



SALME 10

REVISTA DEL INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL | JULIO-DICIEMBRE 2016

NÚMERO ESPECIAL

**60 aniversario del CAISAME
Estancia Prolongada
—y 15 del Instituto Jalisciense
de Salud Mental—**

**OBRA
FOTOGRAFICA**
Rafael del Río



SALUD

La LÍNEA MÁS COMPLETA en el tratamiento integral del TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR



ARQUERA
Duloxetina

- 30 mg caja c/ 7, 14 y 28 cápsulas (liberación retardada)
- 60 mg caja c/ 14 y 28 cápsulas (liberación retardada)

- **Tratamiento dual que confiere** seguridad y eficacia integral

Adepsique®

Amitriptilina-Diazepam-Perfenazina

AMITRIPTILINA 10 mg
DIAZEPAM 3 mg
PERFENAZINA 2 mg

- Caja c/ 30 y 90 tabletas biranuradas

- **Tratamiento de la Depresión con síntomas psicóticos,** ideas obsesivas asociadas a un componente ansioso. ⁽⁹⁾

Anapsique®

Amitriptilina

- 25 mg caja c/ 20 y 50 tabletas biranuradas
- 50 mg caja c/ 20 tabletas biranuradas

- Cuando el paciente no responde a los antidepresivos ISRS. ⁽¹⁰⁾
- Dolor por fibromialgia. ⁽¹¹⁾

Talpramin®

Imipramina

- 25 mg caja c/ 20 tabletas biranuradas

- **Es el primer antidepresivo mixto** ya que inhibe la recaptura de Serotonina y Noradrenalina con mínimos efectos anticolinérgicos y sedantes. ⁽¹²⁾

Adefaxin XR®

Venlafaxina

- 75 mg caja c/ 20 cápsulas
- 150 mg caja c/ 20 cápsulas

- **Sin depresión** hay nuevas experiencias en la vida.

**EFFECTIVIDAD, SEGURIDAD
Y CONFIANZA**

Lozam®

Lorazepam — Inyectable

FRACCIÓN II

- 1 mg/mL c/ 3 ampolletas iny.
- 2 mg/mL c/ 3 ampolletas iny.



Ortopsique®

Diazepam — Inyectable

FRACCIÓN II

- 10 mg/ 2 mL caja c/ 5 ampolletas iny.



Haloperil®

Haloperidol

FRACCIÓN IV

- 5 mg/ mL caja c/ 6 ampolletas iny.



Leptopsique®

Perfenazina

FRACCIÓN III

- 5 mg/ mL caja c/ 3 ampolletas iny.





EDITORIAL

El Hospital Psiquiátrico de Jalisco caminó de la mano de la historia y el desarrollo de la psiquiatría. Y a partir del año 2001 se une al reto de subirse a la modernidad al fusionarse al Instituto Jalisciense de Salud Mental.

La Psiquiatría ha tenido que esperar a que los adelantos científicos y la evolución del pensamiento le dieran su lugar en la medicina y en la correcta atención de aquellos que sufren un padecimiento mental. En la actualidad la farmacoterapia y la psicoterapia demuestran en cada persona donde son aplicados, su utilidad y sobre todo el retornar a muchos de esos enfermos a una vida normalizada, lejos de considerarlos pacientes incurables.

El Hospital Psiquiátrico de Jalisco nace en 1956 y sus robustos muros han logrado llevar el paso de la historia, con sus aciertos y desaciertos. Vieron llegar los primeros fármacos especializados, y sus con-sabidos efectos secundarios, y también los de última generación, con unos efectos paralelos casi imperceptibles. Los electrochoques viajaron de ser una práctica antipsiquiátrica, hasta la terapia eléctrica que puede hacer la diferencia en la respuesta farmacológica de un cerebro refractario, a un manejo eficiente al químico indicado. Desde la labranza de la tierra como parte de la incipiente rehabilitación psicosocial, al entrenamiento laboral en computación, preparación de alimentos y diversos oficios que les dan la oportunidad de aprender a ser individuos independientes.

Ahora conocemos muchos de los procesos mentales, del pensamiento, de la personalidad, cómo se originan, de dónde vienen los errores de procesamiento, la influencia del medio ambiente, la familia, la sociedad, las sustancias de abuso, la violencia. Ahora hay una larga lista de exámenes de laboratorio, gabinete y pruebas psicológicas que nos permiten ir más allá de lo que vemos y escuchamos. Ahora las nuevas generaciones de psiquiatras están mejor formadas, sin perder de vista que el universo del discurso del paciente es la mejor herramienta que el clínico tiene para integrar el diagnóstico correcto.

Evolución, desarrollo, nuevos horizontes, más fármacos, mejores implementos para el estudio de la enfermedad mental, y llegamos al mismo punto, tenemos entre nuestras manos lo más profundo de un ser humano: su intimidad, sus pensamientos, sus anhelos frustrados, lo más complejo de entender, la gran dimensión de su mente que seguiremos investigando para descubrir con más exactitud por qué cada uno tenemos un pensamiento distinto, y hasta qué grado podemos volver a la normalidad, algo que no entendemos del todo cómo se genera.

La fascinante historia de comprender el pensamiento del ser humano sigue su viaje, y nosotros seguiremos empeñados en poder aportar algo en el océano de esta inmensa e ilimitada creación divina irreductible a nuestra capacidad humana.

Dra. Lorena G. Hernández Muñoz
DIRECTORA DEL INSTITUTO JALISCIENSE
DE SALUD MENTAL



3 Editorial

- 5** De la Granja de Recuperación para Enfermos Mentales “La Esperanza” al Hospital Psiquiátrico de Jalisco, 1956-1986
DR. ALEJANDRO RAMOS ESCOBEDO
- 15** El Hospital Psiquiátrico de Jalisco y la psiquiatría institucional
DR. VÍCTOR HUGO RAMÍREZ SIORDIA
- 21** Reconstruyendo los servicios de salud mental en Jalisco: La creación del Instituto Jalisciense de Salud Mental
DR. BENJAMÍN BECERRA RODRÍGUEZ
- 27** Perspectiva futura de la institución de salud mental en México
DR. EDUARDO ÁNGEL MADRIGAL DE LEÓN
- 36** En la tarea titánica de dirigir instituciones psiquiátricas por más de 30 años. Entrevista al Dr. Daniel Ojeda Torres.
ENTREVISTA AL DR. DANIEL OJEDA TORRES

Arte

- 47** 60
RAFAEL DEL RÍO



Lic. Aristóteles Sandoval
**GOBERNADOR CONSTITUCIONAL
DEL ESTADO DE JALISCO**

Dr. Antonio Cruces Mada
SECRETARIO DE SALUD

Ing. José Ramón Aldana González
DIRECTOR GENERAL DE ADMINISTRACIÓN

Dr. Luis Daniel Meraz Rosales
DIRECTOR GENERAL DE PLANEACIÓN

Dr. Víctor Ángel Castañeda Salazar
**DIRECTOR GENERAL DE REGIONES
SANITARIAS Y HOSPITALES**

Dr. Jorge Manuel Sánchez González
DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA

Abog. Fernando Letipichia Torres
DIRECTOR DE ASUNTOS JURÍDICOS

Mtra. Mayda Meléndrez Díaz
DIRECTOR DE CONTRALORÍA INTERNA

Lic. Margarita Gaspar Cabrera
**DIRECTOR DE DESCENTRALIZACIÓN
Y PROYECTOS ESTRATÉGICOS**

Mtra. Claudia Patricia Trigo González
DIRECTORA DE COMUNICACIÓN SOCIAL



**DIRECTORIO DEL INSTITUTO
JALISCIENSE DE SALUD MENTAL**

Dra. Lorena G. Hernández Muñoz
**DIRECTORA DEL INSTITUTO JALISCIENSE
DE SALUD MENTAL**

Dra. Xóchitl González Delgado
DIRECTORA CAISAME ESTANCIA BREVE

Dr. Francisco Javier Ramírez Barreto
DIRECTOR CAISAME ESTANCIA PROLONGADA

Mtro. Álvaro Ruíz del Toro
SUBDIRECTOR DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

Dra. Olga Andrea Robles Hernández
SUBDIRECTORA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL

Lic. Fernando Pérez Núñez
SUBDIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN E INNOVACIÓN

Dr. Rafael Medina Dávalos
EDITOR

COMITÉ CIENTÍFICO

Dr. César González González
Dr. Jesús Alejandro Aldana López
Dr. Jaime Carmona Huerta
Dr. Rodrigo Antuan Durán Gutiérrez

COMITÉ EDITORIAL

Dra. Lorena Genoveva Hernández Muñoz
Dr. Víctor Hugo Ramírez Siordia
Dr. Francisco Armando Rodríguez Álvarez

DISEÑO Y CORRECCIÓN

typotaller
typotaller.com
typotaller@gmail.com

De la Granja de Recuperación para Enfermos Mentales “La Esperanza” al Hospital Psiquiátrico de Jalisco, 1956-1986

Dr. Alejandro Ramos Escobedo*

El contexto

Durante los años treinta en Guadalajara, los bromuros, la bartolina, la camisa de fuerza y el encierro fueron los procedimientos que predominaron. Después en la década de los cuarenta apareció la terapia electroconvulsiva, también se practicaban los choques por medio de inyecciones de cardiazol, o los abscesos de fijación consistentes en inyecciones de determinadas sustancias para provocar altas temperaturas; la panacea la constituyó la aplicación de electrochoques.¹ El metrazol, llamada comercialmente cardiazol, era una sustancia psicoestimulante que usaban los médicos.² Se asomaba una incipiente clínica teórica, aunque todavía distante de una posible pedagogía psiquiátrica; el recurso autodidáctico era lo usual.

Al inicio de los cincuenta, en Guadalajara, el número de médicos que tenían que ver con los dementes había aumentado. El manicomio del Hospital Civil, saturado con alrededor de 200 enfermos, ofrecía la posibilidad de aprender sobre los dementes, de experimentar. En el transcurso de esta década, surgieron las primeras organizaciones de practicantes de una psiquiatría empírica, quienes con base en la experimentación efectuarían procedimientos un poco más sistemáticos. Así entonces, en vísperas de la idea de la creación de una Granja-Hospital local, Guadalajara ya contaba con una camada de “neuropsiquiatras” involucrados en el desarrollo entusiasta de dicha profesión.³

Con la entrada de Estados Unidos a la Segunda Guerra Mundial, el boicot como efecto de la expropiación petrolera contra México, disminuyó notablemente. A consecuencia del conflicto mundial, las exportaciones mexicanas aumentaron un 100 por ciento entre 1939 y 1945. El monto de divisas, permitió importar los bienes materiales

¹ Olivio Gómez Pérez. Entrevista, marzo 1986. Guadalajara, Jalisco.

² Ramos Escobedo, Alejandro et al. Carlos Ramírez Esparza: Testimonio sobre la medicina en Guadalajara en los años 40. Universidad de Guadalajara, 1915. “Les ponían de golpe una cantidad importante intravenosa y les venía una crisis convulsiva, un ataque epileptiforme que era lo que producía luego el electroshock. No se sabía el mecanismo, pero era lo único que les daban a los agitados. Muchas veces no había metrazol, por lo tanto, no había con qué tranquilizarlos. Entonces les inyectaban un centímetro de trementina en el glúteo, que les producía absceso químico, no bacteriológico. Se hacían abscesos dolorosísimos pero sin bacterias, la trementina intramuscular o subcutánea era irritante y producía lisis de los tejidos y a base del dolor los aquietaban”. Ibid.

³ Ver: Ramos, Alejandro. El Hospital-Granja de Guadalajara: Trayectoria y vicisitudes de una esperanza. Universidad de Guadalajara, 2006. Entre otros se encontraban Wenceslao Orozco y Sevilla, Enrique Hernández Aguilera, Felipe Torres Plank, Olivio Gómez Pérez, Raúl López Almaraz, Ángel Urrutia Tazer, Enrique Estrada Faudón, Enrique García Ruíz.

que la industrialización requería.⁴ Teniendo como escenario en los cuarenta el arranque del significativo desarrollo económico y de industrialización del país, se planteó la necesidad de ampliar la infraestructura hospitalaria. En la década de 1950, período del surgimiento de la Granja-Hospital de Guadalajara, era un hecho, aceptado internacionalmente, que la economía mexicana había entrado ya en un proceso de cambio irreversible.⁵

El inicio del hospital campestre en México

La creación del Hospital-Granja de San Pedro del Monte en 1944, representó el inicio de una nueva era en materia asistencial para enfermos mentales en México. Si bien se trataba de dejar atrás el modelo manicomial, el surgimiento de los hospitales campestres en este período se encuentra vinculado con factores como la explosión demográfica, emigración del campo a la ciudad, la ausencia de una infraestructura hospitalaria, y la preocupación del Estado por lograr un orden y estabilidad en un período de avance de la industrialización en el país.⁶ La aparición del hospital campestre corresponde a lo que se ha estimado como la tercera etapa en la historia de los establecimientos para dementes en México.

La década de los cuarenta del siglo XX se caracteriza por ser el período en que se crean dos de los organismos más importantes en términos de servicios de asistencia pública y de seguridad social en México: la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) en octubre de 1944, cuyo secretario, el doctor Gustavo Baz, sería director del primer hospital campestre

en México y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en 1944.⁷ El surgimiento del IMSS está relacionado con el hecho de que a partir de los años cuarenta, la creciente industrialización y la política de protección al capital por parte del Estado propiciaron una racionalización de los servicios públicos de salud con fines de reproducción de la fuerza de trabajo.⁸

Desde luego, el hospital campestre también surgió por la urgencia de desahogar el Manicomio General "La Castañeda", el cual ya para este entonces, evidenciaba a más no poder sus limitaciones y difícil funcionamiento. De hecho, la versión más fuerte sobre el origen de los hospitales campestres en México, está relacionada con "La Castañeda", sus apremios y sus autoridades médicas.⁹ Una segunda versión señala que esta forma de tratamiento para enfermos mentales, está vinculada en su origen, como una idea traída a México en los años cuarenta por el doctor Gustavo Baz, titular de la Secretaría de Salud, quien tuvo la oportunidad de visitar en Europa la aldea de Ghel, en Bélgica, y observar el tratamiento de enfermos mentales mediante el cuidado de estos por parte de familias campesinas, y su intervención en labores agrícolas.¹⁰

⁴ Ver: Meyer, Lorenzo. "El primer tramo del camino", en *Historia general de México*. México: El Colegio de México/ Harla, 1988, t. II.

⁵ *Ibid.* p. 1278.

⁶ Esta clase de hospitales, por el tratamiento mediante actividades y labores agrícolas, se pensaba que era un proyecto acertado, pues además de que la mayoría de pacientes mentales tenían procedencia rural, durante la década de los cuarenta y cincuenta la población se encontraba en áreas rurales. La emergencia de la sociedad urbana sobre la rural aconteció en la década de los sesenta. Narro Robles, José. "La atención a la salud en la seguridad social", en *La seguridad social y el Estado moderno*. México: IMSS-Fondo de Cultura Económica- ISSSTE, 1992, p. 336.

⁷ La salud pública en México. 1959-1982. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1982.

⁸ López Acuña, Daniel. *La salud desigual en México*. México: Siglo XXI, 1980, p. 103.

⁹ Sacristán, Cristina. "Ser o no ser modernos. La salud mental en manos del Estado mexicano", 1861-1968. Brasil, Espaco Plural, número 22, 2010.

¹⁰ David Arias y Arias. Entrevista, 27 de mayo de 1993. Guadalajara, Jalisco. El tratamiento de enfermos mentales mediante el método de trabajo y cuidado familiar de Ghel, se considera entonces como el más antiguo de dicha modalidad, aunque su existencia y método apenas se popularizó durante el siglo XIX. Postel, Jactes y Quétel, Claude. *Historia de la psiquiatría*. México: Fondo de Cultura Económica, 1987, p. 208. Las colonias agrícolas como novedad asistencial en Europa adquirieron más tarde otras modalidades, como en Clermont, Francia, donde se fundó la primera de tipo privado, aunque no tenía el carácter familiar como en Ghel. Laín Entralgo, Pedro. *Historia universal de la medicina*. España: Salvat, 1974. t. VI, p. 234.

La Granja de Recuperación para Enfermos Mentales (GREM)

En el inicio de la década de los cincuenta, el motivo y justificación para la construcción de un hospital campestre en Guadalajara era lograr condiciones más humanas para los enfermos mentales alojados en los manicomios del Hospital Civil. De esta forma, en realidad, el interés de promover la creación de un Hospital-Granja local, derivaba de las condiciones negativas que guardaban los manicomios de hombres y mujeres dentro de este hospital. Si bien estos manicomios habían sufrido varias remodelaciones a través de su historia, la última de ellas en 1933, continuaban siendo establecimientos antiguos, atiborrados de dementes y con múltiples rezagos y perjuicios para los mismos. Además, los manicomios, o también conocido ya desde ese entonces como Departamento de Neuropsiquiatría, delataban notoriamente un rezago y desprestigio médico ante los avances y logros de otras especialidades y servicios del mismo hospital.

Con una población de alrededor de 200 enfermos mentales de ambos sexos, el Departamento de Neuropsiquiatría recibía la comida sobrante de la alimentación del hospital general para la alimentación de los dementes, es decir: “de lo que se les daba a los enfermos del hospital, lo que sobraba iba a dar a los manicomios”.¹¹ Un médico residente, un practicante y varios vigilantes manejaban todo el manicomio en todos sus aspectos y eventualidades. De acuerdo a Ángel Urrutia Tazer, Psiquiatra encargado¹² de los manicomios del Hospital Civil en los años 1952-1953, en ese entonces, veía la urgente necesidad de sacar a los enfermos de un ambiente de restricción. En algunas ocasiones, en las bartolinas que eran muy pequeñas, con una puerta de acero, se llegaron a encerrar hasta treinta enfermos en

una noche.¹³ Además del terrible hacinamiento en los manicomios, durante estos años, “había una especie de aversión de parte de los médicos por dedicarse a la psiquiatría o por atender enfermos mentales. Por muchos años, el enfermo mental siempre fue rechazado. Quien tomaba la carrera de psiquiatra, era como dedicarse a un apostolado.”¹⁴

Una vez que, el ya para entonces gobernador del Estado, Agustín Yáñez, autorizó la expropiación de terrenos para la construcción del hospital, fueron seleccionados los terrenos localizados junto al aeropuerto de Guadalajara, en el kilómetro 17 de la antigua carretera a Chapala junto al poblado llamado El Zapote del Valle.¹⁵ Se expropiaron 70 hectáreas de terreno aparentemente cultivable. A cambio de la expropiación de terrenos, entre los puntos importantes que se asentaron como prestación de servicios para la comunidad, destacaba la creación de un pozo profundo para extracción de agua, la instalación de un dispensario médico, y dar preferencia a los lugareños como empleados en el Hospital-Granja de Guadalajara.¹⁶ La Granja de Recuperación para Enfermos Mentales fue asentada sobre terrenos ejidales pertenecientes al Zapote del Valle, que colinda con terrenos de la ex hacienda de La Esperanza, la cual, al parecer, tomó su nombre en 1956 de Granja de Recuperación para Enfermos Mentales “La Esperanza”. Lo cierto es que así daba comienzo una nueva esperanza en el tratamiento de los dementes a nivel local.

