

DIRECCIÓN GENERAL
DE BIBLIOTECAS
SIBD

SERVICIO DE INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS

División de Política Social

La Salud Mental en México.

Dr. (c) Juan Martín Sandoval De Escurdia
Investigador Parlamentario en Política Social

Lic. María Paz Richard Muñoz
Asistente de Investigador

Av. Congreso de la Unión Núm. 66; Col. El Parque;
México, DF; C.P. 15969
Tel: 5628-1318 y 5628-1300 ext. 4805; Fax: 5628-1316
e-mail: martin.sandoval@congreso.gob.mx

La Salud Mental en México

Contenido

Resumen Ejecutivo	2
Introducción	4
1. Elementos para entender la salud mental	5
1.1. Definición	5
1.2. La salud mental como necesidad básica	5
1.3. Relación entre enfermedad mental y enfermedad física	6
1.4. Calidad de vida y Autodeterminación en salud mental	7
1.5. El Sistema Psiquiátrico tradicional y los planteamientos para reformarlo	9
2. La salud mental: Causas y efectos	11
2.1. La vulnerabilidad como causa de trastornos mentales	11
2.2. La epidemiología de la salud mental en México.	15
2.3. La salud mental desde una nueva perspectiva: vista como crucial para lograr el bienestar.	18
2.4. Los impactos: médico, social y presupuestal	20
2.4.1. Impactos médicos	20
2.4.2. La carga económica de los trastornos mentales	22
2.4.3. Efectos sociales de los problemas de la salud mental	25
2.5. Trascendencia y relevancia del estudio de la salud mental	28
2.6. Necesidades de información y estrategias para mejorar la salud mental	29
2.7. El inexistente o insuficiente presupuesto para salud mental en países, con ingresos bajos, medio bajos, medio altos y altos según la Organización Mundial de la Salud.	30
2.8. Algunos indicadores relacionados con la salud mental	30
3. Las acciones del Poder Ejecutivo en materia de salud mental y adicciones (2000-2006)	32
3.1. Recursos para la atención	32
3.2. Uso de los servicios	33
3.3. Antecedentes sobre la salud mental y las adicciones a través del Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC)	36
3.3.1 Programas de Acción Salud Mental	37
3.4. Sobre la transformación del modelo de atención mental tradicional en la Secretaría de Salud	38
3.4.1. Modelo Hidalgo de Atención Mental como parte de una nueva visión	39
4. Las acciones de la Cámara de Diputados al 2004 en Salud Mental	40
4.1. Sobre el cierre de los hospitales psiquiátricos	40
4.2. Sobre el derecho de los pacientes y familiares a ser debidamente informados sobre los padecimientos mentales	42
Bibliografía	44

Resumen Ejecutivo.

El propósito de la presente investigación es responder las siguientes preguntas sobre salud mental: ¿Qué es?, ¿Cuáles son las causas y efectos?, y ¿Qué acciones se han llevado a cabo en los últimos años, tanto por el Ejecutivo como por el Legislativo?

Actualmente el debate aborda el tema de la Salud Mental, lo cual se observa en que esta LIX Legislatura aprobó la reforma a la Ley General de Salud, y al Sistema de Salud Mental, que incluye un modelo de Atención en Salud Mental, mismo que contempla la creación de nuevas estructuras de atención, que en congruencia con los avances a nivel mundial, busca el definitivo cierre de los hospitales psiquiátricos asilares. Asimismo, se aprobó el aspecto de informar a los pacientes de trastornos mentales y a sus familiares (En el apartado 4 se abordan ambos dictámenes).

El asunto de la salud mental toma relevancia legislativa, desde el punto de vista de propuestas de modificación a la ley o creación de leyes, en la medida que se relaciona con otros temas de interés público. En este sentido, la salud mental incluye, desde trastornos discapacitantes como la esquizofrenia, depresión, obsesión – compulsión y alcoholismo, que son enfermedades neuropsiquiátricas y están entre las 10 enfermedades mas discapacitantes, hasta fenómenos sociales como la corrupción, la cual como conducta antisocial es también materia de la salud mental. Cabe apuntar que en relación a los impactos sociales, los índices de enfermos de estos trastornos tienden a aumentar debido a problemas como la pobreza, violencia, aumento de adicciones y envejecimiento de la población.

