El cubo cuenta con un área de guardia en la entrada, ésta se encuentra frente al área de enfermería, a dos metros de distancia de la guardia y la enfermería, está la reja de entrada a un espacio de aproximadamente ocho metros de ancho por diez de largo (Gaceta N°8 de la Comisión de Derechos Humanos de Quintana Roo, 2009).

El Cubo es una estructura cerrada al acceso general con una puerta de metal separada de las demás áreas, el acceso al Cubo está limitado por una reja de barrotes de acero la cual se encuentra en todo momento asegurada con un candado, en su interior se puede observar que el área cuenta con 10 celdas. Al momento de la visita se observaron todas ocupadas con dos o tres personas. Los espacios se aprecian mojados por el lavado que se hace a diario, no tienen más ventilación que la reja del frente, de aspecto deplorable, paredes pintarrajeadas y grafitadas, algunas de ellas con el mismo excremento de los internos.

Intenso mal olor por lo insalubre del espacio y la falta de cuidado de los internos. Toda el área está asegurada por un enrejado a modo de tragaluz en el techo. Sólo hay un baño comunal para todo el espacio, ubicado al fondo y en medio del espacio, en pésimo estado, regadera inservible, tienes dos tazas, una de ellas rebosaba de eses y el otro al parecer, es inútil, con olores nauseabundos que llegan a todos los rincones del sitio. Asentado en el enrejado que sirve de techo, se ve un tinaco de agua del que pende una manguera, doblada para evitar la salida del agua y que se desata para la necesidad de agua de los internos. Lo que da un aspecto más tétrico al espacio (Gaceta N°8 de la Comisión de Derechos Humanos de Quintana Roo, 2009).

Las 10 celdas que conforman esta área miden aproximadamente 2.00 mts de largo por 2.00 mts de ancho, se observó que no tienen ventanas únicamente una puerta de barrotes y techo de concreto, sin planchas de concreto o colchoneta para el descanso, del total de celdas cuatro son destinadas a reclusos del crimen organizado, una para los internos de la población general que han sido castigados por algún motivo y en las cinco restantes son albergados enfermos mentales, situándose cinco al lado derecho y cinco al lado izquierdo

enfrentes unas de otras. En el medio es un área de aproximadamente de 6.00 mts de largo por 6.00 mts de ancho; en general, la instalación carece de pintura e higiene, el área cuenta con electricidad pero reducida, porque no todas las celdas cuentan con el servicio.

3.2.1 Condiciones de vida

Durante las visitas hechas al interior del Centro de Readaptación Social del Estado, se detectó la existencia de internos que son considerados como enfermos psiquiátricos, en un estatus que los observa como internos que pertenecen a un grupo vulnerable.

Por información del personal de custodia la cual le fue proporcionada a la Comisión de Derechos Humanos del Estado se supo que el carácter de psiquiátricos se les considera por el comportamiento que observan; es decir, los reportes de comportamiento lo hacen los propios internos y el personal de custodia. Así, el único a quien se le considera interno psiquiátrico es a Eduardo Balam Rodríguez, quien cuenta con diagnóstico médico. Aunque, es evidente que algunos de ellos presentan conductas que deben ser valoradas por un psiquiatra a efecto de conocer su estado clínico. Por otro lado, en relación a los internos que se encontraban castigados, se informó que no se sabía el tiempo que deberían estar ahí ya que era el grupo de poder, llamado: “La comitiva” quien aplicaba el castigo y aún no se conocía cuanto tiempo pasarían ahí (Gaceta N°8 de la Comisión de Derechos Humanos de Quintana Roo, 2009)

Se observó que había un total de 38 internos de los cuales 17 eran enfermos mentales, 13 internos del crimen organizado y 8 castigados.

El jefe de custodia en turno, informó que estos internos no reciben ningún tipo de tratamiento, y que la única característica del espacio es mantenerlos encerrados a efecto de que estén separados de la población general y evitar problemas. Tras efectuar parte del recorrido, se entrevistó al Doctor Antonio Ávila Centeno, médico del centro de internamiento, quien respecto del problema de los reclusos psiquiátricos mencionó que no les da la atención necesaria, que actualmente, no se cuenta con los medicamentos suficientes para ofrecerles un tratamiento adecuado y que las condiciones que observan ahora, siempre han sido las mismas. Señaló que ya hace tiempo, varios días no se surten

medicamentos en general; no sólo de área de psiquiátricos sino de la población en general. (Comisión de Derechos Humanos de Quintana Roo, 2009).

Existe hacinamiento, en cada celda se alojan de tres a cuatro enfermos mentales sumando un total de 17 para cinco celdas, cada enfermo se acomoda en un rincón de la celda donde no cuentan con una cama ni colcha para dormir teniendo que pasar las noches en el “suelo”.