La inauguración

El Hospital-Granja de Guadalajara fue inaugurado oficialmente el 15 de noviembre de 1956, por el entonces presidente de México,

¹³ Ibid.

¹⁴ Enrique Estrada Faldón. Entrevista, 5 de marzo de 1988, Guadalajara, Jalisco. (fotografía 10)

¹⁵ David Arias y Arias. Entrevista, 27 de mayo de 1993. Guadalajara Jalisco.

¹⁶ Informe de Gobierno de Agustín Yáñez, 1º de febrero de 1956. Archivo Histórico de Jalisco.

¹¹ Ángel Urrutia Tazer. Entrevista, 3 de julio de 1993, Guadalajara, Jalisco.

¹² Es oportuno aclarar que el director de manicomios era el doctor Wenceslao Orozco y delegaba la responsabilidad en el doctor Ángel Urrutia Tazer.

Adolfo Ruiz Cortínez¹⁷ Sin embargo, esta apertura fue solo una ceremonia simbólica, ya que aún no había pacientes alojados. Además, la edificación en su conjunto se encontraba sin concluir. Todo parece indicar que dicha inauguración se realizó por el hecho de ya estar en la agenda presidencial. De esta forma, la llamada Granja de Recuperación para Enfermos Mentales “La Esperanza”, comenzó a funcionar como tal el día 1º de febrero de 1958. Por cierto, este día no se llevó a cabo ningún evento o acto inaugural del hospital, y como se esperaba, los primeros enfermos mentales de la granja fueron 66 varones procedentes del manicomio del Hospital Civil de Guadalajara. Según testimonio del entonces subpresidente de psiquiatría en el Hospital-Granja de Guadalajara en 1958, el doctor Raúl López Almaraz, solo permanecieron en el viejo manicomio los enfermos que tenían problemas de orden legal-judicial. Mientras que otro buen número de pacientes fueron dados de alta del manicomio, con la indicación para los familiares de que en unos días deberían de llevarlos al Hospital-Granja.¹⁸ El primer día de funcionamiento del Hospital-Granja, el entonces gobernador de Jalisco, Agustín Yáñez, señalaba en su quinto informe de gobierno que se habían destinado 200,000 pesos para el sostenimiento de la granja para enfermos mentales.¹⁹

El Hospital-Granja de Guadalajara empezó a operar con un personal que estaba constituido por el director, el subdirector, un médico psiquiatra adscrito, un administrador, quince enfermeros vigilantes y cuatro cocineras. Posteriormente, fueron incorporados cuatro médicos residentes. Durante el inicio de la GREM, hubo quienes llegaron a considerar

que el nuevo edificio y sus espacios eran demasiado grandes para el número de internos alojados.

El proyecto de comunidad terapéutica agrícola

El primer director del Hospital-Granja de Guadalajara fue el doctor Wenceslao Orozco y Sevilla, mientras que el doctor Felipe Torres Plank fue el primer subdirector en 1958.²⁰ En su primer año de vida, la granja funcionó en realidad como un hospital cerrado, pues no se observaban actividades agrícolas.²¹ Desde su inauguración y durante varios meses: “no había nada que hacer con los pacientes, se les trataba a base de puro electrochoque”.²² Era de dominio de varios psiquiatras que el director en turno de la granja, pretendía que fuera un hospital psiquiátrico moderno, pero con la característica de un hospital cerrado: “La Granja de Guadalajara inició siendo dirigida por una persona que no simpatizaba con la forma de funcionamiento de la Granja de San Pedro del Monte”.²³

No obstante que la estrategia estaba cifrada en el desarrollo del sistema de comunidad terapéutica agrícola, durante los meses iniciales el tratamiento consistía en los recursos trasladados del viejo manicomio del Hospital Civil, los cuales comprendían básicamente el electrochoque y medicamentos como el stelazine. La adquisición del electrochoque como nueva tecnología en Guadalajara aconteció durante el inicio de los cuarenta dentro del viejo manicomio, así como en algunos hospitales privados.

En junio de 1959 se efectuó el cambio de director. Para algunos, el doctor Wenceslao Orozco había cumplido su capricho de

¹⁷ El Occidental. Viernes 16 de noviembre de 1956. Hemeroteca, Biblioteca Pública del Estado, Universidad de Guadalajara.

¹⁸ Raúl López Almaraz. Entrevista, 17 de junio de 1988. Guadalajara Jalisco.

¹⁹ El Informador. Sábado 02 de febrero de 1958. Hemeroteca El Informador, www.informador.mx

²⁰ Felipe Torres Plank. Entrevista, 20 de mayo de 1993. Guadalajara Jalisco.

²¹ Raúl López Almaraz. Entrevista, 17 de junio de 1988. Guadalajara Jalisco.

²² Felipe Torres Plank. Entrevista, 20 de mayo de 1993. Guadalajara Jalisco.

²³ David Arias y Arias. Entrevista, 27 de mayo de 1993. Guadalajara Jalisco.

estrenar la dirección del flamante nuevo establecimiento, pero estaba previsto que no se ajustaría a las exigencias requeridas. Se designó a David Arias y Arias, un psiquiatra cuyo servicio social lo había realizado en la Granja de San Pedro del Monte. El doctor David Arias fue director del Hospital-Granja de Guadalajara en los períodos 1959-1965 y 1969-1975. La intención de esta nueva dirección, era básicamente tratar de establecer el modelo de hospital campestre y agrícola, siguiendo el ejemplo de Guanajuato. En un lapso de aproximadamente un año, fueron adquiridos dos tractores, se construyeron una porqueriza, un gallinero y conejeras. En 1961 se obtuvo la primera cosecha de maíz. Después se adquirieron 30 vaquillas y se construyó un establo en la parte posterior del hospital. De acuerdo al doctor David Arias, hacia finales de 1962, la granja era autosuficiente en cuanto a la producción y consumo de leche y carne. Se sembró alfalfa, trébol y zacate llamado “mesquerón” para alimentar el ganado.²⁴ Llegaron a existir aproximadamente 80 cabezas de ganado y la ordeña llegó a producir hasta alrededor de mil litros diarios de leche.²⁵

En relación con las actividades, los pacientes fueron organizados en grupos de 15 a 20 para realizar labores de campo, a excepción de los muy violentos, inválidos e impedidos por condiciones físicas y mentales. Fueron formados cinco grupos de pacientes. Se asignaba un enfermero como vigilante y encargado a cada uno de los grupos. Se le llamaba grupo piloto al grupo de pacientes más conservados, es decir, aquellos que guardaban una condición mental propicia para desempeñar labores. A los restantes se les asignaban tareas de acuerdo con las aptitudes del grupo, hasta que se llegaba a un grupo de pacientes que se les llamaba “inactivos”, quienes se dedicaban a mover ladrillos de un

lado a otro. La actividad con ladrillos, sería descrita de la siguiente forma por el entonces director de la GREM, el doctor David Arias: “Teníamos un montón de ladrillos que eran los ladrillos viajeros del hospital; ese día estaban aquí, salía el grupo y se los llevaba para allá, uno por uno, al paso que ellos querían y podían hasta que los pasaban”.²⁶

Se realizaban dos siembras al año. Mientras que en tiempo de aguas se sembraba maíz, sorgo y trigo, en la temporada de riego, se sembraba avena y garbanzo.²⁷ Mientras los pacientes permanecían en el campo, el jefe de enfermeros realizaba recorridos para anotar a los que se tornaban agitados o violentos. Una vez terminada la jornada, o si era necesario antes, se pasaba a estos pacientes a la aplicación de electrochoques para calmarlos.²⁸

En ese entonces, se consideraba que la ociosidad es perniciosa para el enfermo mental. Sobre todo en los pacientes crónicos, el trabajo es lo que proporciona un sostén de orden humano: “la idea de fondo es que los órganos, incluido el cerebro, que no tienen actividad se atrofian”.²⁹ Desde este punto de vista, lo importante era poner en movimiento a la mayoría de pacientes con actividades, incluso que se podrían antojar absurdas, como la de los “ladrillos viajeros”.

Por otro lado, las pacientes mujeres ingresaron a la granja hacia 1962. Fueron trasladadas aproximadamente 98 enfermas del manicomio del Hospital Civil. Mientras tanto, una veintena de niños, procedentes del mismo lugar, llegaron a la granja un año después del arribo de las mujeres.

²⁴ David Arias y Arias. Entrevista, 27 de mayo de 1993. Guadalajara Jalisco.

²⁷ Brígido Torres S. Entrevista, 27 de mayo de 1993. Tlajomulco de Zúñiga Jalisco. Encargado del departamento agropecuario, con más de 18 años de antigüedad en el Hospital Psiquiátrico de Jalisco.

²⁸ Maximino Escamilla Moreno. Entrevista, 14 de mayo de 1992. Tlajomulco de Zúñiga Jalisco. Jefe de mantenimiento y empleado del Hospital Psiquiátrico de Jalisco desde, 1958.

²⁹ David Arias y Arias. Entrevista, 27 de mayo de 1993. Guadalajara Jalisco.

²⁴ Ibid.

²⁵ Andrés Navarro Bernardo. Encargado de hortaliza del Hospital-Granja. Entrevista, 15 de agosto de 1993. Tlajomulco de Zúñiga Jalisco.

El sistema implantado durante este período exigía que el personal viviera en la granja. Para esto existían entrelazadas razones prácticas, pero también una concepción en la implantación del sistema Hospital-Granja “era crearle a la gente la idea de que éramos una familia, una familia muy grande. El hecho de tener personal a la mano, que convivieran con los enfermos la mayor parte del tiempo, eso como que reforzaba la idea aquella de ser una familia”.³⁰

Los inicios de la Granja-Hospital de Guadalajara coincidían con la llegada de nuevos psicofármacos. En opinión de algunos psiquiatras de aquella época, las fenotiazinas constituyeron lo que cambió radicalmente en este tiempo el concepto de hospital psiquiátrico. La utilización de la trifluoperacina y la cloropromacina dejaron impresionados a los propios psiquiatras, ya que empezaron a observar cómo disminuían la frecuencia de recaídas y los reingresos.³¹ La cloropromacina empezó a facilitar de forma extraordinaria el manejo de los enfermos, porque en realidad los calmaba, acortaba las agitaciones de los enfermos recién ingresados.³² Fue tal el impacto inicial de estos nuevos fármacos, que algunos psiquiatras llegaron a pensar que se prescindiría del psiquiatra en el tratamiento de la enfermedad mental. Sin embargo, los resultados a mediano y largo plazo corroboraron los límites de dichos medicamentos.

El medicamento llamado stelazine fue administrado por muchos años a varios de los pacientes inauguradores del Hospital-Granja. La prescripción de stelazine y de electrochoques saturaba hojas enteras de los expedientes clínicos de los primeros pacientes de la Granja-Hospital. Durante el transcurso del año 1965, la

granja tenía aproximadamente 240 pacientes: 120 hombres, 90 mujeres, y 40 niños.

Retroceso de proyecto Hospital-Granja

La historia del Hospital-Granja de Guadalajara, muestra que experimentó un proceso y tiempo particular en su desvanecimiento y agonía como establecimiento campestre.

En los dos siguientes períodos administrativos del hospital, de alguna forma se intentó preservar los logros alcanzados años atrás, que le otorgaban una fisonomía y funcionamiento de hospital campestre. Como ya antes fue señalado, el Hospital-Granja de Guadalajara, surgió en los cincuenta de un proyecto del gobierno federal. En su momento, resultaba un tanto sorprendente debido a la significativa inversión económica para la atención de la enfermedad mental. Sin embargo, el apoyo financiero de los gobiernos locales, fue otorgándole gradualmente el lugar que históricamente se había concedido a la enfermedad mental dentro del concierto de la salud pública. Es decir, ante el crecimiento, desarrollo y necesidades asistenciales de la ciudad de Guadalajara, los recursos económicos para el hospital se fueron reduciendo y entraron en competencia con orfanatos, asilos, establecimientos para menores infractores y diversos tipos de campañas vinculados a la asistencia social y salud pública. El gasto destinado para sostener los aspectos agrícola y ganadero se empezó a cuestionar puesto que no resultaba provechoso social, política o terapéuticamente.

Las restricciones y lentitud en los recursos económicos fueron modificando paulatinamente diversos aspectos del sistema implantado en los primeros años de los sesenta. La exigencia acerca de que el director debía vivir en la granja fue suprimida para los comienzos de la década de los setenta. Para este entonces, existían de forma evidente, intereses de otra índole por parte de las autoridades del Instituto Jalisciense de

³⁰ David Arias y Arias. Entrevista, 27 de mayo de 1993. Guadalajara Jalisco

³¹ Raúl López Almaraz. Entrevista, 17 de junio de 1988. Guadalajara Jalisco.

³² Enrique Estrada Faudón. Entrevista, 5 de marzo de 1988. Guadalajara Jalisco.

Asistencia Social (IJAS),³³ órgano del gobierno estatal de quien dependía directamente el manejo político y financiero de la granja.

Dentro de este período, con la finalidad de conseguir recursos económicos para hacer subsistir el sistema de granja agrícola, el hospital logró la subrogación de enfermos mentales del Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS). Se acondicionó un pabellón que inicialmente estaba destinado para niños. El IMSS envió primeramente a la granja a enfermos mentales crónicos, pero un poco después envió incluso enfermos terminales (cáncer, tuberculosis, etcétera). “Dicha subrogación tuvo buenos resultados para la granja, ya que dejaba hasta 40% de utilidad, que se trataba de canalizar al área asistencial. Pero luego, estas utilidades fueron destinadas por autoridades superiores para asuntos alejados de la granja”,³⁴

Llegó el momento en que el consenso de las autoridades políticas que tenían intervención en el Hospital-Granja, decidieron de forma tajante que terminara su aspecto agrícola, es decir, que finalizara como granja. A nivel político, se cuestionaba y regateaba continuar apoyando un proyecto cuyos resultados no eran satisfactorios desde el punto de vista económico. También se pensó que los manejos agrícolas y ganaderos del hospital tenían el inconveniente de que se prestaban fácilmente para el lucro particular y la realización del “robo hormiga” por parte de autoridades y personal de la granja. Entre otros inconvenientes, se señalaba que el rendimiento laboral de los internos era muy bajo, y se criticaba que el sistema agrícola propiciaba el extravío, accidentes y fugas frecuentes de los que salían a trabajar. Por cierto, ante accidentes o crisis graves de los internos, la Granja-Hospital solo otorgaba servicios de primeros auxilios.

Para rematar toda la serie de inconvenientes en contra del sistema Hospital-Granja, para entonces circulaban fuertemente las noticias del colapso de hospitales campestres en otros

sitios del país. Lo cierto fue que ya para 1974, las máximas autoridades de salubridad en México aceptaban que los hospitales campestres habían resultado un gran fracaso en sus objetivos y reconocían que todos debían transformarse lo antes posible en hospitales psiquiátricos modernos y funcionales.³⁵ A partir de aquí, el Hospital-Granja de Guadalajara quedó todavía más a la deriva, prácticamente sentenciado y en espera aletargada de su modernización.

En lo que respecta a la profesionalización de la psiquiatría local, la especialidad de psiquiatría con reconocimiento académico oficial, ya se encontraba instaurada en los inicios de los setenta y hacia el final de dicha década surgieron las primeras generaciones de esta profesión. Esto quiere decir, que el avance de la psiquiatría coincide con la propuesta de modernización del Hospital-Granja. Sin lugar a dudas, el Hospital-Granja constituye entonces un importante campo de formación y enseñanza, pero poco atractivo de acuerdo al arquetipo y perfil idóneo del psiquiatra que se proyectaba en este entonces.

Al comenzar la década de los ochenta, las salidas de los pacientes a las actividades del campo se suspendieron por completo. Durante estos días, el director en turno proporcionaba una respuesta categórica y más que elocuente cuando el encargado de labores agrícolas se permitía sugerir acerca de la conveniencia de que los pacientes salieran a trabajar: “Nosotros sabemos nuestro cuento. Los enfermos no están aquí para trabajar sino para rehabilitarse”.³⁶ La respuesta señalaba que había llegado el tiempo de un cambio de modelo, una nueva

³³ David Arias y Arias. Entrevista, 27 de mayo de 1993. Guadalajara Jalisco.

³⁴ Ibid.

³⁵ Sánchez, Héctor. La lucha en México contra las enfermedades mentales. México: Fondo de Cultura Económica, 1974, p. 128. Entre los puntos más relevantes que la psiquiatría estableció en este tiempo para modernizar las instituciones psiquiátricas se encontraban: “Transformación total de los hospitales psiquiátricos, creación del concepto de ambiente terapéutico, intensificación de los nuevos tratamientos farmacológicos, incremento del número de camas psiquiátricas en hospitales generales, organización de centros comunitarios de salud mental, fomento del establecimiento de talleres protegidos...”. Ibid.

³⁶ Brígido Torres S. Entrevista, 27 de mayo de 1993. Tlajomulco de Zúñiga Jalisco.

forma de concebir e intentar el tratamiento para los enfermos mentales. La respuesta marca el momento preciso de un cambio de mentalidad de los curadores del hospital.

El tratamiento en forma individualizada a través de una atención interdisciplinaria fue la nueva estrategia para rehabilitar a los internos. La atención individualizada por medio de lo que se le conoce como tratamiento “integral” presupone la atención del interno por parte de equipos de profesionistas y técnicos, e incluye a todo el personal que tiene trato directo con los pacientes.

En el nuevo modelo, la concepción de tratamiento interdisciplinario es responsabilidad de psiquiatras, psicólogos, médicos generales, trabajadores sociales, enfermeras y técnicos en rehabilitación. Dentro de dicha estrategia, el trabajo no está descartado pero tiene carácter de complementariedad y su desarrollo solo es dentro de espacios a los que se les denomina “talleres protegidos”. El estilo de atención en cubículos no concibe la presencia de pacientes llenos de tierra y sudor. Además, si el paciente sale al campo a trabajar ya no queda tiempo para atenderlo. En otras palabras, tal como lo describiera el encargado de las actividades agrícolas del Hospital-Granja: “ya no fueron al campo para que los psicólogos psicologiaran (sic) a los pacientes”.³⁷

El Hospital psiquiátrico de Jalisco

La cancelación de la laborterapia, seguida de la incorporación de un equipo de psicólogos, la construcción de un nuevo pabellón infantil en 1986, el incremento del personal de enfermería y el cambio de nomenclatura intrahospitalaria, fueron solo algunos de los signos que hablaban de la aceleración en la pérdida del proyecto original, y de la intención de modernizar el hospital. Durante esta época (1986), la Granja de Recuperación para Enfermos Mentales cambió su nombre por el de Hospital

Psiquiátrico de Jalisco. Fue indudable que el nuevo pabellón infantil de 1986 le otorgó al hospital un contrastante aire de modernidad; con sus dormitorios tipo cabaña de una sola planta, jardines, un amplio patio principal, su propia cocina y comedor, salones, cubículos y una cámara de Gesel para la atención y estudio de los pequeños. A tres décadas de su fundación (1956–1986), el nuevo pabellón infantil apareció como un órgano moderno en un cuerpo avejentado.³⁸

De esta forma, desde la década de los ochenta, el hospital presentaba una constitución híbrida, es decir, dos modelos diferentes pero que coexistían y convivían sin aparente contrariedad. Como consecuencia de las estrategias del nuevo modelo de atención, en el final de los ochenta, el número del personal del hospital fue incrementado de manera notable hasta llegar al equivalente del número de pacientes existentes, esto es, aproximadamente 300 elementos. El cuadro burocrático-administrativo también se vio reforzado. Su organigrama sufrió modificaciones con la finalidad de plasmar el perfil de un hospital moderno. Desde luego, también se dio una refuncionalización y resimbolización de algunos espacios.