Con el objeto de cumplir el propósito de la investigación, el documento se integra por Resumen Ejecutivo, Introducción y cuatro apartados.

En la Introducción, se hace mención de la salud mental como fenómeno complejo determinado por múltiples factores sociales, ambientales, biológicos y psicológicos. Asimismo, bajo el enfoque de la política social, se relaciona como parte de la salud, con la pobreza. Finalmente, se mencionan algunas acciones de orden legislativo.

En el Primer apartado, se señala la salud mental como necesidad básica, y se explica la relación entre enfermedad mental y enfermedad física. Se revisan los conceptos de autodeterminación y calidad de vida relacionada a la salud. La crítica que se hace en torno a los abordajes tradicionales de los trastornos mentales a partir de el concepto de antipsiquiatría.

El Segundo apartado aborda los retos de las enfermedades mentales como un aspecto vital dentro de la salud pública, así como su impacto y efectos incapacitantes en la población. Los impactos específicos en la salud mental de la población que integra los grupos vulnerables, elementos cualitativos de los costos derivados de atender la salud mental, así como las necesidades de información y estrategias para mejorar la salud mental.

Se abordan los aspectos que esta problemática tiene a nivel mundial, tanto su amplitud, como las acciones que la Organización Mundial de Salud Mental ha emprendido para atenderlas y prevenirlas.

Se proporciona un panorama sobre el estado de los recursos para la atención de la salud mental en México, el uso de estos servicios.

En el tercer apartado se incluyen las acciones del Poder Ejecutivo que en el presente sexenio se tienen planeadas y se consideró pertinente llevar a cabo. En esta tarea, se señala que Secretaría de Salud juega un papel esencial y dentro de esta, la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), y el Programa de Acción Salud Mental. Finaliza este tercer apartado con las propuestas de transformación del modelo de atención tradicional al Modelo Hidalgo como una nueva visión, modelo novedoso que habrá de enfrentar los retos que este sector de la salud pública tiene.

El Cuarto apartado, expone las acciones de la Cámara de Diputados al 2004 en Salud Mental.

Introducción

La salud mental es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores sociales, ambientales, biológicos y psicológicos, e incluye padecimientos como la depresión, la ansiedad, la epilepsia, las demencias, la esquizofrenia, y los trastornos del desarrollo en la infancia, algunos de los cuales se han agravado en los últimos tiempos. En este sentido, lograr que la población conserve la salud mental, además de la salud física, depende, en gran parte, de la realización exitosa de acciones de salud pública, para prevenir, tratar y rehabilitar.

Otro aspecto inherente a la política social, es que la salud mental se relaciona al igual que la salud física, con la pobreza, en donde la incidencia de estos padecimientos exige de los afectados mayor proporción de los pocos ingresos que generan, además de lo incapacitantes que resultan, que como consecuencia disminuyen o frenan el potencial de desarrollo de las personas y por tanto de los núcleos familiares.

Así, además del bienestar físico, el mental tendría que ser una prioridad. Razón por la que el tema de la salud mental se ha posicionado en la agenda legislativa a partir de la LVIII Legislatura, de ésta Cámara de Diputados, como un problema de salud pública. En este sentido, en la Comisión de Salud de la LVIII Legislatura se inició el proceso legislativo de algunas iniciativas en la materia, de las cuales esta LIX Legislatura ha aprobado:

- ✓ La Reforma a la Ley General de Salud, y al Sistema de Salud Mental, que incluye un modelo de Atención en Salud Mental, el cual contempla la creación de nuevas estructuras de atención que, en congruencia con los avances a nivel mundial, debe buscar, el definitivo cierre de los hospitales psiquiátricos asilares.
- ✓ Sobre el derecho a ser debidamente informado, tanto pacientes con padecimientos mentales como sus familiares.