Al no contar con el espacio suficiente y personal capacitado para tratar a este tipo de población se les deja olvidados, no cuentan con capacitación para el trabajo y mucho menos con actividades para su recreación, muchos enfermos mentales están sumidos en un rincón refugiados en su estado crítico de su enfermedad, no tienen ninguna actividad recreativa que los distraiga. Por su condición no tienen autorización para salir al patio, y por ende no tienen acceso a las áreas comunes al menos que tengan alguna visita por parte de algún familiar, por lo cual se encuentran en un espacio reducido para poder realizar actividades al aire libre o en mejores condiciones como los demás internos del CERESO.

El Cubo es un área compartida entre enfermos mentales, personas del crimen organizado e internos castigados; por algún motivo esta área funge como área de segregación, pabellón psiquiátrico y castigo, resaltando que es considerada la peor área de castigo. Los enfermos mentales están sujetos al control de los internos del crimen organizado, siendo esto un riesgo, por ser posible una agresión o abuso por parte de ellos. Mucho de ellos han sido violentados o atacados por los internos del crimen organizado, donde su vida y su integridad han sido puestas en peligro al grado de tener que ser llevados al hospital.

Un punto importante es que no existe tratamiento para la reincorporación del individuo a la sociedad, y mucho menos un tratamiento individual no se toma en cuenta sus usos y costumbres solo son reclusos y olvidados. No existe en realidad el sistema progresivo ya que básicamente sobreviven, no existe un tratamiento preliberacional donde el interno pueda adaptarse a un nuevo estilo de vida al purgar su condena. No se puede fundar un tratamiento en resultados nunca obtenidos puesto que no cuentan con criminólogo, ni psiquiatra que establezca perfiles.

En temporadas de calor no tienen buena ventilación, hay que recordar que el CERESO de Chetumal, está ubicado en el Caribe mexicano, donde el calor es extremo, y en temporadas de lluvia por ser un lugar muy reducido y sin techo en el patio se pueden mojar mientras duermen y cuando hay frío también sufren los estragos del tiempo puesto que sus celdas sólo tienen barrotes.

No se cuenta con un psiquiatra, sólo con un psicólogo, el cual platica con ellos cuando se sienten mal, según los comentarios de los internos. Los enfermos mentales no tienen un tratamiento ni control, lo único en lo que los atienden es en caso de que tengan una dolencia y por mucho unas pastillas para el dolor.

Existen adictos a las drogas ilícitas, en el Cubo, por lo que se pudo observar y no tienen un tratamiento para poder dejar sus adicciones. No cuentan con un dentista que les apoye en cuestiones de salud dental.

Al llegar al CERESO todos pasan con el médico a ser revisados y si tienen alguna dolencia regresan cuando se sientan mal, pero no existen revisiones periódicas, los enfermos mentales como ya se mencionó antes no cuentan con medicación ni tratamiento. Estos son los únicos que son aislados al igual que los segregados por delincuencia organizada.

El médico de cierta manera cumple con su trabajo, pero requiere también de herramientas que apoyen su trabajo como medicamentos y en lugar óptimo para dar atención a los enfermos mentales, así como un psiquiatra de apoyo.

Según las reglas mínimas los enfermos mentales no deben estar reclusos en la prisión, y deben estar en un lugar apropiado a sus necesidades o en lugares donde tengan una observación médica y sin embargo están en el CERESO, encerrados en las peores condiciones para cualquier ser humano olvidados por sus familias y el sistema penal, no cuentan con una apropiada observación médica, no tienen tratamiento, son adictos a las drogas, y si llegan a salir de la cárcel no los vinculan a instituciones adecuadas.

Los internos en general viven en condiciones deplorables, la alimentación es mala siendo esta deficiente en cantidad y nutrientes. Se observó que no hay área de comedor y los alimentos se sirven en enseres improvisados que ellos elaboran con botellas de plástico

cortadas y en otra clase de recipientes e incluso bolsas de plástico, si los internos tienen algún ingreso pueden comprar comida y prepararla, el agua purificada es comprada por los internos y si no cuentan con el ingreso deben tomar agua potable, se observó que sólo existe una manguera que baja por el techo de la cual reciben agua potable, los internos comentaron que unos días hay agua y otros carecen del servicio lo cual prolifera la falta de higiene en el área y en los internos.

Por otra parte se observó que los que tiene poder adquisitivo en esta área son los internos del crimen organizado, y por ende estos son los que pueden comprar comida y agua en contraste a los enfermos mentales que únicamente cuentan con los alimentos que les son otorgados por el centro, y a diferencia de los enfermos mentales los internos del crimen organizado cuentan con enceres para la cocina, incluyendo una parrilla eléctrica, donde pueden hacer sus alimentos, así como platos, vasos, cucharas etc.

Los internos se tienen que bañar en el patio puesto que sólo hay un baño para todos, sobre todo los enfermos mentales, por otra parte, entre todos los internos del área se encargan de mantener limpia el área a medida de lo posible pues existen días en los cuales no cuentan con agua como ellos mismos lo manifestaron, los presos externaron que el baño no cuenta con adecuadas instalaciones para su estancia, que no cuenta con un retrete lavabo ni regadera ni mucho menos con instalación para el agua recibiendo agua sólo por una manguera la cual baja del techo, el lugar es por lo general muy húmedo.