El título de Hospital Psiquiátrico de Jalisco pretendió significar otra imagen hospitalaria, intentó demarcar otra nueva era en la existencia del hospital, dejar de golpe su historia como hospital campestre. Al parecer, el Hospital-Granja de Guadalajara sobrevivió con su sistema agrícola y de laborterapia, quizá tan solo unos años más que el resto de sus congéneres en México. Si bien algunos hospitales campestres tuvieron crisis desde su inicio, puede considerarse que en el final de la

³⁷ Ibid.

³⁸ Un hecho significativo en torno a la regimentación de los hospitales psiquiátricos en México, acontecería también en los ochenta (1987) con la aparición de las Normas Técnicas para la Prestación de Servicios de Salud Mental. Documento perteneciente a la Ley General de Salud y elaborado por la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud. Este documento sería el primero de su especie en la historia de los establecimientos psiquiátricos en México.

década de los setenta, el hospital campestre en México ya se había colapsado en cuanto a sus metas y objetivos originales. Lo cierto fue que no lograron desarrollarse ni mantenerse como sistemas agropecuarios que lograrían la recuperación de los enfermos mentales.

De acuerdo con los hechos, demasiado pronto los hospitales campestres se convirtieron en depósitos de enfermos mentales de toda índole, en “locotecas” en vivo para el aprendizaje de las enfermedades mentales. De manera por demás significativa, fue la crisis del primer hospital campestre de México, es decir, San Pedro del Monte Guanajuato, acontecida hacia 1962, la que marcó el declive.

Desde el punto de vista de las políticas de salud pública, puede considerarse que el hospital campestre cumplió sus objetivos para una época determinada. Independientemente del éxito o fracaso terapéutico, se tuvo un conjunto de establecimientos para dar solución al grado de demanda social requerida. Habrá que reconocer que, al menos, se propuso mejorar las condiciones humanas del enfermo mental. De paso, los hospitales campestres sirvieron como campo de formación para dar continuidad y desarrollo a la profesionalización de la psiquiatría.

El término transformación resultaba una palabra clave para comprender lo que el Estado estaba entonces proyectando. El Estado, nunca antes había hecho un gran gasto económico en los hospitales campestres. Por lo tanto, su demolición, o bien, la construcción de nuevos hospitales, no representaban una alternativa conveniente. Esto es, desde aquí se concebía que los edificios de los hospitales campestres sirvieran de cascarón para los nuevos hospitales psiquiátricos, cuestión que así acontecería. En este sentido, el discurso de modernidad de la institución psiquiátrica pública, estuvo sustentado en las edificaciones físicas y en menor grado en cambios sustanciales en los modelos de tratamiento.

Durante los noventa, se efectuó la remodelación física más intensa en la historia de la GREM pero ya entonces llamado Hospital Psiquiátrico de Jalisco.³⁹ La magnitud de los cambios, edificaciones y mejoras vinieron a rematar todo un período de transformación hospitalaria para tratar de convertirlo en un establecimiento moderno. Para entonces, el hospital llevaba dos décadas de cambios a consecuencia de los cuales se desvanecerían todavía más sus últimos rasgos de Hospital-Granja.

³⁹ Ver: Ramos, Alejandro. Etnografía de un hospital psiquiátrico: Programa, prácticas y manejos hospitalarios. Universidad de Guadalajara, 2013.

Bibliografía

- CALDERÓN NARVÁEZ, GUILLERMO.** Salud mental comunitaria. México: Trillas, 1981.
- HISTORIA GENERAL DE MÉXICO.** México: El Colegio de México/ Harla, 1988, t. II.
- LA SALUD PÚBLICA EN MÉXICO.** 1959-1982. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1982.
- LA SEGURIDAD SOCIAL Y EL ESTADO MODERNO.** México: IMSS-Fondo de Cultura Económica- ISSSTE, 1992.
- LAÍN ENTRALGO, PEDRO.** Historia universal de la medicina. España: Salvat, 1974.
- LÓPEZ ACUÑA, DANIEL.** La salud desigual en México. México: Siglo XXI, 1980.
- MARCOS, SILVIA ET AL.** Alternativas a la psiquiatría. México: Nueva Sociología, 1982.
- MARTÍN, CLAUDIO.** El fin del manicomio. México: Nueva Sociología, 1983.
- POSTEL, JACTES Y QUETEL, CLAUDE.** Historia de la psiquiatría. México: Fondo de Cultura Económica, 1987.
- RAMOS ALEJANDRO.** Etnografía de un hospital psiquiátrico: Programa, prácticas y manejos hospitalarios. Universidad de Guadalajara, 2013.
- RAMOS ESCOBEDO, ALEJANDRO.** El Hospital-Granja de Guadalajara: Trayectoria y vicisitudes de una esperanza. Universidad de Guadalajara, 2006.
- RAMOS ESCOBEDO, ALEJANDRO ET AL.** Carlos Ramírez Esparza: testimonio sobre la medicina en Guadalajara en los años 40. Universidad de Guadalajara, 2015.
- SÁNCHEZ, HÉCTOR.** La lucha en México contra las enfermedades mentales. México: Fondo de Cultura Económica, 1974.

El Hospital Psiquiátrico de Jalisco y la psiquiatría institucional

Dr. Víctor Hugo Ramírez Siordia

En México las acciones y recursos más visibles en nuestro Sistema de Salud para la Atención de las Personas con Trastorno Mental continúa siendo el hospital psiquiátrico. Durante los últimos años, los métodos y objetivos del hospital psiquiátrico experimentaron una serie de cambios importantes gracias a la aparición de los psicofármacos y al énfasis en el componente psicosocial en las políticas de atención a la salud mental.

En la actualidad, resulta un tanto estéril el debate en torno al cierre del hospital psiquiátrico, tal vez sería mejor centrar este debate en cuáles son las mejores alternativas y cómo desarrollar los cuidados adecuados que otorguen continuidad a la atención hospitalaria. No es una tarea sencilla transformar el modelo actual de servicios de salud mental, que tiene como base el hospital psiquiátrico, por otro enfocado a la rehabilitación y la atención comunitaria.

La situación en la que se encuentra actualmente la atención a los problemas de salud mental no es distinta a la del resto del sector; destaca que aun cuando se encuentra legalmente establecido su carácter de servicio básico, en la práctica resulta insuficientemente considerada y constituye, quizá, el área de mayor rezago del sistema de salud en nuestro país.

Cuando en 1941 la Secretaría de Salubridad y Asistencia compró la antigua Hacienda de San Pedro del Monte en el estado de Guanajuato, para edificar la primera Granja de Recuperación para Enfermos Mentales, los psiquiatras mexicanos se preocupaban ya por el agotamiento del manicomio como modelo de atención psiquiátrica. Entre sus propuestas para hacer más eficiente la atención surgió el establecimiento de este tipo de actividades agrícolas basadas en la terapia ocupacional.¹

La historia del Hospital Psiquiátrico de Jalisco tiene cierto parecido. Saturado y agotado, el servicio de atención psiquiátrica que ofrecía el manicomio del Hospital Civil de Guadalajara, que funcionaba desde finales del siglo XVIII,² generó, en 1956, el segundo hospital campestre en la República Mexicana conocido como Granja La Esperanza, en los terrenos del ejido de El Zapote, nombre con el cual también se conoce a

esta noble institución psiquiátrica, próxima a cumplir sesenta años de funcionamiento.

El objetivo de esta comunicación es describir algunas características del proyecto original de explotaciones agrícolas como parte de la atención psiquiátrica, así como el funcionamiento del antiguo Hospital Psiquiátrico de Jalisco durante la última década, y su lugar en el devenir histórico de la psiquiatría institucional en México como sobreviviente de un modelo de atención que, de 1945 a 1968, llegó a ser una política de salud mental en nuestro país.

La gestión y realidad de un proyecto

Durante sus primeros años de operación, San Pedro del Monte disfrutó de prosperidad y autosuficiencia. La productividad alcanzada por los enfermos representó tal ahorro, que el director de San Pedro del Monte recomendó a las futuras granjas tomar esto en cuenta para reducir los costos de operación.¹ El modelo de atención ofrecido por los hospitales granja recibió tal apoyo de las autoridades sanitarias en México que, tras la construcción de San Pedro del Monte, en menos de una década fueron inaugurados 12 hospitales campestres. Entre ellos la Granja de Recuperación para Enfermos Mentales de Guadalajara, en 1956.²

La imperiosa necesidad de desahogar el Manicomio General de la Ciudad de México, dio origen

a la gestión y el desarrollo de un proyecto como la fundación de la Granja de San Pedro del Monte,¹ algo similar sucedió en el estado de Jalisco. A principios de la década de 1950 el motivo y justificación para edificar un hospital psiquiátrico campestre en la capital del estado era dignificar el trato y la atención de los pacientes alojados en las atiborradas instalaciones del manicomio del Hospital Civil de Guadalajara.⁴

Para construir el segundo hospital-granja en la historia de la psiquiatría institucional en México, se siguió el mismo patrón. El gobierno del estado de Jalisco expropió 70 hectáreas de tierras ejidales, en el kilómetro 17.5 de la antigua carretera a Chapala, en las inmediaciones del poblado de El Zapote del Valle. Así, el segundo hospital-granja para enfermos mentales, conocido en sus inicios como Granja La Esperanza, por colindar con los terrenos de una ex hacienda con el mismo nombre, fue inaugurado el 15 de noviembre de 1956.⁴

La Granja de Recuperación para Enfermos Mentales entró en funciones hasta febrero de 1958. Como San Pedro del Monte recibió sus primeros pacientes del Manicomio de La Castañeda, el Hospital Granja de Guadalajara, a su vez, recibió los primeros enfermos mentales del manicomio del Hospital Civil de Guadalajara. Su primer año de operaciones pasó sin pena ni gloria, al parecer,

debido a que la dirigía alguien que no simpatizaba con el modelo de la Granja de San Pedro del Monte.⁴

En 1959, el Dr. David Arias y Arias, médico psiquiatra que conocía de primera mano el modelo, ya que había realizado su servicio social en San Pedro del Monte, fue designado director del Hospital-Granja de Guadalajara.⁴ Con el cambio se buscó poner en práctica el modelo de hospital-granja y los recursos terapéuticos disponibles en aquel entonces, tales como neurolépticos y terapia electroconvulsiva, de igual manera se sumaba el recurso de explotaciones agrícolas basadas en la terapia ocupacional.¹

Como San Pedro del Monte en sus inicios, el Hospital-Granja de Guadalajara también llegó a ser un modelo exitoso, al menos en lo que concierne a las labores agrícolas. Menos de una década después de su inauguración, las autoridades responsables fueron perdiendo el interés y el compromiso con las personas con enfermedad mental, y los recursos para el Hospital-Granja fueron disminuyendo paulatinamente, hasta que decidieron concluir con el proyecto de comunidad agrícola. Para finales de la década de los setenta, de acuerdo con las autoridades sanitarias en México, los hospitales campestres habían resultado un fracaso y urgía transformar y modernizar estas instituciones psiquiátricas.²

El Hospital Psiquiátrico de Jalisco

Durante los ochenta la Granja de Recuperación para Enfermos Mentales pasó a ser el Hospital Psiquiátrico de Jalisco. Para ese entonces, las actividades agrícolas se habían suspendido por completo.⁴ Hoy en día, el modelo de explotaciones agrícolas¹ que culminó con la creación de los hospitales campestres, desapareció por completo. Actualmente, estas instituciones de salud mental se consideran hospitales psiquiátricos con “deterioro”,³ pues carecen de una adecuada infraestructura y equipamiento; además de que sus recursos humanos, materiales y financieros son insuficientes, sus instalaciones requieren de una amplia remodelación y fortalecimiento, de ahí su papel asilar y de custodia.

En esta fase de transición, y una vez dejado atrás el modelo de hospital-granja, de acuerdo con las expectativas de las nuevas autoridades sanitarias, el objetivo era transformar lo más rápido posible la institución en un hospital psiquiátrico moderno y funcional.⁴

Con una capacidad instalada de más de 350 camas, el Hospital Psiquiátrico de Jalisco incrementó sus recursos humanos con una mayor cantidad de psiquiatras, psicólogos, trabajadoras sociales y personal de enfermería. Así, la atención psiquiátrica dio un giro hacia la atención interdisciplinaria; además, inició su labor como

unidad sede para la formación de recursos humanos para la salud.

El inicio de la década de los noventa atestigua una fase importante de remodelación y equipamiento del hospital.⁴ Los trabajos de remodelación incluyeron, entre diversas obras de infraestructura y mantenimiento, laboratorio de análisis clínico, servicio de rayos X y la creación de un área para talleres protegidos. La psiquiatría institucional en México propuso la transformación de los hospitales campestres y la inclusión de los talleres protegidos como una estrategia adecuada al nuevo modelo de atención interdisciplinario.⁴ Como una paradoja del destino “los talleres”, en su alusión a lo “industrial”, sustituyeron a las labores del campo como parte del proceso de atención en el “nuevo” Hospital Psiquiátrico de Jalisco.

En el transcurso del año 1997, en el auditorio del Hospital Psiquiátrico de Jalisco se llevó a cabo una importante ceremonia; el Secretario de Salud en turno hizo entrega a cada uno de los trabajadores del hospital su nombramiento como trabajador de la salud en el Estado y como miembro activo de la burocracia sanitaria en México. Para finales de los noventa, las autoridades del Estado decretaron la creación del Instituto Jalisciense de Salud Mental.⁵ A partir de la creación del instituto, el Hospital Psiquiátrico de Jalisco cambió su nombre por el de Centro de Atención Integral en Salud Mental (CAISAME) de estancia prolongada.

El CAISAME Estancia Prolongada

Actualmente el CAISAME Estancia Prolongada es una institución especializada que brinda servicios de atención integral médico psiquiátrica. Con una capacidad instalada de 313 camas, a través de las intervenciones y los programas desarrollados por equipos interdisciplinarios de profesionales en salud mental, su foco de atención son las necesidades y cuidados relativos de las personas con enfermedad mental grave de larga duración. Trastornos mentales que por su gravedad, su tendencia a la larga evolución y por ser origen de gran número de discapacidades, se encuentran entre las principales causas de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad.

Las acciones para el tratamiento y la rehabilitación de las personas con enfermedad mental grave, en el marco de la psiquiatría pública e institucional en CAISAME Estancia Prolongada, durante los últimos veinte años, han seguido un curso en donde alternan ciclos de impulso con otros de relativo estancamiento. En cuestión de recursos y servicios especializados, el patrón característico es, por una parte, una expansión relativa, y por la otra, reducción de los recursos para cumplir la misión institucional de brindar servicios de atención integral médico psiquiátrica⁶ con calidad y seguridad.

Actualmente, las acciones y recursos más visibles para el

tratamiento y la rehabilitación de las personas con enfermedad mental continúa siendo el hospital psiquiátrico público.⁷ Uno de los avances más importantes que ha tenido la psiquiatría en los últimos cincuenta años han sido los psicofármacos. Con el transcurso del tiempo, las drogas mostraron sus virtudes y también sus limitaciones. Por ello, el uso únicamente de medicamentos para la atención de las personas con trastorno mental resulta insuficiente, y el énfasis en el componente psicosocial de la salud mental, para el manejo integral de la enfermedad mental, resulta impostergable.

Para llevar a cabo su Misión institucional el CAISAME Estancia Prolongada cuenta con servicios de consulta externa, hospitalización y dos unidades de rehabilitación: la Unidad de Rehabilitación Integral (URI), anteriormente talleres protegidos, y la Unidad Intermedia de Rehabilitación (UNIRE). Este segundo dispositivo sigue el Modelo Hidalgo⁸ modificado; cuenta con cinco villas y 48 espacios disponibles para hombres y mujeres adultos que cumplen un programa individualizado de rehabilitación durante un promedio de tres meses.

Al respecto, el Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental intenta mejorar los servicios de salud mental en México y es parte del proceso de reforma a la atención psiquiátrica en nuestro país. Puesto en marcha en el año 2000, su objetivo es eliminar el

modelo psiquiátrico asilar con distintas alternativas de prevención, hospitalización y reintegración social.⁸ Desde el punto de vista de políticas públicas de salud mental, de los dispositivos y servicios que ofrece, el impacto del Modelo Hidalgo en la psiquiatría mexicana ha sido mínimo.

Por su capacidad instalada, el CAISAME Estancia Prolongada representa el más importante dispositivo de la psiquiatría pública e institucional para la atención de los problemas de salud mental de la población jalisciense que no cuenta con seguridad social, sino con Seguro Popular. También ofrece servicios a la población de la región occidente del país. De acuerdo a los informes de estadísticas 2015, el CAISAME Estancia Prolongada otorgó 33,976 consultas de especialidad y 765 ingresos hospitalarios. Ocho de cada diez consultas se otorgaron a beneficiarios del Seguro Popular. En torno a las actividades curativas, la evaluación del expediente clínico donde se plasma el proceso de atención integral médico psiquiátrica⁹ muestra evidencia documental del proceso, sin embargo, el cumplimiento de los estándares de calidad es del 25%. No existe evidencia del uso de escalas de calificación, de entrevistas diagnósticas, de pruebas psicológicas o de auxiliares para el diagnóstico y el tratamiento; es decir, la calidad y la seguridad del proceso de atención son la excepción más que la regla.

Tras la aparición de los psicofármacos y el énfasis posterior en el componente psicosocial de las políticas en salud mental, la práctica de la rehabilitación modificó la percepción de la enfermedad mental. El objetivo de la rehabilitación en psiquiatría es ayudar, mediante las intervenciones psicosociales, a las personas con discapacidad a desarrollar y establecer las habilidades emocionales, sociales e intelectuales necesarias para llevar a cabo una vida normalizada, así como a aprender y trabajar en la comunidad con el mínimo apoyo profesional.

Durante el curso y desarrollo de la psiquiatría, el objetivo predominante de la rehabilitación psiquiátrica fue reubicar a los pacientes de las grandes instituciones custodiales en la comunidad. A pesar del incuestionable avance, existe solo una ligera evidencia de la efectividad de la rehabilitación, y se sabe poco acerca de qué modelo de rehabilitación es el mejor para conseguir los efectos deseados, o sobre los pacientes que alcanzan mayor recuperación. No obstante, en la actualidad, todos los pacientes que han padecido una enfermedad mental grave y de larga duración necesitan procesos de rehabilitación.