Cabe hacer mención que existe, por ejemplo, una Iniciativa para la Atención psicológica y psiquiátrica en los centros de atención médica de primer nivel¹ (clínicas familiares), con lo que se estaría en posibilidad de prevenir padecimientos mentales en general.

Con base en lo anterior, se observa que aún cuando la agenda legislativa incluye diversos temas de la política social, el tratamiento se ha relacionado en mayor medida con aspectos de salud física. Así, la presente investigación busca responder a las preguntas: ¿Qué es la salud mental?, ¿Cuáles son las causas y efectos?, y ¿Qué acciones se han llevado a cabo en los últimos años, tanto por el Ejecutivo como por el Legislativo (Cámara de Diputados)?

¹ Iniciativa que reforma diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de psicología y psiquiatría, a cargo del Diputado José Antonio Cabello Gil, del Grupo Parlamentario del PAN. Gaceta Parlamentaria, Cámara de Diputados, número 1844-III, martes 20 de septiembre de 2005. <http://gaceta.diputados.gob.mx/>

1. Elementos para entender la salud mental.

1.1. Definición

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental es el “bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación”.²

1.2. La salud mental como necesidad básica.

Dentro de las necesidades básicas del ser humano se encuentra la salud, es por ello que gobiernos, comunidades, familias y personas se preocuparan siempre por conservar y mantener niveles óptimos o “saludables”.

Len Doyal y Ian Gough definen las necesidades humanas básicas y estipulan lo que las personas deben lograr si han de evitar el *daño serio y sostenido*. En estos términos, daño serio, se entiende como “estar fundamentalmente incapacitado para perseguir lo que uno considera lo bueno”. El argumento desemboca en las necesidades básicas: “Puesto que **la sobrevivencia física y la autonomía personal son precondiciones de cualquier acción individual en cualquier cultura** y constituyen las necesidades humanas más básicas (aquellas que deben satisfacerse en algún grado antes que los actores puedan efectivamente participar en su forma de vida buscando alcanzar otras metas)”.

- ✓ La sobrevivencia no es suficiente, ya que constituye una necesidad humana básica la *salud física*. Para desempeñarse adecuadamente en sus vidas diarias la gente no sólo necesita sobrevivir, necesita también poseer una módica salud básica.
- ✓ El nivel de autonomía, entendida como la capacidad de iniciar una acción, la capacidad de formular propósitos y estrategias, e intentar ponerlas en acción, está determinado por tres variables según Doyal y Gough: el nivel de *entendimiento* de nosotros mismos, de nuestra cultura, y de lo que se espera de nosotros; la *capacidad psicológica de formular opciones* para uno mismo (su *salud mental*); y las *oportunidades objetivas* de actuar en consecuencia y la *libertad* implicada en ello.³

Un país que presente serios problemas en la salud de sus habitantes tendrá problemas para llevar adelante un plan nacional de desarrollo de sus propios pobladores, del uso de sus riquezas y del bienestar de sus habitantes.

² ESCANDÓN Carrillo, Roberto. *¿Qué es salud mental? (Un panorama de la salud mental en México)*. En Castillo Nechar, Marcelino (Coord.) Salud mental, sociedad contemporánea. Universidad Autónoma del Estado de México. México 2000. ISBN 968-831-492-9. Pág. 17

³ Esto último lleva a los autores a introducir el concepto de *autonomía crítica*. Donde existe la oportunidad para participar en la aceptación o cambio de las reglas de una cultura, será posible para los actores aumentar significativamente su autonomía, alcanzando *la autonomía crítica* (pp. 60-69). BOLTVINIK Julio. *Una teoría de las necesidades humanas*. La Jornada, México DF. 7 de Junio 2002. <http://www.jornada.unam.mx/2002/jun02/020607/022n1eco.php?origen=index.html>. Citando a: Len DOYAL y Ian GOUGH *A Theory of Human Need*, (MacMillan, Londres, 1991).