La Comisión de Derechos Humanos del Estado de Quintana Roo conforme a las evidencias recabadas (2009), acreditó que los responsables de la Dirección de Prevención y Readaptación Social del Estado incurrieron en actos y omisiones que constituyen violaciones a los Derechos Humanos de los internos recluidos en el Centro de Readaptación Social del Estado por las siguientes razones:

De las actas circunstanciadas y de los señalamientos técnicos que hizo el Doctor, se advierte que existen personas bajo una condición clínica psiquiátrica confinados en el área de segregados conocida como “cubos” y que presentan síntomas o conductas que los hace candidatos a ser considerados como internos psiquiátricos. Ahora bien, en cuanto a las condiciones estructurales observadas durante la visita, la existencia de personas con

padecimientos de esta naturaleza, les imponen a las autoridades carcelarias la obligación de establecer una serie de cuidados y atenciones especiales, así como el acondicionamiento de espacios apropiados para ellos. Contrariamente, se observó que el espacio destinado para alojar a los internos psiquiátricos es una construcción que lejos de considerarse apropiada se convierte en un instrumento de violación hacia sus derechos como grupo vulnerable.

El cubo es una construcción hecha para fines de segregación pero segregación distinta de la psiquiátrica; es decir, espacios para segregar por razones de disciplina o para simplemente separar a personas del resto de la población, pero no para internos enfermos pues los espacios que ahí se observaron fueron construidos con esa característica. Cada uno para alojar a una persona, por sus dimensiones y la forma de su construcción, pues sólo tienen una reja al frente sin ventanas (Gaceta N°8 de la Comisión de Derechos Humanos de Quintana Roo, 2009).

Los espacios para alojar a internos psiquiátricos deben de considerar ante todo la estancia segura del interno, pues aun cuando el establecimiento no sea especializado en la atención de psiquiátricos y habiendo internos bajo esta condición, debe tenerse un espacio para ello, atendiendo a la obligación de brindar seguridad y una estancia digna, con paredes y pisos con recubrimientos, luz y ventilación apropiada y puertas lisas con ventanillas de observación.

Ahora, por lo que respecta a la atención y cuidados se puede precisar que no hay cuidados especiales para el grupo. El médico entrevistado mencionó que el establecimiento no cuenta con un especialista, no hay psiquiatra, ni enfermeros especializados en el cuidado de éstos enfermos; circunstancia que los deja en una situación de desatención y falta de cuidado. Respecto del suministro de medicamentos, el citado médico señaló que no cuentan con los medicamentos necesarios para poder responder a la necesidad de dicho grupo de la población. Muchas veces ni siquiera para atender el cuadro básico. Otro aspecto de señalar es que no se contaba con un control de expedientes clínicos de los internos que supuestamente eran considerados como psiquiátricos; por lo tanto, no hay control del grupo y no se cuenta con el tratamiento respectivo (Gaceta N°8 de la Comisión de Derechos Humanos de Quintana Roo, 2009).

Los aspectos descritos anteriores que son atención, cuidado e instalaciones estructurales y que son responsabilidad de las autoridades que gobiernan el centro, son violaciones flagrantes de los derechos humanos de las personas que son internadas en el área del cubo, pues aparte de permanecer aislados de la población en un sitio en condiciones inhumanas, donde sólo son sacados por una hora, sin el tratamiento y cuidado necesario, constituye un trato inhumano y degradante (Gaceta N°8 de la Comisión de Derechos Humanos de Quintana Roo, 2009).

3.2.2 Historia de Casos

Gumaro de Dios Arias

El caso de Gumaro fue uno de los más controvertidos en la ciudad de Playa del Carmen estado de Quintana Roo, conocido como “el caníbal del caribe” cometió delito de homicidio tras asesinar a su pareja sentimental durante una pelea mientras consumían drogas y alcohol. En Diciembre del 2004 la policía recibió una llamada telefónica donde se manifestó que una persona del sexo masculino había asesinado a su pareja de la cual le estaba sirviendo de “comida”. Luego de ser arrestado Gumaro fue consignado al juzgado donde posteriormente fue recluido en una celda aislada ya que los reos del penal de Playa del Carmen se negaron a compartir celda con él, ninguno de sus compañeros aceptaron al homicida y protestaron por la presencia de Gumaro de Dios quien les provocaba temor debido a sus excesos maniáticos y su gusto por la carne humana pues temían correr la misma suerte que su ex pareja sentimental.

De esta manera se decidió que Gumaro debía ser encerrado en una celda aislada o recluido en un hospital psiquiátrico. Permaneció un tiempo en el penal de Playa del Carmen hasta que un día un Juez Penal de Solidaridad emitió que debido a la avanzada enfermedad de esquizofrenia de Gumaro de Dios ya no podrá estar sujeto penalmente por lo que será enviado al centro de Readaptación Social (CERESO) con pabellón psiquiátrico que se encuentra en el estado de Morelos.