En el CAISAME Estancia Prolongada las principales estrategias rehabilitadoras consisten en una serie de actividades orientadas a la adquisición de habilidades en las áreas de competencias en el

hogar, laborales, ocupacionales, de autocuidado y en las relaciones sociales y familiares. Así, en 2015, la Unidad de Rehabilitación Integral (URI), antes talleres protegidos, ofreció 506 actividades de terapia de la vida cotidiana, 1,251 de terapia ocupacional y 1,632 terapias alternativas. Actividades de rehabilitación para un total de 312 usuarios, 187 (60%) de estancias prolongadas y 125 de estancias temporales.

Sin embargo, tales actividades por desarrollarse al interior del hospital, en un ambiente protegido y no adherente a la realidad externa, así como por desarrollarse de manera automórfica (artificial) respecto al entorno real y cotidiano, corren el riesgo de extinguirse, o de pérdida de logros, por no integrar la capacidad (re) adquirida a la vida social en la comunidad. Por su parte, la Unidad Intermedia de Rehabilitación (UNIRE) ofreció 320 sesiones grupales de psicoeducación, 895 sesiones de psicoterapia individual y 38 sesiones de psicoterapia grupal.

Uno de los aspectos de mayor complejidad que enfrentan el personal y los servicios del CAISAME Estancia Prolongada son las personas con discapacidad mental severa en situación de desprotección familiar y social, quienes aún se encuentran hospitalizados cuando su situación y necesidades requieren de estancias residenciales en donde se les proporcionen los cuidados apropiados a sus condiciones clínicas.

En los últimos cincuenta años, la hospitalización psiquiátrica en el país disminuyó a menos de la tercera parte, al pasar de 7,000 pacientes en 1950 a 1,988 usuarios en el año 2000.¹⁰ El CAISAME Estancia Prolongada, uno de los 12 hospitales campestres que aún funcionan en el Sistema Nacional de Salud, cuenta con una población de 200 pacientes institucionalizados de larga estancia hospitalaria.

De acuerdo con un censo realizado a esta población en 2010,¹¹ el 65% son hombres; la edad promedio de la población fue de 51 años, con una media de estancia hospitalaria de 28 años el 53% no cuenta con familia. Los diagnósticos clínicos más frecuentes fueron el retraso mental, las esquizofrenias y los trastornos mentales orgánicos. El 67% presentó algún tipo de invalidez, principalmente problemas del habla y lenguaje (47%). El 54% de la población censada desarrolla algún tipo de actividad laboral, social, ocupacional o recreativa, al interior del hospital, con una media de funcionalidad de 45% (deterioro mayor en varias áreas del funcionamiento) de acuerdo a la escala de evaluación de actividades sociales.¹²

Esta población de larga estancia hospitalaria, herencia de una atención basada en la custodia y la institucionalización, requiere de adecuados procesos de externamiento, para lo cual es necesario el desarrollo y fortalecimiento de alternativas de atención

extrahospitalaria, en particular de sus necesidades de alojamiento y apoyo residencial, cuya cobertura inadecuada prolonga innecesariamente la hospitalización, aumenta el estigma, la marginación social y satura los servicios de hospitalización psiquiátrica.

Conclusiones

Como colofón a esta comunicación podemos afirmar que el modelo de hospital campestre, como política pública en salud mental, continúa vigente hasta cierto punto. Estos hospitales constituyen el eje del sistema de atención en salud mental en México. La reducción del número de camas o el cierre de los hospitales psiquiátricos no suponen la desaparición de las enfermedades mentales graves de larga duración. Los retos a enfrentar, desde la perspectiva de la psiquiatría institucional, son ampliar la cobertura de los usuarios y los servicios, mejorar la infraestructura existente e incrementar los recursos disponibles para comenzar a desplazar el eje de la atención en salud mental, en torno al hospital psiquiátrico, por un modelo de atención orientado a la rehabilitación y la integración comunitaria.

Bibliografía

1. **SACRISTÁN, MA. CRISTINA.** Reformando la asistencia psiquiátrica en México. La Granja de San Pedro del Monte: los primeros años de una institución modelo, 1945-1948. *Salud Mental* 2003; 26: 57-65.
2. **RAMOS ESCOBEDO, ALEJANDRO.** Etnografía de un hospital psiquiátrico: Programa, prácticas y manejos hospitalarios. Universidad de Guadalajara, 2013.
3. **MOLINA LEZA, JOAQUÍN.** Evaluación de servicios de salud mental en la República Mexicana. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, 2004.
4. **RAMOS ESCOBEDO, ALEJANDRO.** Del hospital de recuperación para enfermos mentales "La Esperanza" al Hospital Psiquiátrico de Jalisco, 1956-1986. *SALME*, No. 10, 2016.
5. **DECRETO DE CREACIÓN DEL INSTITUTO JALISCIENSE DE SALUD MENTAL.** Periódico Oficial del estado de Jalisco, 15 de junio de 1999.
6. **OFICINA DE LA DIRECCIÓN, CAISAME ESTANCIA PROLONGADA.** Programa de trabajo 2016.
7. **BACHRACH, L.** The state of state mental hospital in 1996. *Psychiatr Serv* 1996; 47: 1071-1078.
8. **PROGRAMA DE ACCIÓN EN SALUD MENTAL 2001-2006.** Secretaría de Salud, México, 2001.
9. **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-025-SSA2-1994, PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL EN UNIDADES DE ATENCIÓN INTEGRAL HOSPITALARIA MÉDICO PSQUIIÁTRICA.**
10. **PROGRAMA DE ACCIÓN EN SALUD MENTAL 2007-2012.** Secretaría de Salud, México, 2008.
11. **RAMÍREZ SIORDIA, VÍCTOR.** Encuesta psiquiátrica hospitalaria 2010 (datos no publicados).
12. **GOLDMAN, H. ET AL.** Revising axis V for DSM-IV. A review of measures of social functioning. *Am J Psychiatry*, 1992; 11: 1148-1156.

Reconstruyendo los servicios de salud mental en Jalisco: La creación del Instituto Jalisciense de Salud Mental

Dr. Benjamín Becerra Rodríguez •

Trae el pasado solo si vas a construir
DOMÉNICO CIERI ESTRADA

En su acepción más lógica, la palabra reconstruir significa *volver a construir una cosa*, aunque también se define como *unir, allegar en la memoria todas las circunstancias de un hecho para completar su conocimiento*. Es en ese sentido que intentaré plasmar, a través de un breve recorrido por la memoria, la reconstrucción de los servicios de salud mental en el estado de Jalisco en el período comprendido entre 1996 y 2007, tiempo en el cual tuve el enorme privilegio de encabezar, junto con un gran equipo de profesionales, los esfuerzos de reestructuración de tales servicios, desde la conformación de la Red de Módulos de Salud Mental y Prevención de Adicciones, hasta la creación y desarrollo del Instituto Jalisciense de Salud Mental (SALME).

La atención de los padecimientos psiquiátricos siempre ha tenido un lugar relevante y de interés histórico, ya que es mediante su entendimiento que se pueden identificar los enfoques de la ciencia y las políticas sanitarias prevalentes en cada época.¹

Durante un muy largo período de la historia de nuestro país, fue evidente el rezago en el conocimiento de la evolución y de las consecuencias físicas, sociales, familiares y económicas asociadas a la enfermedad mental, lo cual se reflejó en discriminación, temor y prejuicio en contra de las personas que la padecían. Así, por varios siglos, estos enfermos fueron cuidados por religiosos sin preparación médica, mientras permanecían recluidos en pabellones insalubres e inadecuados, en condiciones completamente asilares y olvidados por el Estado, pero sobre todo por la sociedad.² Hasta principios del siglo XX, en México se desarrolló un nuevo modelo de atención hospitalaria que hacía indispensable la figura de un médico con experiencia clínica y no solo un administrador, quien hasta entonces era la máxima autoridad en este tipo de instituciones. Nuestro país se convirtió en pionero en la atención de las personas con enfermedades mentales en América Latina,³ el emblema de este movimiento fue el Manicomio General de La Castañeda en la Ciudad de México creado en 1910, considerado en su tiempo como la “cuna de la psiquiatría pública”. Sin embargo, en los siguientes años, ante la preocupación por el agotamiento del modelo terapéutico del manicomio y la necesidad de hacer más eficiente la asistencia psiquiátrica, surgieron las “granjas de recuperación

• Médico psiquiatra, fundador y ex director del Instituto Jalisciense de Salud Mental y actual director del Hospital Civil Fray Antonio Alcalde

para enfermos mentales pacíficos” en varias entidades de la República. Estas explotaciones agrícolas basadas en la terapia ocupacional se convirtieron en la política de salud mental para los pacientes considerados incurables.⁴ Ubicada a unos kilómetros de Guadalajara, destacó La Esperanza. Inaugurada en el año de 1956, fue precursora del Hospital Psiquiátrico de Jalisco, el cual representa el antecedente directo de los cambios que sucederían en las siguientes décadas en lo que respecta a la prestación de servicios de salud mental, tanto a nivel local como nacional.

La historia reciente de la salud mental pública en Jalisco nos habla de que fue hasta el año de 1987 cuando se creó el Departamento de Salud Mental, dependiente de la Dirección General de Servicios de Salud de la Secretaría de Salud Jalisco, con el fin de coordinar la atención del área de la salud mental en población abierta, y establecer acciones que tendieran a incrementar los servicios en los diferentes niveles de atención a través de la capacitación de profesionales no especializados.⁵

A pesar de la conformación de un primer esbozo de Programa de Salud Mental, los recursos y las acciones que se destinaban a esta materia presentaban un importante rezago con respecto a las políticas internacionales, situación agravada al no contar realmente con estrategias que organizaran y planearan las actividades dirigidas a la población abierta en todo el estado, ya que en ese tiempo los recursos se asignaban de manera casi exclusiva al tercer nivel de atención, es decir, al Hospital Psiquiátrico de Jalisco.

A diez años de su creación, y pese a la carencia, en ese momento, de referentes nacionales sobre una política en salud mental que contemplara todos los niveles de atención -ya que apenas se había elaborado la Norma Oficial Mexicana 025 para la prestación de los Servicios en Unidades de Atención Hospitalaria Médico Psiquiátrica y la Coordinación de Salud Mental de la SSA que básicamente se concentraba en la supervisión y evaluación de los hospitales psiquiátricos-, el Departamento logró integrar el Programa Estatal de Salud Mental y Prevención de Adicciones 1997-2001, el cual se planteó como objetivo promover la salud mental integral de la población y reducir los problemas

relacionados con los trastornos psiquiátricos y psicosociales, así como el uso y abuso de sustancias adictivas, mediante la promoción de la salud, la prevención de los trastornos mentales, su tratamiento y rehabilitación con énfasis en la atención primaria.⁶

Sin lugar a dudas, los principales logros en esta gestión fueron la elaboración de un Estudio Epidemiológico de los Trastornos Mentales en Jalisco, la puesta en marcha de la Red de Módulos Comunitarios de Salud Mental y Prevención de Adicciones en el estado de Jalisco y la creación del Instituto Jalisciense de Salud Mental (SALME).

El Estudio Epidemiológico de los Trastornos Mentales en Jalisco, realizado con la asesoría del Instituto Nacional de Psiquiatría, pretendió brindar un panorama de la salud mental en cuanto al problema de salud pública haciendo una recopilación de diversas fuentes para tener una visión más global, actualizada y accesible, así como impacto de dicho fenómeno en el contexto local, a fin de convertirse en una herramienta útil para la toma de decisiones. Se realizaron alrededor de 1,500 encuestas en la Zona Metropolitana de Guadalajara y en cuatro ciudades más del estado (Tepatitlán, Ciudad Guzmán, Puerto Vallarta y Ameca). Como resultado, arrojó que una fracción importante de la población, entre el 19 y 20%, es decir, uno de cada cinco jaliscienses, manifestará trastornos afectivos (8.56%), trastornos de ansiedad (11.95%), abuso de sustancias (11.2%), disfunciones sexuales (5.5%) y esquizofrenia (1.2%), entre otros problemas psiquiátricos a lo largo de su vida y la persistencia causará una sensible disminución en sus años de vida saludable, con el alto costo social y económico que esto significa. Acorde con las tendencias mundiales, solamente 4% de estas personas padecerán enfermedades psiquiátricas que requieran de hospitalización, pero el otro 96% son personas que necesitarán orientación, intervenciones de tipo psicosocial o intervención en crisis, y en algún momento pudieran también necesitar medicamentos. A la luz de estos resultados, fue evidente la urgencia de crear una mayor infraestructura para la atención en salud mental, principalmente en la atención primaria.

Fue así como nació en abril de 1998 la Red de Módulos Comunitarios de Salud Mental y Prevención de Adicciones, bajo un modelo comunitario centrado en el desarrollo de métodos de prevención de problemas mentales, así como en la promoción de una salud mental positiva de la comunidad, surgiendo como una alternativa a la práctica clínica tradicional basada en el modelo médico (Gómez del Campo, 1991),⁷ al destacar la importancia de una personalidad sana, que a su vez permita la formación de familias, grupos y sociedades sanos.

Hasta 1997, el primer nivel de atención en salud mental contaba apenas con cuatro psiquiatras, nueve psicólogos y un trabajador social, los cuales se concentraban en su mayoría en la Zona Metropolitana de Guadalajara, mientras que el resto del personal se ubicaba en las Regiones Sanitarias de Puerto Vallarta y Ciudad Guzmán. Cabe destacar que las acciones se limitaban casi de forma exclusiva a la atención curativa. A partir de 1998, se implementaron módulos comunitarios en las Regiones Sanitarias restantes (Colotlán, Lagos de Moreno, Tepatlán, La Barca, Tamazula, Autlán, Ameca) e inclusive, a través de la participación social y del compromiso con autoridades municipales, surgieron módulos también en Juchitlán y Arandas.

Los módulos comunitarios constaban de un equipo interdisciplinario integrado por un médico especialista en Psiquiatría, un licenciado en Psicología y un licenciado en Trabajo Social, lo que los diferenciaba de los Equipos de Atención Primaria propuestos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que se conformaban por un médico general, un licenciado en Enfermería, auxiliares de enfermería y personal paramédico, mientras que el personal especializado en salud mental fungía exclusivamente como equipo consultor.⁸

Dado el énfasis en la atención primaria, los módulos adoptaron en su inicio un sistema de trabajo donde la mayor parte de sus actividades se orientaban a la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos psicosociales de mayor incidencia en cada Región Sanitaria. Esto se obtuvo mediante la implementación de un esquema de trabajo semanal que distribuía las actividades de la manera siguiente: dos días de atención clínica y rehabilitación, dos días de promoción de

la salud mental y prevención de trastornos mentales y un día destinado a la prevención de adicciones. Si bien es cierto que con este esquema no fue del todo posible hacer que las actividades de promoción y prevención despuntaran, también es cierto que esto fue producto de la carencia de recursos y servicios para la atención de la salud mental en el interior del estado, mismas que obligaron a privilegiar las acciones curativas, como lo corroboran las tendencias observadas en todo el mundo cuando se proveen a los grupos socioeconómicamente marginados de los servicios hasta el momento no disponibles.

El nuevo milenio arribó al tiempo que la salud mental llegaba a través del modelo comunitario al 70% de los municipios de Jalisco, en tanto las autoridades estatales, con plena conciencia de que la demanda de servicios de salud mental constituía una de las principales presiones para el sistema sanitario, y que en los próximos 20 años se podría constituir en el desafío principal, firmaron el Acuerdo de Creación del Instituto Jalisciense de Salud Mental (SALME) publicado en el Periódico Oficial con fecha del 29 de julio de 1999. SALME fue creado como un organismo público desconcentrado, jerárquicamente subordinado de la Secretaría de Salud Jalisco y administrativamente dependiente del O.P.D. Servicios de Salud Jalisco, con la atribución de ser el órgano rector de las políticas de salud mental en el estado; además de realizar las funciones de atención especializada, formación y actualización de recursos especializados, así como realizar investigación científica en el campo de la salud mental.⁹

La creación del Instituto implicó la integración –en lo técnico y lo administrativo– en su estructura de los servicios de tercer nivel de atención en salud mental. En este sentido, el antiguo Hospital Psiquiátrico de Jalisco se sumó a su estructura cambiando su nombre a Centro de Atención Integral en Salud Mental (CAISAME) de Estancia Prolongada y se realizó su consecuente reestructuración, de tal manera que se destinó exclusivamente para la atención de los usuarios con trastornos mentales severos y persistentes, y al desarrollo de programas enfocados a la rehabilitación y la reinserción psicosocial.

Asimismo, se contó con el nuevo Centro de Atención Integral en Salud Mental (CAISAME) de Estancia Breve, área de atención clínica

para usuarios con trastornos mentales agudos y urgencias psiquiátricas. En este inmueble, ubicado a un costado del edificio administrativo de SALME, se dispuso de áreas de hospitalización para hombres y mujeres adultos, un área de consulta externa y otra de urgencias, faltando por concluir la segunda etapa del proyecto que contemplaba las áreas de hospitalización para niños, adolescentes y personas de la tercera edad. Destacó la inclusión del Servicio de Intervención en Crisis como parte de esta unidad hospitalaria a través de la línea telefónica disponible las 24 horas del día, los 365 días del año en los teléfonos gratuitos 075 y 01 800 2274747, lo mismo que la conformación de una clínica exclusiva para la atención del fenómeno suicida.

SALME fue también de las primeras instituciones académicas en dirigir los servicios a nivel estatal al destacar la investigación, la formación de recursos humanos en salud mental y la capacitación continua, emulando a los institutos de salud nacionales e internacionales.

SALME era el responsable del diseño de la política pública, los planes de acción, los proyectos de atención y también de la operación y supervisión de los servicios de salud mental, a través de una estructura novedosa y altamente funcional, lo que lo hizo una instancia única en nuestro país.

Con el trabajo consolidado de la red de Módulos Comunitarios de Salud Mental y Prevención de Adicciones en las Regiones Sanitarias, con las nuevas alternativas de atención a través de los CAISAME de Estancia Breve y de Estancia Prolongada -lo anterior bajo la coordinación y supervisión de las áreas normativas del Instituto (Desarrollo Institucional y Atención en Salud Mental)-, se inició la inversión de la pirámide de atención hacia una distribución planeada y equitativa de los esfuerzos y recursos que habían de aplicarse a la salud mental en Jalisco, disminuyendo el desfase entre las intervenciones eficaces y las intervenciones disponibles, alineándose no solo a las políticas internacionales y paradigmas actuales, sino primordialmente a las necesidades de la población.

Mientras esto sucedía en Jalisco, en el año 2001 surgía a nivel internacional un nuevo impulso promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), para crear conciencia a través de un contundente mensaje con motivo del Día

Mundial de la Salud: “la salud mental – a la que durante demasiado tiempo no se ha prestado la atención que merece – es fundamental para el bienestar general de las personas, de las sociedades y de los países, y es preciso abordarla en todo el mundo desde una nueva perspectiva”.¹⁰ El lema para esta conmemoración fue “Salud mental: sí a la atención, no a la exclusión”, en una clara alusión a la carga y el costo humano, social y económico que representan los trastornos mentales, pero sobre todo, a la estigmatización, la discriminación y las deficiencias de los servicios que impiden que muchos millones de personas de todo el mundo reciban el tratamiento que necesitan y merecen.