Gumaro tuvo una infancia difícil; a los seis años fue violado por un primo suyo donde generó un estado de autodefensa que lo hizo convencerse de que era una niña y se sentía

atraído por los niños. En su adolescencia fue atropellado por un tráiler del cual salió ileso de lesiones de gravedad; a los catorce años de edad ya consumía droga que inhalaba como el Resistol y fumaba marihuana motivo por el cual su padre lo obligó a entrar al ejército donde tiempo después tuvo una discusión con un subteniente y fue expulsado. Los esfuerzos de su padre fueron inútiles pues Gumaro ya consumía más tipos de drogas como la cocaína, heroína y cristal que lo llevaban a estados críticos de frenesí que un día le hizo violar a uno de sus sobrinos de sólo un año de edad. En el 2000 fue detenido y enviado al penal de Cárdenas Tabasco de donde es oriundo acusado de robo; año y medio después fue liberado del penal y rompió con su familia pues ésta nunca fue a visitarlo en prisión; Gumaro se mudó a Quintana Roo. En el mismo año de su crimen también había asesinado en Mahahual a un hombre durante una riña motivo por el cual se marchó a Petén un pueblo entre México y Belice donde vivió en una obra en construcción. En ese lugar conoció a Raúl Gonzales alias “el guacho” con quien se hizo amigo, bebían y se drogaban juntos y terminaron convirtiéndose en pareja.

Se mudaron juntos a una palapa ubicada en la carretera Chetumal-Playa del Carmen que estaba abandonada y cubierta por la maleza; el 12 de Diciembre de 2004 mientras se drogaban y consumían alcohol, Gumaro recordó que Raúl le debía \$500 pesos de los cuales le cobró y éste no le dio por no tener el dinero; Gumaro se enfureció y golpeo a su pareja hasta matarlo donde seguido después le sirvió de comida.

Gumaro de Dios nunca ocultó sus cargos y manifestó que no se arrepiente de nada y también confesó la violación de su sobrino y de una monja así como de haber asesinado a un hombre en Mahahual. Dentro del penal era temido incluso por los reos de alta peligrosidad; tras una valoración del Juez penal se determinó que no era un delincuente sino un enfermo mental por lo que debía ser trasladado al Centro Federal de Readaptación Social del Estado de Morelos el 20 de Marzo del 2007.

Durante un año fue sometido a estudios psicológicos y psiquiátricos donde también se le diagnosticó el virus de inmunodeficiencia adquirida VIH. Tiempo después en Septiembre de 2008 fue trasladado al Centro de Readaptación Social de Chetumal donde se le albergó en una celda aislada y donde un tiempo también fue internado en el cubo en una de las celdas de castigo que permanecen cerradas totalmente. Según datos de su ficha

penitenciaria desde que fue arrestado hasta ingresado al penal no recibió visitas de familiares ni de conocidos.

En el 2012 Gumaro tuvo varias recaídas por el VIH y fue trasladado al Hospital General de Chetumal donde el 11 de Septiembre del mismo año murió a los 34 años de edad. (Alejandro Almazán, 2012).

Victorino Sánchez Blanco.

Victorino es un interno el cual es considerado enfermo mental y peligroso o problemático por lo cual se encuentra recluido en el área del Cubo para la seguridad de los internos y del suyo mismo.

Victorino, es una persona joven en el momento de la entrevista dijo tener 27 años de edad, perteneciente del poblado de Sergio Butrón Casas, haber estudiado la primaria pero dejó sus estudios por motivos socioeconómicos, su padre era productor y su madre se dedicaba a las labores y el antes de ingresar al CERESO era empleado, en el momento de la visita su situación era la de procesado por el delito de homicidio.

El 24 de abril de 2011 Victorino asesino a su compañero de “parranda” informo el diario Por esto, los sucesos se dieron en la avenida Héroe con Mahatma Gandhi donde Victorino y su compañero Cruz Toledano Hernández de 74 años de edad quien fuese encontrado sin vida tirado en la calle; este era un indigente al igual que Victorino y eran compañeros ya que dormían en ese mismo sitio a la intemperie.

El cuerpo del occiso fue enviado al Servicio Médico Forense (SEMEFO) para la necropsia de ley así como para su identificación puesto que al momento de ser encontrado muerto no se conocía de su identidad sólo se conocía su alias “el perro” y quien después fue identificado por su hijastra al ver la noticia en los medios como reporta el periódico Quequi.

Victorino fue arrestado por elementos de la Policía Estatal Preventiva y fue puesto a disposición de agente ministerial, Victorino confesó haber acabado con la vida de su

compañero Toledano de 74 años alias “el perro”, dejando caer una enorme roca sobre su cabeza, según el reporte del SEMEFO a causa de esta acción Toledano sufrió de traumatismo craneoencefálico lo cual ocasiono su muerte, Victorino argumento que el occiso lo ofendía constantemente según y le había quitado a su esposa esto según reportaron los periódicos.

Victorino es considerado un enfermo mental está recluido en el Cubo al igual que otros internos en su condición, sin medicación, el 8 de Febrero del 2013 el periódico local Noticaribe, reportó que Victorino fue torturado por integrantes de la banda de los “Pelones” quienes por diversión quemaron sus partes íntimas, pese a su enfermedad Victorino fue el que denunció el hecho diciendo que sus compañeros de celda lo habían sometido con el fin de quemar sus testículos con un aerosol y un encendedor.

El periódico en línea informo que no se sabía si Victorino había sido trasladado para su atención médica ya que se dijo que los integrantes de “los Pelones” que estaban en el Cubo habían intentado tortura a Victorino quemándole los testículos pero no lo consiguieron.

El hecho es grave ya que no se dio a conocer del todo el resultado de esta agresión, en el momento de la denuncia del periódico se dio a conocer que no se estaban tomando las medidas legales puesto que no se le había dado aviso al Ministerio público para el deslinde de responsabilidades.

Por otra parte a las dos personas que se encontraron en la celda de Victorino fueron entregadas al grupo de poder: “La comitiva”, quienes son los que aplican las sanciones a los internos que han cometido alguna falta al reglamento, el periódico informo que estas personas fueron llevados a otra área de castigo o aislamiento llamado “La isla” en la cual recibieron tortura por su mal comportamiento, esta área es usada para ese fin por parte de la “La comitiva”.

También, se reportó por este mismo medio que fue efectuada una “investigación interna” en la cual 12 custodios de ambas guardias rindieron declaración para la integración de un expediente sobre el caso de la tortura de la cual fue víctima Victorino. El director del

CERESO, Jorge Alvarado Tamayo, dijo que se aplicaría las sanciones correspondientes por el hecho, pero se negó a dar parte a las autoridades ministeriales para su actuación judicial.

Valentín Canul Caamal

Debido a la falta de atención psiquiátrica a reclusos con padecimientos mentales en el CERESO de Chetumal, suelen generarse ataques y agresiones entre los mismos internos, así es como el interno en el área del Cubo de nombre Valentín Canul Caamal, enfermo mental de 62 años de edad quien el 23 de Abril de 2014 fue trasladado al Hospital General de Chetumal debido a que sufrió un atentado por parte de su compañero de celda.

Paramédicos de la Cruz Roja mexicana recibieron una llamada de las autoridades del reclusorio y acudieron al centro penitenciario quienes en protección de varios custodios fueron conducidos al área de castigo “el Cubo” donde le brindaron los primeros auxilios a Valentín quien se encontraba acostado en el interior de su celda con dos lesiones de arma blanca de aproximadamente tres centímetros de longitud en el glúteo derecho y la otra de siete centímetros en el glúteo izquierdo.

El lesionado comentó a las autoridades que había sido atacado por su compañero de celda de nombre primitivo Velázquez Mejía de 34 años de edad el cual se había comportado de manera agresiva en varias ocasiones sin ser provocado; cabe destacar que parte de los estados críticos de los internos psiquiátricos del cubo es debido a la falta de medicación y control de su enfermedad. Finalmente Primitivo Velázquez Mejía fue detenido y concentrado en una celda solitaria donde un agente del Ministerio Público del fuero común inicio el proceso de investigación en su contra por delito de lesiones dolosas (Agencia de noticias, 2014).

CAPÍTULO IV: DERECHOS HUMANOS PARA LOS PRESOS

4.1 Los derechos humanos en el CERESO de Chetumal

Con el desarrollo de la presente investigación se hace una propuesta encaminada a mejorar las condiciones de vida y el respeto a los derechos humanos de toda la población del CERESO así al área del Cubo en específico.

En este sentido se hacen las siguientes propuestas generales para el Centro de Reinserción Social de Chetumal como particulares enfocadas al área del Cubo.

Generales:

- El uso de la prisión debe ser utilizado sólo como ultima ratio, es decir, sólo por delito que merezca pena privativa de libertad habrá lugar para prisión preventiva. Se debe implementar el uso de sanciones alternativas como multas, reparación del daño, trabajos en favor de la comunidad, etc., para delitos menores y evitar el hacinamiento del CERESO.
- Establecer la separación de categorías de procesados y sentenciados en establecimientos distintos; la convivencia cotidiana de sentenciados con procesados procede a generar efectos criminógenos que amplía el número de personas con probabilidades de delinquir en el futuro.
- Mejorar los programas y las técnicas de reinserción estableciendo como carácter obligatorio a todos los internos que ingresen al CERESO en elegir un trabajo, capacitarse para el mismo; en términos educativos los internos que no hayan concluidos sus estudios básicos (primaria-secundaria-preparatoria) deban terminarlos y proporcionarles el material didáctico requerido; promover la práctica del deporte con el mejoramiento de las áreas deportivas y la adquisición de material deportivo. La mayoría de los internos no realizan ningún oficio porque no tienen

material para realizarlo, tampoco presentan interés en terminar sus estudios pues no se les anima y proporciona facilidades de superación; en el deporte la mayoría de los internos es dado a realizar alguna actividad como hobby, pero los limita los artículos como balones, redes de cancha que no se les proporciona para practicarlos. En conjunto estas acciones van encaminadas a la eficaz reinserción del interno sin embargo si no se les brinda atención es posible que tras cumplir sentencia muchos vuelvan a delinquir.