La OMS ofreció en su informe anual un conjunto de recomendaciones generales de gran alcance para ser adoptadas por todos los países de acuerdo con sus necesidades y sus recursos. En este sentido, quizás uno de los mayores méritos de SALME fue que desde antes de que este organismo internacional lanzara dichas disposiciones, ya comenzaba a darles respuesta en sus primeros años en funcionamiento mediante políticas y estrategias ordenadas, basadas en evidencia científica, a través del Modelo SALME Jalisco.

Los logros de SALME en sus primeros años de funcionamiento (2001-2006) se describen de acuerdo a las 10 recomendaciones de la OMS mencionadas anteriormente:

1. Dispensar tratamiento en la Atención Primaria

SALME promovió el fortalecimiento de los 18 módulos comunitarios de Salud Mental y Prevención de Adicciones distribuidos en las 13 Regiones Sanitarias de Jalisco con la coordinación de las acciones en el proceso de promoción, prevención, atención y rehabilitación.

2. Asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos

Actualización y modernización del Cuadro Básico de Psicofármacos con 16 claves para el primer y segundo nivel de atención y 56 para el tercer nivel de atención.

3. Prestar asistencia en la comunidad

SALME dirigió esfuerzos pioneros en el país para llevar a cabo una modificación

sustantiva del tratamiento psiquiátrico, para pasar de uno asilar y rígido, a uno comunitario mediante un modelo de rehabilitación y reinserción social. En este modelo destacó la operación de la Casa de Medio Camino y el proyecto del Complejo de Rehabilitación en Salud Mental y las Unidades de Reinserción Comunitaria basado en el modelo de terapia asertiva comunitaria. Se llevaron a cabo esfuerzos particulares para resolver problemas y demandas específicas de la población jalisciense, resaltando los programas de atención integral de la depresión, del suicidio, la violencia intrafamiliar, los problemas de salud mental de los migrantes, y la atención en caso de desastres, entre otros.

4. Educar al público

Se realizó el diseño y distribución de materiales educativos de temas de salud mental, prevención y detección oportuna de trastornos mentales. SALME participó activamente en campañas preventivas, pláticas y talleres, eventos comunitarios, ferias de la salud mental, difusión a través de medios de comunicación locales y nacionales.

5. Involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores

SALME colaboró con capacitación y financiamiento para el desarrollo de ONGs y grupos de autoayuda como Voz Pro Salud Mental y OPISAC, cuyos miembros son familiares y/o personas que viven con enfermedad mental. Por lo menos 125 usuarios con trastornos mentales severos y persistentes fueron reubicados en instancias comunitarias no gubernamentales, mejorando su calidad de vida al integrarlos a un ambiente no hospitalario.

6. Establecer políticas, programas y legislación a escala nacional

Se desarrolló una política pública, un plan estatal y programas específicos en materia de salud mental integrados en el denominado Modelo SALME Jalisco.

7. Desarrollar recursos humanos

SALME fue sede de la Especialidad en

Psiquiatría de la Universidad de Guadalajara. Se contaba con siete plazas para residentes nacionales y una plaza para extranjero. Al término de la gestión había 29 residentes cursando la misma. Se propuso la creación de la especialidad en Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia, misma que fue aprobada. Fue sede de grupos de Medicina de pregrado, así como de prácticas profesionales y servicio social para alumnos de Psicología, Trabajo Social y Enfermería.

8. Establecer vínculos con otros sectores

En el 2002 se integró la Red Interinstitucional para la Prevención del Suicidio en el Estado de Jalisco, en virtud de la trascendencia de este fenómeno entre la población. Esta Red agrupó a 34 dependencias públicas y privadas del sector salud, educativo, asistencial, seguridad pública, entre otros. Se firmaron convenios de colaboración en materia de capacitación para el trabajo de personas con trastornos mentales con la Secretaría de Educación, a través del Instituto de Formación para el Trabajo del Estado de Jalisco (IDEFT); y para la reinserción laboral, con la Universidad Panamericana (COLABORE).

9. Vigilar la salud mental de las comunidades

Se realizó el Estudio Epidemiológico de Trastornos Mentales de Jalisco y se mantuvo un monitoreo permanente sobre morbilidad arrojada por los sistemas de información epidemiológica de los Módulos Comunitarios, los CAISAME y el Servicio de Intervención en Crisis, a fin de contar con datos fiables de salud y enfermedad mental de nuestra población, necesarios para la toma de decisiones.

10. Apoyar nuevas investigaciones

Durante sus primeros años, SALME privilegió la investigación operativa en servicios de salud y la generación de conocimientos útiles para resolver los problemas de salud mental de la localidad. En este período fue reconocido nacionalmente por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología como una instancia de investigación científica y recibió

la distinción como miembro del Registro Nacional de Instituciones y Empresas Científicas y Tecnológicas (RENIECYT). Se realizaron más de 100 trabajos de investigación que fueron presentados en congresos y publicados en revistas científicas arbitradas, tanto nacionales como internacionales. Se duplicó el número de miembros en el Sistema Nacional de Investigadores y en el Sistema de Investigadores de la Secretaría de Salud.

Con el paso de los años y con la experiencia acumulada a través de ellos, es preciso reconocer la trascendencia histórica y social, así como el gran salto a la vanguardia en la atención a la salud mental que representó la creación del Instituto Jalisciense de Salud Mental. Por lo mismo, también hemos de ser críticos y comprender que la provisión de servicios de atención psiquiátrica y la eliminación de las barreras que entorpecen su acceso a los mismos, entre ellas el estigma y la discriminación,

podrían estar lejos de ser la mejor política para garantizar la salud mental de la población, mientras siga siendo tan ancha la brecha entre lo que se necesita y lo que está disponible para garantizar las condiciones básicas para una vida digna entre la población.¹¹

El estudio de los determinantes que enmarcan la posibilidad de ocurrencia de los trastornos mentales nos explica cómo estos son una manifestación del complejo entramado económico, político y social en el que vivimos en la actualidad, que se traduce en pobreza, inequidad, falta de oportunidades de crecimiento, desempleo, violencia, etcétera.

Es por ello que, a manera de reflexión, considero que es importante cuestionarnos cuál es en este momento nuestra responsabilidad social como profesionales de la salud mental y si será necesario comenzar a pensar en el siguiente proceso de reconstrucción de la atención que brindamos.

En memoria de nuestro querido colega, compañero y amigo, el Dr. Francisco Páez Agraz, incansable impulsor de la salud mental en México y primer subdirector de Desarrollo Institucional del Instituto Jalisciense de Salud Mental. Sin su ardua labor, su experiencia y su compromiso a toda prueba, no hubiera sido posible el crecimiento de la salud mental en Jalisco. Gracias y hasta siempre.

Bibliografía

- 1. COCULA-LEÓN, H.** Hospital psiquiátrico San Juan de Dios: 100 años después. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2014; 52(3): 346-351.
- 2. SACRISTÁN, MA. CRISTINA.** Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna. *Frenia Rev Hist Psiq.* 2005; 5(1): 9-33.
- 3. DE LA FUENTE JR, HEINZE G.** La enseñanza de la Psiquiatría en México. *Salud Mental* 2014, 37(6): 523-530.
- 4. SACRISTÁN, MA. CRISTINA.** Reformando la asistencia psiquiátrica en México. La Granja de San Pedro del Monte: los primeros años de una institución modelo, 1945-1948. *Salud Mental*, 2003; 26(3): 57-65.
- 5. GUÍA OPERATIVA DEL MÓDULO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DE ADICCIONES, DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DE ADICCIONES, SECRETARÍA DE SALUD JALISCO.**
- 6. PROGRAMA ESTATAL DE SALUD MENTAL Y PREVENCIÓN DE ADICCIONES 1997-2001.** Departamento de Salud Mental y Prevención de Adicciones, Secretaría de Salud Jalisco.
- 7. LARTIGUE, T. (comp.)** Salud Comunitaria: Una Visión Panamericana. México: Universidad Iberoamericana, 1991.
- 8. LEVAV, I.** Temas de Salud Mental en la Comunidad. Serie Paltex para Ejecutores de Programas de Salud No. 19. Washington, D.C.: OPS-OMS, 1992.
- 9. DOCUMENTOS TÉCNICOS Y NORMATIVOS DE SALME, 2001-2007.**
- 10. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.** Informe sobre la salud en el mundo 2001. *Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.* Ginebra: OMS, 2001.
- 11. MARTÍNEZ, C.** La salud mental a principios del siglo XXI. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 2014; 32(1): 44-54.

Perspectiva futura de la institución de salud mental en México

Dr. Eduardo Ángel Madrigal de León*

Introducción

La salud mental (SM) es un componente integral y esencial de la salud. La definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la considera como algo más que la ausencia de algún trastorno o discapacidad, lo anterior, en el sentido positivo, es el fundamento del bienestar humano y, por lo tanto, del funcionamiento eficaz en la comunidad. Por ello, se considera de vital importancia no solo proteger y promover el bienestar mental, sino también satisfacer las necesidades de las personas con trastornos mentales (OMS, 2016).

Los avances en la ciencia, la tecnología y la innovación han permitido que muchas personas con trastornos mentales que en el pasado permanecían por largos períodos de tiempo en los hospitales, controlen su enfermedad y lleven una vida productiva fuera de ellos. Sin embargo, estos avances no han llegado a toda la población, la mayoría de los países de

ingresos bajos no tienen acceso a ellos, lo que resulta un rezago en la atención y una gran brecha de tratamiento en materia de salud mental (Shidhaye et al., 2015).

Para avanzar hacia una cobertura universal, los enfermos y las enfermedades mentales deben tener derecho a tratamiento, tratándolas como cualquier otra enfermedad médica. Existe evidencia suficiente sobre los beneficios de detectarlas y atenderlas con oportunidad, evitando o reduciendo el sufrimiento y la discapacidad. La atención a estos trastornos se puede otorgar de manera efectiva en servicios de salud de primer y de segundo nivel en la mayoría de los casos. Así, solo los casos graves y persistentes requerirían tratamiento especializado y atención en el tercer nivel (Madrigal de León, 2015).

Carga global de enfermedad

El 7.4% de la carga mundial de enfermedad corresponde a los padecimientos mentales, el costo económico asociado supera el

relacionado con cualquiera de las cuatro grandes categorías de enfermedades no transmisibles: diabetes, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas y cáncer. El impacto es aún mayor si tomamos en cuenta que las enfermedades mentales en ocasiones están ligadas a otras enfermedades crónicas, lo que repercute en la esperanza de vida de quienes las padecen (Becker et al., 2013; OMS, 2013).

En el 2012, la OMS reportó dentro de las diez principales causas de años perdidos por discapacidad o YLD (por sus siglas en inglés: Years Lost due to Disability) tres trastornos mentales: en primer lugar y por encima de padecimientos como la diabetes mellitus, al trastorno depresivo unipolar, en quinto el consumo de alcohol y en sexto los trastornos de ansiedad. La esquizofrenia y el trastorno bipolar también aparecen entre los primeros lugares (OMS, 2012).

* Médico psiquiatra y psicoterapeuta. Director general de los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) de la Secretaría de Salud del Gobierno Federal. Profesor investigador titular B del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.

En nuestro país, de acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, el 28.6% de la población mexicana padecerá un trastorno mental en algún momento de su vida. Del total, el 14.3% corresponde a los trastornos de ansiedad, el 9.2% para los trastornos por uso de sustancias y 9.1% los trastornos afectivos (Medina-Mora et al., 2003). La depresión mayor se reportó como la quinta causa de años de vida ajustados por discapacidad (AVISA) con impacto en varias esferas de la vida del sujeto, considerando los niveles personal, familiar, social, laboral y económico (Chisholm, 2006; Lozano, 2013; www.healthdata, 2013).

Legislación y derechos humanos en salud mental en México

La legislación en SM es un componente clave para una buena gobernanza. El 51% de los países miembros de la OMS cuentan con una ley independiente para SM (Mental Health Atlas, 2014); México no está incluido en ese grupo, pues la legislación en la materia se encuentra integrada dentro de la Ley General de Salud. En los últimos años se han aprobado leyes de salud mental estatales, la mayoría tendientes a regular el funcionamiento de los servicios que se prestan y hacer partícipe en la toma de decisiones a la ciudadanía a través de expertos integrantes de Consejos Estatales de SM; en varios casos, las disposiciones legislativas no se han cumplido y/o las actividades han

sido incompletas; en otros, se han desviado de su objetivo primordial. Aunado a esto, debemos considerar que en México la vigilancia de los derechos humanos de las personas lo ejerce la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), un organismo independiente del gobierno y de la Secretaría de Salud. En consecuencia es necesario armonizar la legislación en SM y en derechos humanos para lograr que instituciones y profesionales prestadores de servicios de SM cumplan con eficacia sus tareas.

Servicios de Atención

El sistema de salud en México, en general, ha venido creciendo en infraestructura física, acceso a servicios de salud, cobertura de programas preventivos, diferentes esquemas de protección social y disminución de riesgos transmisibles. Sin embargo, persisten desafíos, como el ampliar dicha cobertura de prevención y atención a otras edades y patologías crónicas; además, la dificultad de garantizar el financiamiento a las personas en un escenario de costos cada vez más elevados (Lozano et al., 2013). Todos estos problemas se ven agravados en lo que respecta a la atención de la enfermedad mental en México.

Brecha de Atención

El concepto de brecha en la atención se refiere al porcentaje de personas que requieren atención y no la reciben. La brecha de atención para los trastornos mentales es un problema mundial,

incluso en países de ingresos elevados, oscila entre un 35% y 50%. En el caso de México, la brecha de atención para las personas con enfermedades mentales es del 80%, es decir, una de cada cinco personas recibe algún tipo de tratamiento, la situación se torna aún más grave por el tiempo que demoran los pacientes desde el inicio de los síntomas de su enfermedad hasta recibir atención médica adecuada, tiempo que oscila entre 4 y 20 años según el tipo de afección (Borges, 2006; Berenzon et al., 2013; OMS, 2013).

En los países de bajos ingresos, un problema adicional es la inadecuada y mala calidad de los servicios, así como la insuficiente preparación de los profesionales de la salud que la otorgan, aunado a esto, el estigma y la discriminación prevalente e histórica hacia enfermos y enfermedades mentales (Borges, 2006).

La mayoría de los enfermos que recibe atención en salud mental lo hace en los hospitales psiquiátricos, pocos casos son detectados en el primer nivel de atención y suelen ser remitidos para su atención directa y, generalmente, internamiento en el tercer nivel. Para el 2013, en México había 46 hospitales psiquiátricos frente a 13 unidades de internamiento psiquiátrico en hospitales generales y 8 en establecimientos residenciales. Aunado a lo anterior, el 77% de los hospitales psiquiátricos está localizado en las grandes ciudades o cerca de ellas, lo que dificulta el acceso de las poblaciones vulnerables como

aquellas en comunidades rurales o indígenas (IESM-OMS, 2011; Berenzon et al., 2013).

La OMS reconoce la necesidad de acciones para reducir la carga de la enfermedad mental y mejorar la capacidad de los estados miembros de responder a este desafío creciente. Desde hace años se dispone de modelos exitosos y costo-efectivos de promoción, prevención y atención a la salud mental. Un ejemplo de esto es la Guía de intervención *mhGAP* (por sus siglas en inglés) para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias, en el nivel de la atención de la salud no especializada, como una herramienta técnica para la implementación del Programa para Superar la Brecha en Salud Mental (WHO, 2008).

Presupuesto

Solamente el 2% del presupuesto total en salud está destinado a la salud mental, cuando la recomendación de la OMS es de por lo menos el 5%. Además, la mayor parte, el 80% se utiliza para la operación de los hospitales psiquiátricos, situación que no ha podido cambiar debido a la falta de integración de los servicios de salud en todos los niveles de atención. Es esencial cambiar la perspectiva de la atención actual de un enfoque “vertical”, orientado estrictamente al trastorno mental, a un enfoque “horizontal”, con mayor fortalecimiento de servicios de salud estratificados en los diferentes niveles de atención y favoreciendo las acciones enfocadas al trabajo comunitario

(IESM-OMS, 2011; OMS, 2013). El sistema de salud en México debe cambiar para brindar una atención de alta calidad centrada en las personas (OCDE, 2016).

Protección Social en Salud

El Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES), documento operativo de referencia del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), incluye cinco grupos de enfermedades mentales (déficit de atención con componente hiperactivo, autismo y síndrome de Asperger, trastornos afectivos, trastornos de ansiedad y trastornos psicóticos) para la atención ambulatoria, farmacoterapia y psicoterapia. También apoya la detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria y adicciones, así como la prevención y atención de la violencia familiar y de género. Según este esquema, el tratamiento ambulatorio y la medicación se proporcionan en el primer nivel, pero son pocos los servicios con equipo de salud mental que puedan hacer frente a la creciente demanda (CAUSES, 2016).

Recursos Humanos

La OMS recomienda al menos un psiquiatra por 20,000 habitantes, tasa 5.0; distribuidos equitativamente en la geografía y la densidad poblacional para una atención eficaz. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) reportó entre sus países miembros un promedio general de 15.6 psiquiatras por 100,000 habitantes, la mayoría por arriba del recomendado (OCDE,

2011). En México tenemos, hasta 2016, un total de 4,393 psiquiatras, con una tasa de 3.68. Sin embargo, la distribución es inequitativa, el 60.3% de los psiquiatras ejerce su especialidad en la Ciudad de México y los estados de Jalisco y Nuevo León, el resto está distribuido en las 29 entidades federativas, principalmente en zonas urbanas, por consiguiente existe un importante desequilibrio entre la oferta y la demanda de atención (De la Fuente et al., 2014; Heinze et al., 2016).

Primer Nivel de Atención

La Secretaría de Salud ha propuesto nuevos esquemas para tratar a los enfermos mentales en atención primaria con el objetivo de mejorar la detección y tratamiento oportunos, así como una canalización más efectiva a servicios especializados. Este modelo no ha tenido los resultados esperados, debido a algunas barreras como el estigma, la falta de capacitación del médico general y de otros profesionales de la salud en la materia; la reticencia del paciente y de su familia a aceptar que se padece una enfermedad mental y que es el primer nivel el espacio adecuado para buscar ayuda; y la ausencia de una política definida que incluya la atención a estas enfermedades como parte del quehacer cotidiano de los centros de salud.

Todavía queda pendiente trabajar en la atención con cobertura universal y de todo el ciclo vital, así como en la protección de los derechos humanos. La atención a la salud mental

contribuye a mejorar la calidad de vida de la población, ya que sabemos que “no hay salud sin salud mental” (OMS, 2005).

Programa de atención integral a las enfermedades mentales

Para el sexenio 2013-2018 los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) y el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), desarrollaron conjuntamente el Programa de Acción Específico de Atención Psiquiátrica (PAE), instrumento que define los objetivos, las estrategias, las metas y las acciones para alcanzar en el lapso. Además, con el apoyo de un grupo de expertos, desarrollamos el Programa de Atención Integral a las Enfermedades Mentales (PAIEM), que pretende, a través de nueve metas, definir las vías a

mediano y largo plazo sobre las cuales transitar para construir un modelo de atención integral inserto en el sistema de salud pública general.

Derivado de lo anterior, las reformas en políticas de salud mental incluyen:

1. Un sistema nacional de salud que ofrezca atención integral en salud mental en sus tres niveles.
2. El desarrollo de programas de atención integral a las enfermedades mentales con la misma estructura piramidal con la que se construyen los demás programas en salud, comprendiendo el primer nivel, los hospitales generales y de alta especialidad, incluyendo a los hospitales psiquiátricos especializados.
3. La integración y modernización de los hospitales psiquiátricos

que no deben seguir actuando de manera independiente y aislada, sino formar parte del sistema para cumplir como un verdadero tercer nivel de atención.

4. El desarrollo de un sistema de referencia y contrarreferencia entre los tres niveles.
5. El análisis de pertinencia para incluir, en este sistema integral, esquemas o modelos de atención de las enfermedades mentales en conjunto con las adicciones.
6. Fortalecer la investigación como un vehículo para la evaluación, innovación y control de calidad de la atención en salud mental.

Las metas sustantivas y transversales del programa se muestran en el Cuadro 1.

Cuadro 1. Hacia la cobertura universal de atención médico psiquiátrica

Metas sustantivas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fortalecimiento y modernización de los servicios especializados existentes. 2. Desarrollo de un modelo de atención de patología mental en hospitales generales y de alta especialidad. 3. Fortalecimiento del primer nivel de atención. 4. Desinstitucionalización de pacientes con deterioro cognitivo grave y en estado de abandono. 5. Fortalecimiento de la investigación como vehículo de la innovación y control de calidad.
Metas transversales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Investigación e implementación de modelos de atención comunitaria. 2. Capacitación de los equipos de salud. 3. Formalización de un sistema eficiente de referencia y contrarreferencia. 4. Adecuación del Seguro Popular.

Fortalecimiento y modernización de los servicios especializados existentes

Históricamente y por diversas causas, la atención psiquiátrica en México fue implementada a partir de la atención en hospitales aislados de “tercer nivel”, lo que acentuó la inequidad de cobertura y acceso para la población en general. Estas instituciones siguen teniendo un papel fundamental en la atención integral de la salud mental y se mantendrán así si asumen el reto de modernizar la atención, desarrollando servicios innovadores, altamente eficaces, basados en la evidencia y experiencia, cumpliendo su papel trascendental en la formación de recursos humanos especializados y siendo instituciones de vanguardia en la investigación clínica y operativa.

Desarrollo de un modelo de atención en hospitales generales y de alta especialidad

La enfermedad mental coocurre con otras enfermedades crónicas y afecta también su curso, de modo que llegan a disminuir la sobrevivencia y la calidad de vida de los pacientes y sus familiares. Las personas con enfermedades como diabetes, asma, obesidad y dolor crónico tienen hasta seis veces más riesgo de sufrir enfermedades mentales como la depresión y la ansiedad, respecto de quienes no las padecen (Evans et al., 2005). A su vez, las personas con enfermedades mentales primarias,

al contraer otras enfermedades físicas, las sufren con mayor gravedad, complicaciones y discapacidad.

Estos datos nos demuestran con claridad la necesidad de ver y atender la salud física y mental de los pacientes desde una perspectiva integral e inserta en los sistemas y servicios de atención a la salud en general. Para ello, se propone que todas las unidades hospitalarias del país cuenten con servicios de atención psiquiátrica bajo un modelo de atención estandarizado con tres acciones principales: la interconsulta y el enlace con los demás especialistas en el interior del hospital, la atención directa de usuarios de atención psiquiátrica referidos por el sistema primario y la atención hospitalaria para trastornos agudos y/o de breve estancia, entre los que destacan, por ejemplo, la depresión y los intentos de suicidio.

Fortalecimiento del primer nivel de atención

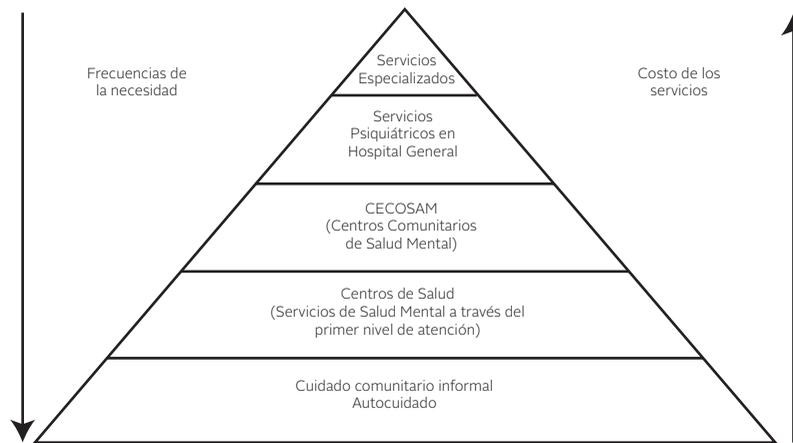
Es frecuente que la mayoría de las personas con trastorno mental no sean detectadas nunca y no es raro que a los que sí se les detecta, no se les interprete como una enfermedad mental. Algunos profesionales médicos no siempre logran hacer el diagnóstico y dar el tratamiento adecuado. Esta situación, aunada al estigma hacia las enfermedades y los enfermos mentales que prevalece en toda la población -incluidos los profesionales de la salud- hace que quienes las sufren no se detecten

ni atiendan en este nivel y, por lo general, lleguen muy tarde y con grave deterioro directamente a los hospitales psiquiátricos, con el consecuente alto costo para el sistema de salud.

Existe evidencia de que las intervenciones en el primer nivel de atención tienen el potencial de reducir entre el 10% y 30% de la carga de enfermedad y son las de mejor costo-efectividad para tratar diversas enfermedades mentales. Lograr que este nivel sea la puerta de entrada para su atención requiere favorecer tanto la búsqueda de atención, como la identificación e intervenciones más oportunas y la capacitación adecuada al personal médico y paramédico; además de instrumentar políticas claras y recursos suficientes para lograr la meta, esto por parte de las autoridades sanitarias responsables de este nivel.

Desinstitucionalización de pacientes con deterioro cognitivo grave y en estado de abandono

En algunos de nuestros hospitales psiquiátricos aún hay personas denominadas “institucionalizadas”, el nombre obedece a que tienen más de 10 años de internamiento hospitalario, la mayoría sin enfermedad mental activa pero con deterioro cognitivo grave e irreversible y en estado de abandono por sus familiares. En un esquema de atención integral como el que se propone, una solución de fondo consiste en la atención de estas personas en instituciones



Cuadro 2. Modelo con énfasis en la promoción de la salud y en la cobertura universal en la atención (OMS, 2005; Madrigal et al., 2014).

con modelos asistenciales, de rehabilitación y con absoluto respeto de sus derechos humanos, siempre tomando en cuenta los aspectos jurídico-legales y la interacción con otras dependencias de la administración pública federal.

32 Fortalecimiento de la investigación como vehículo de la innovación y control de calidad

Las acciones que considera este proyecto con la implementación de nuevos modelos deberán ser validadas con la investigación; a su vez, deberá promoverse la inversión en ciencia, tecnología e innovación en la materia, incluyendo la investigación de translación del nivel molecular al clínico, y de este al social y comunitario, e incluir el desarrollo y evaluación de modelos de atención de la enfermedad mental.

Es necesaria la implementación de modelos de atención comunitaria, ya que la atención integral a la salud mental de la población comprende no solo la atención de las enfermedades mentales ni la responsabilidad única de los servicios de salud, también se requiere de una visión de la

problemática global que atienda las variables sociales, económicas y culturales que participan en esta área. Pero, sobre todo, los programas, para ser eficaces, deben involucrar a la sociedad en general, principalmente a la base social que conforma una comunidad. De esta manera, todos tenemos una responsabilidad específica en la solución.

Las enfermedades mentales deben ser vistas como cualquier otra, desde la prevención y educación, hasta la rehabilitación, incluyendo la participación comunitaria. Los esfuerzos en esta área deben tener como prioridad la lucha contra el estigma. Sin duda, es este estigma hacia la enfermedad y los enfermos mentales, así como hacia los profesionales de la salud mental y sus tratamientos, el principal enemigo del diagnóstico precoz y la atención oportuna y adecuada. Los problemas sociales relacionados con problemas de salud como el suicidio, deben ser abordados desde este modelo de atención comunitaria con el conocimiento de que la depresión es la causa principal, además de los programas sociales y preventivos que este fenómeno tiene entre sus causas.

Capacitación de los equipos de salud

Se recomienda establecer acuerdos con las universidades para fortalecer la formación de pregrado y posgrado en salud mental. En el caso de los médicos generales y otros médicos especialistas, deben existir programas de capacitación en la identificación, tratamiento y canalización de pacientes con enfermedades mentales, con la aplicación de modelos sencillos como el Programa *mhGAP* que propone la OMS. Para el resto de los equipos de salud mental, deben existir programas de capacitación y formación de competencias en las carreras y disciplinas relacionadas con el campo de la salud.

Formalizar un sistema eficiente de referencia y contrarreferencia

Una adecuada cobertura entre los tres niveles de atención requiere organizar un sistema de referencia y contrarreferencia eficiente que implique acuerdos de trabajo entre las instituciones que lleven a cabo una eficaz articulación entre los sistemas y subsistemas de atención, de tal suerte que tengamos una pirámide de atención como la que se presenta a continuación (Cuadro 2).

Adecuación del Seguro Popular

La atención integral de las enfermedades mentales debe contar con un sistema financiero sólido. Se debe garantizar la incorporación al Seguro Popular de la población con trastornos mentales que no cuenta con seguridad social. Es necesario establecer acuerdos con el fin de asegurar el acceso a medicamentos para pacientes que son atendidos en los servicios ambulatorios del sistema de salud y avanzar en el financiamiento de la atención hospitalaria de corto y mediano plazo (Madrigal de León, 2014).

Problemas emergentes y áreas de oportunidad

La salud mental es un indicador sustancial del bienestar humano. Cuando aparece o se intensifica un problema social, sin duda en la atención de su solución deben incluirse servicios de salud mental. Por consiguiente, la atención a la salud mental está relacionada directa o indirectamente también con los problemas sociales.

Los servicios de atención deben incorporarse en las iniciativas y propuestas de programas para atender problemáticas sociales que se vinculan con la aparición, pronóstico y desarrollo de diversos trastornos mentales. Ejemplo de ello son:

- Programas para la atención de víctimas de violencia.
- Programas encaminados a la protección de los Derechos Humanos.
- Programas para disminuir el suicidio, el acoso escolar (*bullying*), etcétera.
- Programas dirigidos a problemas relacionados con las adicciones.
- Programas para el cumplimiento de nuevas leyes como la de protección a las personas en la condición del espectro autista.

Conclusiones

Las personas con trastornos mentales tienen el derecho a ser atendidas, al menos, con los mismos estándares con los que se atiende el resto de las enfermedades por parte del Sistema de Salud de México.

El PAIEM define con claridad las líneas estratégicas y las metas sustantivas a desarrollar, para proporcionar atención integral con cobertura universal y estratificada por niveles a la población mexicana en materia de salud mental. Frente al rezago histórico y la complejidad del tema, en varios casos se hace necesaria la elaboración de programas especiales para resolver y atender problemas o grupos de población específicos.

Una buena política nacional en SM requerirá homogeneizar estructuras, organización y servicios que se ofrecen en las diferentes entidades federativas del país; además, el desarrollo de redes eficaces de atención, un sistema único de registro con bases de datos uniformes, programas de promoción y prevención, así como subsanar las lagunas, cambios y ajustes a la legislación en la materia. Al interior de la Secretaría de Salud, la coordinación con otras instancias, tales como el Consejo Nacional de Salud Mental (CONSAME) y la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) es fundamental.

La construcción de un sistema de atención integral a la SM de los mexicanos será una tarea larga, escalonada y que requiere de voluntad política, recursos financieros y estrategias para desarrollar programas con visión a mediano y largo plazo. Es indispensable continuar colocando el tema de la Salud Mental en la agenda de prioridades en salud de este país.

Bibliografía

- BECKER, AE. & KLEINMAN, A.** Mental Health and the Global Agenda. *New England Journal of Medicine*, 2013; 369(66), 73. DOI: 10.1056/NEJMra1110827
- BERENZON, S., LARA, MA.,** Robles, R. & Medina-Mora, ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 2013; 55, 74-80.
- BERENZON, S., SAAVEDRA, N.,** Medina-Mora, M.E., Aparicio, V. & Galván, J. Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención?. *Revista Panamericana De Salud Pública*, 2013; 33(4), 252-258. DOI :10.1590/s1020-49892013000400003
- BORGES, G. (2006).** Treatment and Adequacy of Treatment of Mental Disorders Among Respondents to the Mexico National Comorbidity Survey. *American Journal of Psychiatry*, 2006; 163(8), 1371. DOI:10.1176/appi.ajp.163.8.1371
- CHISHOLM D. DOLLARS, DALYS AND DECISIONS: ECONOMIC ASPECTS OF THE MENTAL HEALTH SYSTEM.** *World Health Organization*, 2006.
- COMISIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD.** *Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES)* [PDF]. México, 2016.
- DE LA FUENTE, JR. & HEINZE, MARTIN G.** La enseñanza de la Psiquiatría en México. *Salud Mental*, 2014; 37, 523-530
- EVANS, D. L.,** Charney, D. S., Lewis, L., Golden, R. N., et al. Mood Disorders in the Medically Ill: Scientific Review and Recommendations. *Biological Psychiatry*, 2005; 58(3), 175-189.
- HEINZE, G., CHAPA, GC. &** Carmona-Huerta, J. Los especialistas en psiquiatría en México: año 2016. *Salud Mental*, 2016; 39(2), 69-76. DOI: 10.17711/SM.0185-3325.2016.003
- INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION.** México, 2013. <http://www.healthdata.org/mexico>
- LOZANO, R., GÓMEZ-DANTÉS, H.,** Garrido-Latorre, et al. La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. *Salud Pública de México*, 2013; 55(6).
- MADRIGAL-DE-LEÓN, E.** Sección V: Políticas públicas para la atención de los trastornos psiquiátricos, capítulo 18. Cobertura universal de la atención de las enfermedades mentales. La depresión y otros trastornos psiquiátricos (Editoras: Medina-Mora, ME., Sarti-Gutiérrez, EJ. & Real-Quintanar, T.). *Academia Nacional de Medicina (ANM)*, 2015.
- MADRIGAL-DE-LEÓN, E.** Fortalecimiento de la salud mental en México: recomendaciones para una psiquiatría comunitaria. *Salud Mental*, 2016; 39(4), 235-237.
- MEDINA-MORA, ME., BORGES, G.,** Lara, C., Benjet, C., et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 2003; 26(4), 1-16.
- MADRIGAL-DE-LEÓN, E., MEDINA-MORA, M.E.,** Ocampo, M., et al. Programa de Atención Integral de las Enfermedades Mentales en las Unidades de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales y Hospitales de Alta Especialidad (CCINSHAE). *Servicios de Atención Psiquiátrica*, Secretaría de Salud, 2014.

OCDE/OECD. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México. Traducido a partir de la versión original en inglés publicada con el título: OECD Reviews of Health Care Systems: Mexico, 2016. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264230491-en>

OCDE/OECD. "Psychiatrists and mental health nurses", in *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*, OECD Publishing, 2013. http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-26-en

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). HEALTH STATISTICS AND INFORMATION SYSTEMS. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/

OMS. Mental health policy, plans and programmes (updated version 2). Mental Health Policy and Service Guidance Package. *World Health Organization*, 2005.

OMS. Mental health: facing the challenges, building solutions — report from the WHO European Ministerial Conference. Geneva: *World Health Organization*, 2005.

OMS/WHO MENTAL HEALTH GAP ACTION PROGRAMME (MHGAP), 2008. Retrieved July 22, 2016, from http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/

OMS/WHO. Estimates for 2000–2012, 2012. Retrieved July 22, 2016. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html

OMS/WHO. *World Health Organization.* Investing in mental health: Evidence for action, No. 978 92 4 156461 8, . Geneva, Switzerland, 2013; pp. 3-32.

OMS/WHO. *World Health Organization.* Plan de acción integral sobre salud mental 2013 – 2020, 2013.

OMS/WHO. Mental health atlas, 2014.

OMS. SALUD MENTAL: FORTALECER NUESTRA RESPUESTA. Retrieved July 22, 2016, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>

SECRETARÍA DE SALUD DE MÉXICO, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, IESM-OMS. Informe Sobre Sistema de Salud Mental en México, 2011.

SECRETARIA DE SALUD. SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA/INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ. Programa de Acción Específico (PAE), Atención Psiquiátrica 2013 – 2018, 2014.

SHIDHAYE, R., LUND, C. & Chisholm, D. Closing the treatment gap for mental, neurological and substance use disorders by strengthening existing health care platforms: Strategies for delivery and integration of evidence-based interventions. *Int J Ment Health Syst International Journal of Mental Health Systems*, 2015; 9(1). DOI: 10.1186/s13033-015-0031-9

En la tarea titánica de dirigir instituciones psiquiátricas por más de 30 años

ENTREVISTA AL DR. DANIEL OJEDA TORRES

Tania Alejandra Quiñones Beltrán | Joselyn Jazmín Guadalupe Ledezma Beltrán

Es difícil entender a la psiquiatría en Jalisco sin un personaje protagónico como el Dr. Daniel Ojeda Torres. El actual jefe del departamento de Enseñanza e Investigación de la delegación estatal del ISSSTE en Jalisco ha ocupado prácticamente todos los cargos posibles para un psiquiatra en nuestro estado, como el director de más larga duración en lo que fue el Hospital Psiquiátrico de Jalisco –hoy CAISAME Estancia Prolongada– hasta la vicepresidencia de la región occidente de la Asociación Psiquiátrica Mexicana A.C., pasando por la dirección del Instituto Jalisciense de Salud Mental, en una gestión que fue crítica para la consolidación de SALME. Así, en la celebración conmemorativa de dos instituciones que él ha dirigido era obligada una conversación con una figura esencial en la psiquiatría de Jalisco durante los últimos 35 años.

36

¿Cómo era la psiquiatría cuando usted egresó de la especialidad?

Yo inicié en la Secretaría de Salud como subdirector médico de lo que anteriormente era el Hospital Psiquiátrico de Jalisco. El día primero de marzo de 1988 me tomó la protesta como director el secretario de salud Miguel Castellanos Puga.