- Mejorar el personal penitenciario con personas más capacitadas y comprometidas con el trabajo. Debido a la falta de atención por parte del personal penitenciario se forman dentro del penal “grupos de poder” que establecen su propio sistema de gobierno dando lugar a la violencia y la intimidación entre la población carcelaria.
- Implementar programas de desintoxicación y prevención de la drogadicción. Casi el 50 % de los internos del CERESO son adictos y consumen narcóticos, este problema es favorecedor de la violencia y el deterioro de la salud, además de ser incapacitante para el interno después de concluir su sentencia.
- Separación de internos con patologías que generan un riesgo sanitario. Se han detectado internos con VIH y tuberculosis que conviven con internos sanos facilitando los contagios y la extensión de la enfermedad.
- Mejorar los locales destinados a los reclusos. Se debe organizar a no más de tres reclusos en cada celda, equiparlas con planchas y colchones para dormir así como baño en condiciones tales que el interno pueda utilizarlo con agua fría y caliente.
- Implementar la calidad y cantidad en los alimentos; efectuar dietas especiales para internos con requerimientos específicos. La calidad y cantidad en la alimentación es deficiente con poco valor nutricional, no hay dietas especiales para internos que lo requieran ya que la misma alimentación le es proporcionada para todo el CERESO.

- Realizar chequeo médico cada periodo de tiempo por interno. Es deficiente la atención médica y el tratamiento de las enfermedades; los internos no son valorados y solo son medicados con algún analgésico para calmar el malestar del momento cuando ellos ya presentan un cuadro de enfermedad. Se debe hacer un chequeo médico cada determinado tiempo para valorar el nivel de salud de los internos y diagnosticar y prevenir enfermedades así como el contagio y propagación de las mismas.
- Gestionar la adquisición de herramientas y equipos médicos para el diagnóstico, tratamiento o solo mantenimiento de la salud como en el caso de equipos de odontología que es necesario para que los internos tengan una buena salud bucal o en mujeres es necesario un médico ginecólogo y equipo especial para exámenes ginecológicos.
- Acondicionar el área de mujeres con lo mismo con que cuenta la de hombres. El número de mujeres en prisión es casi tres veces menor que el número de hombres por lo cual las internas son ubicadas en un área menor y con menos espacio que no cuenta con espacios deportivos, talleres, comedores, área de visita, teniendo que acudir al área de hombres donde debe ser de carácter restringido tener acceso por ellas.
- Debe brindarse al interno apoyo social al cumplir su condena. Se debe generar programas de reintegración familiar para internos que desde su ingreso al penal rompieron lazos con su familia. Sería provechoso crear una bolsa de trabajo para que los internos al salir ya tengan un trabajo, esto generaría mayor interés en ellos de capacitarse y estudiar durante su estancia en el penal.

En general, el Centro de Reinserción Social debe cumplir con la función de reinsertar socialmente a los internos, se elaboren programas de atención y seguimiento en los campos de psicología, psiquiatría, criminología y trabajo social, como instrumentos de análisis en el proceso de rehabilitación.

4.1 Los derechos humanos de los enfermos mentales del Cubo

El cubo es el área con mayor violación a los derechos humanos de todo el CERESO y no sólo porque los internos son casi olvidados, sino por su estado de salud psiquiátrica y vulnerable lo que hace que sea mayor el requerimiento de atención y cuidado. Las siguientes propuestas van encaminadas al mejoramiento de la calidad de vida de los enfermos mentales así como hacer valer sus derechos humanos como seres con igualdad de oportunidades.

- Separación de los enfermos mentales de los demás internos del crimen organizado. Se debe gestionar recursos para la construcción de un área psiquiátrica dentro del CERESO donde se alberguen a todos los internos que sean valorados con padecimientos psiquiátricos; esto es necesario debido que por la enfermedad que padecen se hacen vulnerables a posibles agresiones y maltratos por parte de otros internos o por el contrario ellos mismos puedan desencadenar estados críticos y agredir a los otros.
- Brindarles tratamiento médico, psiquiátrico o psicológico necesario para evitarles sufrimientos, para controlarlos o rehabilitarse. El CERESO no cuenta con psiquiatra que los trate y medique, es necesario contratar un médico psiquiatra que esté de manera permanente dentro del penal. Solo algunos internos cuentan con diagnóstico médico, son llevados a instituciones psiquiátricas como en la ciudad de Mérida para su tratamiento, el resto no está medicado ni controlado. Es necesario se lleve un control mediante expedientes clínicos de las personas bajo dicha condición y se proporcione seguimiento de su tratamiento.
- Se les debe brindar contacto con el exterior, recibir visitas, salir un rato del área. Los internos no le es permitido salir al exterior, están las veinticuatro horas del día en el cubo generando estados de estrés y ansiedad por el encierro.