Cuando yo llegué, el modelo psiquiátrico se apegaba más al estilo de los manicomios, contaban con poco personal contrastado con el número de pacientes que atendían, lo que resultaba más como cuidados que como atención médica o psiquiátrica. Eran aproximadamente 450 enfermos distribuidos en las diferentes áreas: pabellón infantil, el de los agudos y el de los crónicos, ambos para hombres y mujeres. Pasamos por un período de transición importante; dejó de ser Granja de Recuperación para Enfermos Mentales y se convirtió en el Hospital Psiquiátrico de Jalisco (HPJ).

Para el funcionamiento idóneo de los hospitales psiquiátricos, había normatividades que se debían cumplir. La norma decía que debía haber al menos tres trabajadores por cada paciente, de manera que, debido a las condiciones en que se encontraba el HPJ, no cumplíamos dicha norma.

En tanto a las cuestiones laborales, cuando eran trabajadores de la GREM, todo el personal laboraba de lunes a sábado, y el horario era de ocho horas, tanto para el personal administrativo como para el personal de enfermería y los médicos, lo cual era diferente a lo que tenían el resto de los trabajadores de la Secretaría.

¿Qué recuerda del hospital, hoy CAISAME Estancia Prolongada, cuando lo vio por primera vez?

Al llegar allí, de las primeras cosas que me di cuenta fue que había muchas carencias: la infraestructura física estaba muy deteriorada, muy abandonada; había una plantilla de personal muy escasa, la cual estaba mal pagada. Más adelante se comenzaron a hacer gestiones. Durante los años que estuvo el doctor Palemón Rodríguez como secretario se empezaron a hacer remodelaciones en todo el edificio.

Recibimos mucho apoyo del secretario de salud Salvador Peña Rivas y también del gobernador Carlos Rivera Aceves, que de hecho fue el primer gobernador que aceptó ir a las instalaciones del HPJ. Después de su visita y de constatar las carencias que teníamos, decidió invertir varios millones de pesos en la remodelación de todas las instalaciones.

¿Qué aspectos de relevancia hubo que tomar en cuenta al administrar el Hospital Psiquiátrico?

Por ejemplo, una de las primeras medidas fue la gestión para la homologación salarial del HPJ. Iniciaron las gestiones en la Secretaría de Salud y se homologaron todas las condiciones de trabajo respecto a todos los trabajadores de la Secretaría de Salud. Esto indicó un aumento en las percepciones salariales de más del 50%.

En una plática con el doctor Cristóbal Ruiz Gaitán López, le expuse la situación sobre la deficiencia de la plantilla, fue así que me pidió hacer una propuesta de densidades. Solicitamos 170 plazas, las cuales eran, en su mayoría, para el área de enfermería. Finalmente se nos otorgaron 189 plazas, lo cual también resultó en una erogación financiera bastante amplia. Con ello se reforzaron las áreas de enfermería, todos los pabellones, así como todos los turnos, de tal manera que se comenzó a prestar una mejor atención. Se contrató también personal médico, principalmente más psiquiatras, por lo tanto la plantilla fue más completa.

Otro aspecto fue la enseñanza y la capacitación. Se creó la coordinación de enseñanza e investigación, y con ello le dimos mucho énfasis a la capacitación. De manera que en el año 1989 iniciamos con las primeras jornadas de actualización del Hospital Psiquiátrico de Jalisco que convocaba aproximadamente a 500 personas profesionales de la salud mental de la zona metropolitana de Guadalajara y también del interior del estado.

¿Cuáles son las dificultades que enfrenta un directivo en el área de salud mental?

La proyección a la comunidad, hay que trabajar en contra del estigma del enfermo mental: que están locos y son una carga para la sociedad; cuando realmente son personas que sufren, son familias que sufren.

Nosotros hicimos también un trabajo importante en los medios de comunicación. Teníamos seguido programas en la radio y televisión, donde nos permitían abordar el tema y hacerles saber que con los avances de la psiquiatría muchos de ellos lograban recuperarse al grado de funcionar mejor en las familias y en la sociedad.

En 2007 implementamos un programa de rehabilitación y reinserción social y laboral de pacientes crónicos en el CAISAME de Estancia Prolongada. Esto está permitiendo que muchos de estos pacientes que entraban y salían a cada rato en los hospitales como una puerta giratoria, puedan estabilizarse, reintegrarse a la familia e

incluso conseguir un trabajo, ser productivos, aportar algo. Creo que ese programa ha sido muy exitoso con el reconocimiento de varios estados de la República y sobre todo del Instituto Nacional de Psiquiatría. Es el único programa de ese tipo en México.

Como director del Hospital Psiquiátrico de Jalisco, ¿a qué retos se enfrentó durante su administración?

Cuando inicié como director del HPJ fue una tarea titánica por tantas carencias que se tenían en medicamentos, infraestructura, plantilla de personal... En ese tiempo era una carga emocional bastante fuerte, sin embargo, cuando uno está comprometido con una causa, sacas fuerzas de flaqueza. La mía era llevar a la salud mental en el estado a los primeros lugares a nivel nacional, eso me motivaba e impulsaba para hacer las gestiones a nivel estatal y en ocasiones a nivel federal. Algo que me ayudó mucho fue el apoyo que tuve de todos los secretarios de salud con los cuales tenía relación laboral, por ejemplo, el doctor Castellanos Puga, el doctor Palemón Rodríguez, el doctor Salvador Peña Rivas y el doctor Cristóbal Ruiz Gaytán, todos me brindaron su apoyo.

Quizá lo más difícil de todo este período fue un movimiento anti-psiquiátrico que se gestó a nivel nacional a través de una organización privada. Siempre estuvo señalando ante los medios de comunicación de todo el país las carencias y/o las situaciones de abandono de los hospitales psiquiátricos. El movimiento pretendía que se apoyara más la atención a los enfermos mentales. Pero de alguna manera estigmatizaban más a los enfermos y al mismo tiempo minimizaban las instituciones psiquiátricas. Llegaban en las madrugadas con una cámara de video y filmaban lo malo, no filmaban lo que estaba bien, filmaban lo que se encontraban, de acuerdo a ellos, una anomalía, y todo eso que grababan lo usaban en los medios de comunicación con un amarillismo que rayaba en lo grotesco. Creo que no era la manera adecuada, se minimizaba el esfuerzo de los gobiernos estatales, del gobierno federal.

Dentro de lo desgastante que era el hecho de que salíamos seguido en los periódicos con notas amarillistas, en los medios de comunicación, en la radio, en la televisión, creo que un beneficio derivado de esa campaña anti-psiquiátrica fue que la población se sensibilizó sobre el tema, las autoridades se sensibilizaron sobre el tema, y ello nos permitió tener muchos beneficios.

Hubo otros momentos muy difíciles, por ejemplo, para el financiamiento del hospital, aproximadamente en el año 1992 o 1993 se nos limitó mucho el presupuesto, al grado de que llegó el momento en que ya no teníamos dinero para comprar los alimentos para los internos. Pero una vez que se habló con las autoridades, se hicieron las gestiones y se regularizaron los aportes financieros, de ahí en adelante fue ganar y ganar.

¿Qué aspectos resaltaría de su administración en el Hospital Psiquiátrico de Jalisco, hoy CAISAME Estancia Prolongada?

Empezamos a tener un stock de medicamentos, que según yo era el más amplio, el mejor surtido de todo el estado, incluyendo el IMSSS y los hospitales civiles. Aumentamos la plantilla de una manera sustancial. Yo dejé el instituto con una plantilla cercana a los mil trabajadores, se logró la homologación de alrededor de 179 trabajadores que tenían la categoría de... un nombre muy raro... una contratación precaria, así se les llamaba, porque ganaban mucho menos que los de base; y yo

durante el sexenio de 2007 – 2013 realicé las gestiones en el Congreso del Estado para que se otorgara el financiamiento y homologar a estos 170 trabajadores, lo cual se logró. Cada año nos daban una parte, hasta que el último año del sexenio se completaron todas las percepciones de las condiciones generales de trabajo, entonces ellos ya se consideraron como de base. Vele sumando: primero gestionamos 160, posteriormente otros 170 y cuando se iban a inaugurar los CISAME, también se creó una plantilla de alrededor de 70 trabajadores, a ellos todavía no se les regulariza, ellos tienen otras condiciones con menores percepciones, con menores prestaciones que el personal de base, pero cuando menos yo dejé esa plantilla, que ya le toca a las nuevas autoridades gestionar la regularización de este personal.

Duré 13 años como director del Hospital Psiquiátrico de Jalisco y entonces, cuando se creó el Instituto Jalisciense de Salud Mental, el secretario Alfonso Petersen me invitó como director del CAISAME Estancia Breve, pero después de ese cargo y durante cuatro años me dediqué a la coordinación de la atención a la violencia familiar. Ahí mismo, en el Instituto Jalisciense de Salud Mental, ya cuando entró el gobierno de Emilio González Marqués en el estado, y el secretario Emilio Gutiérrez Carranza, me invitaron como director del Instituto Jalisciense de Salud Mental, y es cuando también le dimos un avance importante. Logramos financiamientos muy amplios que nos permitían tener en óptimas condiciones las instalaciones, el abasto de medicamentos y alimentos, también los procesos administrativos. Se hizo una planeación estratégica muy importante y creo que fueron seis años en donde todo SALME estuvo funcionando de la mejor manera y con el reconocimiento de autoridades del estado y a nivel nacional.

No todo era dinero, creo que se tuvo un trabajo muy importante en todos estos años de planeación estratégica, en la cual se fueron afinando todos los procesos médicos, técnicos y administrativos. Y me siento tranquilo en el sentido de que al dejar yo el instituto, creo que las cosas se dejaron muy bien. Tanto en el aspecto financiero como en la infraestructura física, en la descentralización de los servicios hacia el interior del estado, pero también los procesos.

¿Alguna vez pensó en claudicar de la administración pública ante las dificultades que enfrenta un directivo del área de la salud mental?

Fue una etapa muy desgastante, sin embargo, no, yo estaba muy comprometido y estaba dispuesto a soportar cualquier tipo de presión con el objetivo de salir adelante.

¿Qué significó la aparición del Instituto Jalisciense de Salud Mental (SALME) para los Servicios de Salud del Estado de Jalisco?

Con la aparición del Instituto Jalisciense de Salud Mental se fomentó todavía más la prestación de servicios fuera de la Zona Metropolitana, pero se incentivó la enseñanza a todos los niveles y, sobre todo, se impulsó la investigación científica. Creo que actualmente se sigue haciendo investigación que es una parte esencial de un instituto.

A partir del año de 1990, me autorizaron las dos plazas de residentes de Psiquiatría. De igual manera, en esa fecha se inició la especialidad de Psiquiatría en la Secretaría de Salud Jalisco, teniendo como sede el Hospital Psiquiátrico de Jalisco. Yo fui profesor titular de la especialidad.

Con eso, más adelante, estuvimos gestionando más plazas, nos autorizaron cinco plazas por año. Hace aproximadamente diez años, el número incrementó y

nos autorizaron siete plazas por año. Entonces, durante aproximadamente 30 años, hemos formado más de cien psiquiatras en el estado. Además de eso, actualmente la especialidad de Psiquiatría que se imparte en la Secretaría de Salud Jalisco es la que tiene mayor prestigio en el estado y a nivel nacional, por lo cual, muchos de los aspirantes a ser residentes de SALME vienen de otras partes de la república. Me parece que después del Instituto Nacional de Psiquiatría somos la segunda sede más requerida por los aspirantes.

Se inició la revista *SALME*, también durante mi gestión, como una forma de divulgar el conocimiento del área de salud mental, los avances científicos en el área de psiquiatría, también el fomentar la difusión cultural con el doctor Rafael Medina. Y creo que otro logro muy importante fue que contratamos un servicio en radio vital, que se llama *Por salud mental*, esto se inició allá por el 2008, es una hora semanal donde se habla de las patologías y de lo que se hace en el instituto, pero sobre todo se le da prioridad a la parte preventiva. Ya llevamos nueve años al aire, y ojalá ese espacio no se pierda nunca, porque es muy importante estar informando a la sociedad en los avances que hay sobre el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales, pero sobre todo, sensibilizar a todos sobre la importancia del cuidado de la salud mental.

¿Cómo fue el inicio de SALME y con ello los CISAMES?

En el año 2001 se inauguró el Instituto Jalisciense de Salud Mental, fue a raíz de esto que se creó el CAISAME de Estancia Breve más los Centros Comunitarios de Salud Mental. La construcción de dichos centros ocurrió dentro de mi período.

Cuando era director del Instituto SALME, durante el período de 2007 a 2013, se consiguieron 35 millones de pesos para la construcción de los Centros Integrales de Salud Mental en el estado. Se logró construir siete Centros Integrales de Salud Mental, los cuales más tarde se conocieron como CISAME. Sin embargo, debido a la falta de recursos, no logramos la construcción de los diez que habíamos pedido. A pesar de eso, hay cuatro en el interior del estado y tres en la Zona Metropolitana.

Fue un convenio tripartita en el que el gobierno federal otorgó tres millones y medio de pesos para la construcción y equipamiento de cada centro, el municipio donde se asentara cada CISAME se comprometía a hacer una donación de al menos dos mil metros cuadrados, y el gobierno del estado se comprometió a poner la nómina a través del Seguro Popular. Fue un avance muy importante, de tal manera que ahora tenemos CISAME en Tonalá, Tlaquepaque, Ciudad Guzmán, Puerto Vallarta, Autlán, etcétera. Sin embargo, algunos gobiernos municipales que no alcanzaron el financiamiento decidieron construirlo y equiparlo, y de igual manera, la Secretaría de Salud, a través del Seguro Popular puso la nómina, este fue el caso de Ciudad Guzmán y del Grullo.

¿Cómo ve la psiquiatría en este momento, cuáles son los principales retos de SALME desde su punto de vista?

Uno de los retos de SALME actualmente es mantener las condiciones adecuadas para prestar los servicios, seguir gestionando el crecimiento de la plantilla de acuerdo al crecimiento de los servicios, se debe de seguir impulsando la investigación, la formación de psiquiatras y hacer mucho énfasis en la prevención.

En cuanto a la prevención de la enfermedad mental, creo que hay que acudir a las escuelas, desde primaria hasta universidad, ahí es un lugar natural para trabajar con

niños y jóvenes. El trabajar todavía más sobre la prevención del suicidio; cada día hay más suicidios, esto es de acuerdo al crecimiento poblacional, pero lo alarmante es que el mayor aumento de suicidios se está dando en menores de edad. En el año 2016 hubo alrededor de 500 suicidios, y la tasa más alta fue en el grupo de 18 a 29 años, pero el que tuvo mayor aumento fue el de 10 a 17 años. En México y en Jalisco ya es un problema serio, el suicidio está matando a más jóvenes que los accidentes de tráfico, los cuales van a la baja con las medidas que ha implementado el estado; sin embargo, no se le ha prestado la misma atención al fenómeno suicida que va en aumento. Entonces ahí hay un foco muy rojo que tienen las autoridades estatales y federales para trabajar y tratar de evitar que esto siga creciendo.

Las causas del suicidio son totalmente multifactoriales, la depresión juega un papel fundamental. Pero si tú me preguntaras por qué los jóvenes se están suicidando, los jóvenes son más impulsivos, ante una ruptura sentimental toman la decisión en cuestión de segundos, hay que educar a los muchachos y a las muchachas para que sepan enfrentar situaciones difíciles y de tal manera que logren controlar la impulsividad que lleva a muchos a suicidarse.

Lo alarmante ahora es que hay más estresores psicosociales, más familias desintegradas y/o disfuncionales, más drogas; y a través de las redes, más contaminantes psicológicos como la pornografía. Incluso existen grupos en las redes sociales que promueven el suicidio, son muchas cosas que antes no había. Antes teníamos radio y televisión, nada más. Hoy hay muchísimos medios masivos, sobre todo las redes sociales donde los jóvenes encuentran muchos contaminantes y eso propicia que aumenten algunos de los problemas de salud mental.

En lo personal, ¿qué ha sido para usted lo más difícil en todo este tiempo?

No tuve un año tranquilo, siempre día con día se estuvo gestionando todo lo necesario para que, primero el Hospital Psiquiátrico de Jalisco y luego el Instituto, funcionaran de la mejor manera.

Podría decir que sí hubo momentos más difíciles relacionados a la gestión de plazas, hubo momentos de carencia, sobre todo al inicio, los primeros dos o tres años, pero creo que ya después todo iba marchando sobre ruedas. Yo creo que los trabajadores son una parte muy importante de la organización y los trabajadores de lo que fue el Hospital Psiquiátrico de Jalisco tienen mi total admiración, porque eran personas muy comprometidas, aun con muy escasos recursos ellos hacían una labor muy humanista, había una cercanía muy importante de los trabajadores hacia los enfermos, sobre todo aquellos que estaban con una condición de abandono y con una enfermedad crónica.

Yo dejé el instituto con un financiamiento de aproximadamente 110 millones de pesos cada año y creo que desde el 2013 a la fecha no se ha aumentado, se ha mantenido igual, pero con una buena administración, cada año nosotros teníamos ahorros presupuestarios que nos permitían, al final del año, pedirle al secretario de salud que nos permitiera invertir ese dinero en obras de remodelación, en obras nuevas, en la compra de ambulancias, en la compra de vehículos y creo que de esa manera, también el instituto avanzó mucho.

¿Qué les recomienda a las nuevas generaciones que se encargarán del área psiquiátrica?

Les recomiendo que se preparen. Administrar, dirigir un hospital, no es fácil, pero se hace menos difícil cuando se tienen las herramientas metodológicas, por eso yo después estudié la gerencia en servicios de salud, es una maestría que me permitió ver todo de una manera más completa y metodológicamente tener las herramientas para hacer un diagnóstico integral de salud y hacer las propuestas de los proyectos de intervención para los problemas detectados. Yo no recomiendo a alguien que dirija o administre un hospital o un instituto sin tener la preparación académica, porque le va a resultar muy difícil y desgastante, actualmente ya hay maestrías que permiten asumir con mayor capacidad y mayor compromiso el dirigir una institución de salud.

DIRECTORES DEL INSTITUTO
JALISCIENSE DE SALUD MENTAL
— 2001 A 2017 —



43

Dr. Benjamín Becerra Rodríguez
(2001-2007)



Dr. Daniel Ojeda Torres
(2007-2013)



Dra. Luz María Coronado Sosa
(2013-2015)



Dra. Lorena Genoveva Hernández Muñoz
(2015 a la fecha)

60



RAFAEL DEL RÍO

Nuestro hospital cumple 60 años funcionando. Ha sido una historia difícil, llena de dolor. Sin embargo, también ha sido una historia de indudable éxito.