- Sustituir el personal de custodia para los enfermos mentales por personal especializado en psiquiatría. Los custodios no conocen de psiquiatría ni cómo tratar a una persona enferma, esto imposibilita su conducción y su trato digno; es necesario que para el caso de internos con trastornos mentales se utilice personal de custodia como enfermeros que conozcan de la rama de la psiquiatría. Es imprescindible que todo el personal que trata directamente con todos los enfermos mentales reciba una formación específica que facilite la relación con los internos.
- Es imprescindible que dentro de su tratamiento y su rehabilitación, los enfermos mentales reciban actividades recreativas; algunos internos que se mostraron dispuestos a platicar comentaron que les gusta el dibujo y hacían petición de lápices y hojas blancas para dibujar. Es necesario que se les brinde durante el día unas horas de recreación puesto que el estrés que genera el encierro facilita los estados críticos y violentos de los enfermos mentales.
- Proporcionarles vestimenta. La mayoría no tiene la responsabilidad de su familia y se encuentran abandonados dentro del penal, no tienen ropa adecuada y son aislados en el cubo en harapos o algunos desnudos.
- Mejorar su alimentación en cuestión de calidad y forma de administrársela. Algunos no pueden consumir ciertos alimentos que son contraproducentes para su enfermedad, es necesario tener un diagnóstico psiquiátrico para brindarles dietas especiales; por otro lado, la forma de administrarles sus alimentos es degradante para pues se les da en botellas de plásticos cortadas a la mitad o algunos en bolsas de plástico.

En general, es ineludible hacer conciencia de este tipo de personas, son seres que se encuentran enfermos y son un grupo vulnerable que necesita más consideración y cuidados así como hacer valer sus derechos humanos innatos a ellos. Es justo hacer a un lado la discriminación y la estigmatización hacia las personas con trastornos mentales como seres inferiores y sin importancia social.

4.3 Conclusiones

Al final del análisis de los datos obtenidos de la Comisión Nacional de Derechos Humanos en su Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria 2012 y de las recomendaciones expuestas en la gaceta 2009 por la Comisión de Derechos Humanos del Quintana Roo, está en claro decir que el CERESO de Chetumal no funge con su cometido como institución destinada a reinsertar al interno en base al artículo 18 constitucional donde el respeto a los derechos humanos son la base de todo sistema penitenciario.

El trabajo, la capacitación para el mismo, la educación, la salud y el deporte son funciones que conforman los derechos de los internos lo cuales no le son implementados además de una mala alimentación, estancia indigna y una ineficaz reinserción a la sociedad.

El nivel de hacinamiento en la cárcel es grande, promoviendo diversos factores criminógenos que más que servir para incapacitar, rehabilitar y disuadir al individuo en la comisión de los delitos, sólo genera una reacción contraria por traer efectos criminógenos importantes, las consecuencias son diversas, mencionando en primera instancia la reincidencia y por ende un proceso de reinserción ineficaz.

La administración de la institución penitenciaria carece de interés hacia sus funciones; el CERESO está gobernado por grupos de poder que generalmente administran todo el CERESO, el dominio de estos reclusos promueve la violencia y el poder donde algunos reclusos son intimidados por otros con alguna jerarquía.

La propagación de vicios y uso de drogas es un problema general en todo el centro. Las autoridades lo permiten y que ciertos internos hagan tráfico y venta de droga dentro del penal sin establecer un orden y control de las adicciones generando y ampliando el número de personas adictas a narcóticos.

Otro claro ejemplo de la ineficiencia del CERESO es el internamiento de personas con alguna enfermedad mental que no deben ser internadas en prisión sino en lugares psiquiátricos especiales de su enfermedad, no obstante dentro del CERESO se encuentran un número de reclusos con algún trastorno mental y en condiciones de vida infrahumanas.

Si los enfermos mentales no pueden ser internados en un centro psiquiátrico teniendo que internarlos en el CERESO por lo menos éste debe brindarle los mecanismos necesarios para la atención de su enfermedad.

Dentro del Cubo se encuentran los enfermos mentales en criterios más deshumanizados que en todo el patio, la vida que llevan es estigmatizadora y discriminante porque para el personal tanto de custodia como para la demás administración son seres casi invisibles para los que no existen programas específicos tanto preventivos como de rehabilitación y control de su enfermedad.

De acuerdo a la opinión de la Comisión de Derechos Humanos del estado de Quintana Roo, el Cubo es el área de segregación utilizada también como área psiquiátrica más deplorable dentro de todas las áreas de castigo; conocido como el lugar de “castigo más fuerte”, en el Cubo se violan de manera flagrante los derechos humanos de los internos que son alojados en él, tanto por permanecer en calidad de aislados de la población en general como por estar en un sitio en condiciones inhumanas y degradantes.

La inútil rehabilitación y reinserción de los internos es favorecido por la mala administración y falta de interés tanto del mismo personal del CERESO como del propio Estado quienes no se apegan a las normas establecidas que regulan los sistemas penitenciarios.

Es inútil el uso de la prisión si no se usa como instrumento perfeccionado que actúe con precisión sobre los individuos. El tener las cárceles llenas no establece patrones de seguridad para la sociedad pues más que eso la cárcel lejos de rehabilitar a los individuos, no sirve más que para confeccionar nuevos criminales; la misma sociedad debe cuestionar al Estado por faltar a su obligación de brindarle seguridad y en lugar de ello les fabrica individuos más perfeccionados y con mejores estrategias de crimen

Bibliografía

- (2005). *Revista Neurocirugía y Psiquiatría*, 38(4), 154-155.
- (2014). *Agencia de Noticias Matrix*. Recuperado el 5 de Mayo de 2014, de <http://canal14mx.wordpress.com/2014/05/04/apunalan-a-reo-en-cereso-de-chetumal/>
- Almazán, A. (s.f.). *Escrito con Sangre*. Recuperado el 5 de Mayo de 2010, de <http://escritoconsangre1.blogspot.mx/2009/09/gumaro-de-dios-canibal-de-playa-del.html>
- Cano, M. y. (2005). *Psicopatología Criminal*. Universidad de Jaén, Psicología Jurídica y Forense, España.
- *Carmen Sosa Foundation*. (2007). Obtenido de <http://carmensosafoundation.org/quees.htm>
- CDHEQROO. (2009). *Gaceta No. 8*.
- Ceverio, M. (2010). *La Nave de los locos: historia de la locura, su marginación social y alternativas de cambio* (Primera ed.). Buenos Aires: Teseo.
- Chetumal, Sociedad y Justicia. (2013). *Noticaribe*. Recuperado el 5 de Mayo de 2014, de <http://noticaribe.com.mx/2014/04/24/apunalan-a-reo-en-cereso-de-chetumal/>
- CNDH. (2012). *Diagnóstico Nacional de Supervisión Penitenciaria*. México.
- Cobo, J. (2005). *El concepto de depresión. Historia, definición (es), nesología, clasificación* (Vol. 9). *Psiquiatría.com*.
- Dithurbide, D. (2012). *Esmas*. (Notieros Televisa) Recuperado el 5 de Mayo de 2014
- Federal, C. P. (2013).
- Foucault, M. (1992). *Enfermedad Mental y Personalidad*. Paidós Studio.
- González, I. (2012). *La Piedra de la Locura* (Vol. IV). *Revista Digital de Iconografía Medieval*.
- Gutiérrez, L. (2000). *Normas y Técnicas sobre Administración de Prisiones*. México.

- IESM-OMS. (2011). *Informe sobre el sistema de salud mental en México*.
- INEGI. (2011). *Estadísticas Judiciales en Materia Penal de los Estados Unidos Mexicanos*.
- Llamas, M. (2006). *Estrategias Global de Actuación de Salud Mental*.
- Malo, G. (2010). *Derecho Penal Mexicano*.
- Marchiori, H. (2000). *Psicopatología Criminal*. Distrito federal, México: Porrúa.
- Marcos, S. (1987). *Manicomios y Prisiones*. México: Porrúa.
- Mexicanos, C. P. (2013).
- Muñoz, E. (2009). *Enfermedad Mental y Delincuencia*.
- OMS. (1992). *Transtorno Mental*.
- OMS. (2006). *Manual de Recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación*.
- ONU. (1991). *Principios para la Protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental*.
- ONU. (2010). *Manual de Instrucciones para la evaluación de la Justicia Penal*. Nueva York, Estados Unidos.
- Orellana, W. y. (2000). *Manual de Criminología*. México: Porrúa.
- Penitenciario, S. d. (s.f.). *Reclusorios.df.gob.mx*. Obtenido de <http://www.reclusorios.df.gob.mx/reclusorios/cevarepsi.html>
- Postel, J. y. (1987). *Historia de la Psiquiatría*. Distrito Federal, México: Fondo de Cultura Económica.
- *Real Academia Española*. (s.f.). Obtenido de <http://www.rae.es/>
- Reclusos, R. M. (1957).
- Ríos, A. (Enero- Junio 2009). *Un mesías, ladrón, paranoico en el manicomio "La Castañeda". A propósito de la importancia historiográfica de los locos. Estudios de la historia moderna y contemporánea de México*.

- Ríos, A. (2008). *Locura y encierro psiquiátrico en México: el caso del manicomio de "La Castañeda", 1910* (Vol. 6). Antípoda.
- Rodríguez, L. (1991). *Criminología*. Distrito Federal, México: Porrúa.
- Salaverry, O. (2012). *La piedra de la locura, inicios históricos de la salud mental*. Revista Peruana.
- Villanueva, M. (2012). Thomas Willis (1627-1675) pionero de las neurociencias de vigencia universal. *Galenus Revista para médicos de Puerto Rico*, 23(2). Obtenido de <http://www.galenusrevista.com/Thomas-Willis-1621-1675-Pionero-de.html>