Primero como Granja “La esperanza”, después como Hospital Psiquiátrico de Jalisco y ahora como CAISAME Estancia Prolongada, esta unidad hospitalaria ha sido la mejor opción para miles de personas aquejadas por un trastorno mental grave. El lugar donde han sido recibidas, atendidas, consultadas, hospitalizadas y dadas de alta en las mejores condiciones posibles. La inmensa mayoría de casos con éxito. Personas, las que, con mucho, conforman la parte de la sociedad más rechazada y marginada, solo por sufrir una enfermedad. Por ello, en algunos de los casos, el “Zapote” es más que un hospital y se convirtió en un hogar definitivo para esa gente. La mayoría de las veces debido al abandono de la familia. Así que este número donde celebramos este significativo aniversario, no lo podemos hacer sin homenajear a todas esas personas que le han dado sentido a la labor de cientos de trabajadores de la salud que han pasado parte de sus vidas en este nosocomio: nuestros pacientes. En particular aquellos que la vida les llevó a tener por hogar un hospital. Personas que sueñan, anhelan, ríen, sufren, desean, como cualquiera otra que lee esta revista. Este dossier fotográfico a cargo del multipremiado fotógrafo Rafael del Río muestra que aún en las profundidades de una institución psiquiátrica hay antes que nada personas, más que enfermos, y en particular mujeres, que pese a todo sonríen, juegan, luchan y trabajan diariamente como única alternativa ante las adversidades de la vida. Nuestro agradecimiento para ellos.









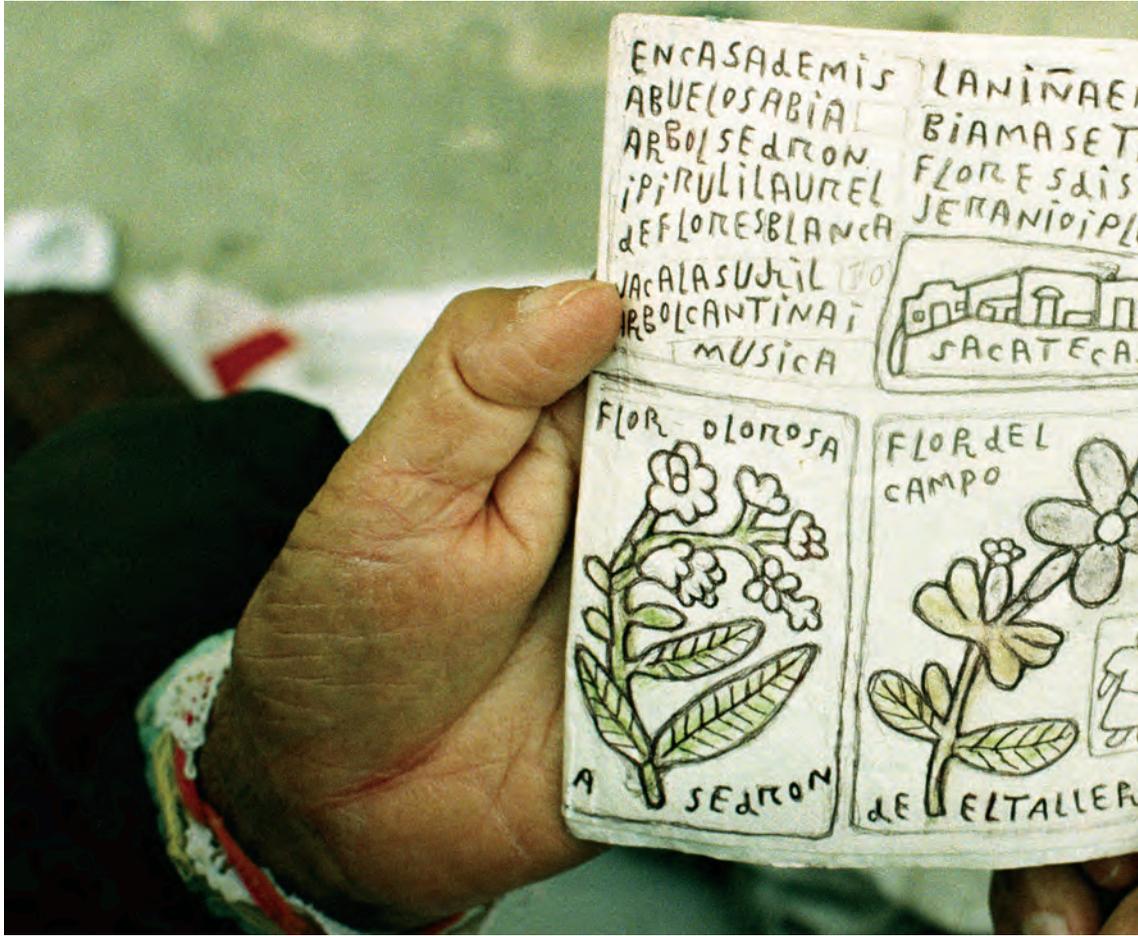


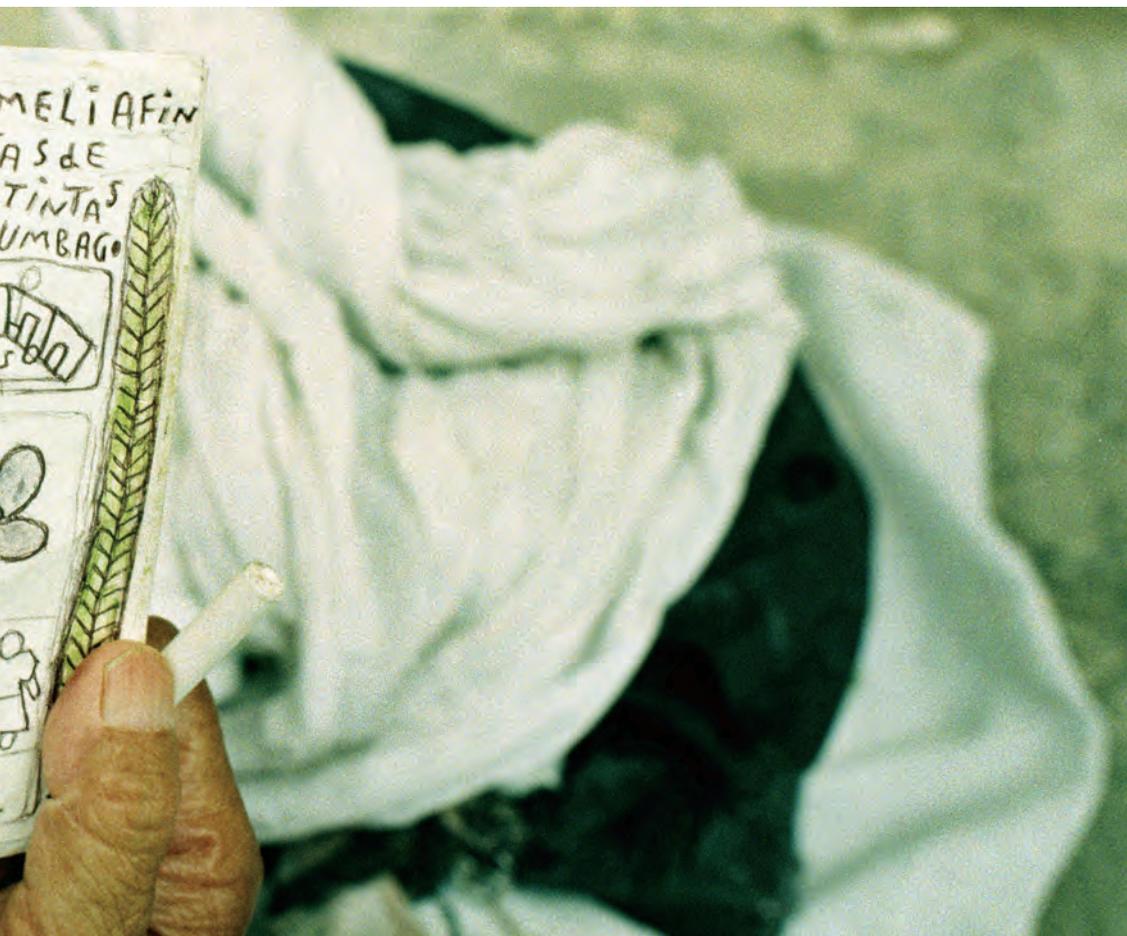












Rafael del Río

Guadalajara, Jalisco, 1971. Fotoperiodista y fotógrafo documental desde hace 20 años en medios nacionales y extranjeros, estudió la Maestría en Educación y Expresión para las Artes, en la Universidad de Guadalajara en 2012 y la licenciatura en Ciencias de la Comunicación en el Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente, ITESO.

Miembro del Sistema Nacional de Creadores de Arte, en fotografía, de 2012 a 2014 que otorga el Consejo Nacional para la Cultura y las Artes en México. Forma parte del Consejo Curatorial del Museo de Periodismo y de las Artes Gráficas en Guadalajara. Seleccionado en el Festival Internacional de Arte y Resistencia SPIELART en Munich, Alemania (2015). Obtuvo Premio de honor en el Primer Festival de Fotografía Latinoamericana en París, Francia (2004) Aella fotolatina; el Premio Nacional de Periodismo Cultural Fernando Benítez (2000), el Premio Jalisco de Periodismo en tres ocasiones (1999, 2001 y 2002), Premio del Concurso Internacional de fotografía la Memoria y el Olvido, Los ojos del tiempo, Guadalajara (2013), el Primer lugar en el Concurso Nacional Retratando la Democracia IFE (2002), así como una mención honorífica en la Quinta Bienal de Fotoperiodismo, D.F. (2003). Fue becario del FONCA Jóvenes Creadores (1999-2000); del Fondo Estatal para la Cultura y las Artes en Jalisco (1998-1999 y 2004-2005), de la Fundación Nuevo Periodismo Iberoamericano, Cartagena, Colombia (2001) y del Encuentro Fotoguanajuato (2003).

A partir de 1994 ha realizado ensayos fotográficos sobre diversos temas, entre ellos *Trashumantes en cuatro paredes*, serie de fotografía documental sobre la vida cotidiana de más de 200 indigentes en un albergue; *Tijuana John K* que integra cuatro ensayos fotográficos: Retrato de ciudad: autos chocados y abandonados en esa frontera; imágenes de migración; íconos visuales con cámara de juguete; y los Otros hijos de la frontera, serie documental de adictos a la heroína que en su mayoría fueron migrantes; *Recinto Olvido*, representación visual de los trastornos mentales en un hospital psiquiátrico; *Sala de espera*, pacientes de cáncer terminal y Antiguo Hospital Civil de Guadalajara; *Aire que ya no existe* sobre el abandono de los cuerpos en un anfiteatro; *Dormir con almohadas de basura*, vida nocturna de niños de la calle y prostitución infantil; *Ciudad de sombras* la construcción de salas de proyección de cine; *Cuaderno de Viaje*, registro de vida cotidiana en Nueva York, Los Ángeles, San Francisco, Cuba, Colombia y San Salvador; y *Vivir de la basura* la vida cotidiana de pepenadores que trabajan y viven en un basurero, entre otros.



DR. RAFAEL MEDINA DAVALOS

JEFE DE ENSEÑANZA Y CAPACITACION DEL CAISAME ESTANCIA PROLONGADA Y

EDITOR DE LA REVISTA SALME.

PRESENTE:

Por éste conducto reciba un saludo, y aprovechamos la ocasión para informarle que conforme a la sesión ordinaria del Comité de Bioética del CAISAME ESTANCIA PROLONGADA, realizada el día 03 de Mayo de la presente anualidad, en las Instalaciones de la Universidad ITESO, hemos llegado al acuerdo unánime de quienes conformamos dicho Comité, que apoyamos la propuesta de la publicación del trabajo artístico del fotógrafo Rafael Del Río, para la edición especial de la Revista SALME por el 60 aniversario del Hospital Psiquiátrico de Jalisco y el 15 aniversario del CAISAME ESTANCIA BREVE, ya que desde nuestra óptica, no atenta contra la dignidad ni los derechos humanos de los usuarios sino que más bien promueve la desestigmatización y la inclusión de las Personas con Enfermedad Mental.

Sin más que agregar, agradecemos su atención, no sin antes ponernos a sus órdenes para cualquier aclaración a éste respecto.

ATENTAMENTE:

Tlaquepaque Jalisco, a 03 de Mayo de 2017

INTEGRANTES DEL COMITÉ DE BIOETICA HOSPITALARIO DEL CAISAME ESTANCIA PROLONGADA

DR. MIGUEL ALVARO HIDALGO CASTILLO

PRESIDENTE DEL COMITÉ DE BIOETICA

LIC. TS MARIA TRINIDAD AMEZCUA RAMIREZ

SECRETARIA TECNICA

LIC. FRANCISCO CUAHUTEMOC MERAZ VAZQUEZ

VOCAL DEL COMITÉ



Everardo Jose Camacho Gutierrez

MTRO. EVERARDO JOSE CAMACHO GUTIERREZ

VOCAL DEL COMITÉ Y PROFESOR DE TIEMPO COMPLETO DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA EDUCACION Y SALUD DE LA UNIVERSIDAD ITESO.

Claudia Vega Michel

MTRA. CLAUDIA VEGA MICHEL

VOCAL DEL COMITÉ Y PROFESOR DE TIEMPO COMPLETO DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA EDUCACION Y SALUD DE LA UNIVERSIDAD ITESO

Jose Guadalupe Torres Nuñez

PBRO. JOSE GUADALUPE TORRES NUÑEZ

PARROCO DE LA COMUNIDAD DE EL ZAPOTE DEL VALLE JALISCO.

In memoriam



Dr. Francisco Páez Agraz
(1965-2016)

Médico psiquiatra, académico, investigador, profesor, directivo, líder, asesor, miembro del Sistema Nacional de Investigadores, primer subdirector de Desarrollo Institucional de SALME, uno de los principales artífices del Instituto Jalisciense de Salud Mental. Descanse en paz.

NUEVO

Antredamin[®]

Aripiprazol

EFECTO INTEGRAL, respuesta EFICAZ y SEGURA



INDICACIONES: ¹

- ◆ Esquizofrenia.
- Manía e Hipomanía en el Trastorno Bipolar.
- ▲ Coadyuvante en el Trastorno Depresivo Mayor.

Combina su **EFICACIA** antipsicótica sostenida y estabilizadora del ánimo con un excelente perfil de **SEGURIDAD** y **TOLERABILIDAD**.²



PRESENTACIONES ÚNICAS EN EL MERCADO: ¹



10 mg 20 tabletas biranuradas

15 mg 10 y 30 tabletas biranuradas

30 mg 20 tabletas biranuradas

55% de AHORRO

Beneficiando a su paciente con un Costo Mensual de Tratamiento **ACCESIBLE**.

Referencias:

1. Información para prescribir de Antredamin.
2. Schatzberg, A., Nemeroff, Ch. Textbook of Psychopharmacology. Fourth Edition. 2009. The American Psychiatric Publishing. Cap 31 Aripiprazole, p. 613-626.

No. de Aviso SSA 153300202C6026



NUEVO



RAYAR

Quetiapina

El antipsicótico que estabiliza el afecto.

Ira. ELECCIÓN en monoterapia en el tratamiento del **TRASTORNO BIPOLAR** tipo I y II.¹

EFFECTIVO CONTROL en:

- Principales síntomas de la **ESQUIZOFRENIA**.²
- Estados de **PSICOSIS** en otros trastornos psiquiátricos.^{2,3}

PRESENTACIONES:



100 mg 30 tabletas



25 mg 30 tabletas

43% de AHORRO

Beneficiando a su paciente con un Costo Mensual de Tratamiento **ACCESIBLE**.⁴



TABLETAS RANURADAS

Referencias: 1. Yatham L, et al. Canadian Network for mood and anxiety treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder update 2013. Bipolar Disorders 2013;15:1-44. 2. Stahl, S. The Prescriber's guide. Essential Psychopharmacology. Cambridge University Press. 2005. Pag. 505-511. 3. Stahl, S. Psicofarmacología Esencial de Stahl. Cuarta Edición. Editorial Cambridge University Press. 2013. Capítulo 5. Fármacos Antipsicóticos. Pag 300-307. 4. Comparativo del costo mensual de tratamiento (Rayar vs innovador), precio máximo al público septiembre 2015.

accepter

Memantina

En la enfermedad
de ALZHEIMER **Lo primero es Aceptarlo**

**10 mg caja
con 28 tabs**



Porque RECORDAR...
...es volver a vivir



Bibliografía información para prescribir.
SSA 173300202C1468

AKISKAM

Hidroxizina

Libera la **Creatividad**
sin **Ansiedad**

- **EFICAZ** en los síntomas psíquicos y somáticos de la Ansiedad.⁽¹⁾
- **RÁPIDO** inicio de acción.⁽²⁾
- **SEGURIDAD** en su uso.⁽¹⁾
- Incremento en la duración del sueño.⁽¹⁾
- No induce dependencia ni tolerancia.⁽¹⁾



10 mg caja con 30 tabletas



BIBLIOGRAFÍA:

1. Ferrerí, M. Hantouche, E.-G- Recent clinical trails of hydroxyzine in generalized anxiety disorder. In Acta Psychiatr Scand 1998;98 (suppl. 393):102-108.
2. Información para Prescribir Akiskam. 3. www.accessdata.fda.gov

SSA 173300202C1468



Antredamin[®]

Aripiprazol

EFFECTO INTEGRAL, respuesta EFICAZ y SEGURA



INDICACIONES: ¹

- ◆ Esquizofrenia.
- Manía e Hipomanía en el Trastorno Bipolar.
- ▲ Coadyuvante en el Trastorno Depresivo Mayor.

Combina su **EFICACIA** antipsicótica sostenida y estabilizadora del ánimo con un excelente perfil de **SEGURIDAD** y **TOLERABILIDAD**.²



PRESENTACIONES ÚNICAS EN EL MERCADO: ¹



10 mg 20 tabletas biranuradas

15 mg 10 y 30 tabletas biranuradas

30 mg 20 tabletas biranuradas

55% de **AHORRO**

Beneficiando a su paciente con un **Costo Mensual de Tratamiento ACCESIBLE.**

Referencias:

1. Información para prescribir de Antredamin.
 2. Schatzberg, A., Nemeroff, Ch. Textbook of Psychopharmacology, Fourth Edition, 2009, The American Psychiatric Publishing, Cap 31 Aripiprazole, p. 613-626.
- No. de Aviso SSA 153300202C6026



RAYAR

Quetiapina

El antipsicótico que estabiliza el afecto.



Ira. **ELECCIÓN** en monoterapia en el tratamiento del **TRASTORNO BIPOLAR** tipo I y II.¹



EFFECTIVO CONTROL en:

- Principales síntomas de la **ESQUIZOFRENIA**.²
- Estados de **PSICOSIS** en otros trastornos psiquiátricos.^{2,3}

PRESENTACIONES:



43% de **AHORRO**

Beneficiando a su paciente con un **Costo Mensual de Tratamiento ACCESIBLE.**⁴



TABLETAS RANURADAS

100 mg 30 tabletas

25 mg 30 tabletas

Referencias: 1. Yatham L, et al. Canadian Network for mood and anxiety treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder update 2013. Bipolar Disorders 2013;15:1-44. 2. Stahl, S. The Prescriber's guide. Essential Psychopharmacology. Cambridge University Press, 2005, Pag. 505-511. 3. Stahl, S. Psicofarmacología Esencial de Stahl. Cuarta Edición. Editorial Cambridge University Press, 2013. Capítulo 5. Fármacos Antipsicóticos. Pag 300-307. 4. Comparativo del costo mensual de tratamiento (Rayar vs Innovador), precio máximo al público septiembre 2015.