Así, los gobiernos integran sistemas nacionales de salud, que dan atenciones a la población para mejorar sus condiciones de vida y desarrollo, disminuyen los impactos mortales de las enfermedades, previenen hábitos nocivos que ayudan a una mejor calidad de vida, investigan las características de las enfermedades y procuran llevar a la mayoría de la población, atención suficiente y adecuada.⁴

Dentro de las premisas que rigen las acciones del Sector Salud en nuestro país, el Programa de Salud 2000-2006 menciona:

- a) La buena salud como objetivo de desarrollo y condición indispensable para alcanzar igualdad de oportunidades.
- b) La salud, junto con la educación, es el componente central del capital humano, capital más importante de individuos y naciones. Mejorar la salud y asegurar la educación significa fortalecer al individuo y a la sociedad para procurar y acrecentar sus medios de vida.
- c) Dado su potencial estratégico, es necesario dejar de ver a la salud solamente como un sector específico de la administración pública y empezar a considerarla también como un objetivo social que todos los sectores pueden y deben seguir. En este sentido, se requiere complementar las políticas de salud con políticas saludables.

Cabe mencionar, con base en lo expuesto, que cuando se habla de salud, la palabra generalmente remite a la prevención y atención a las enfermedades, o a las circunstancias que atentan contra la integridad física y biológica del individuo. Esto conlleva, que la gran mayoría de acciones, programas, recursos e infraestructura se encuentren encaminados a atender este aspecto: el abordaje biológico y físico, y menos el mental.

Nótese que el ser humano no solo es *soma*⁵, sino también *psique*⁶, por lo que es preciso considerar todos los elementos que integran a la salud. Es decir, entender al humano como un ente bio- psico - social, con una visión integral, comprendiendo que existen varios aspectos que forman parte de un solo fenómeno.

Tradicionalmente la salud del hombre ha sido pensada en lo relativo sus aspectos biológicos, mientras que a las cuestiones mentales: de personalidad o psicológicas, no se les ha dado la misma importancia. Así se requiere ser sano, física y mentalmente.

1.3. Relación entre enfermedad mental y enfermedad física⁷

Esta relación es muy estrecha ya que existe una gran variedad de enfermedades médicas que dan como resultado trastornos mentales claramente identificados y a los que se han denominado secundarios. Son numerosas las enfermedades médicas que generan trastornos mentales en individuos susceptibles, entre éstas predominan las endocrinológicas, las cardiopatías, las inmunológicas y las neurológicas.

⁴ Secretaria de Salud, *Programa de salud 2000-2006*. <http://www.ssa.gob.mx/>

⁵ Relativo a lo orgánico.

⁶ Relativo a lo psíquico o mental.

⁷ En lenguaje técnico se habla de Comorbilidad psiquiátrica con enfermedades médicas. Secretaria de Salud. *Programa de Acción: Salud Mental*. México, 2001. ISBN 968-811-994-6. Pág. 30

Ejemplo de esto es la alta proporción de pacientes diabéticos, padecimiento que tiene una prevalencia del 10% en la población y que provoca trastornos depresivos y cambios de personalidad secundarios al procedimiento médico. También, más de 50% de pacientes con enfermedad vascular cerebral (EVC) presentan trastornos mentales, principalmente alteraciones del estado de ánimo.

1.4. Calidad de vida y Autodeterminación en salud mental.

Calidad de vida y autodeterminación, son dos conceptos que en los últimos años según Escandón Carrillo, han sido objeto de numerosos estudios para encontrar la relación que guardan entre sí. Esto con el fin de mejorar las condiciones de vida de los enfermos mentales y sus familiares.⁸

a) Concepto de calidad de vida.

El estudio de la calidad de vida constituye un área de interés que atañe a múltiples profesiones. El término "calidad de vida" apareció en el año 1975 y, aunque los orígenes de este concepto se sitúan en el ámbito de la medicina, el interés por él se ha extendido a otras disciplinas, como la sociología y **la Psicología** (Moreno y Ximénez, 1996).⁹

El concepto de *calidad de vida* -según TEVA Inmaculada- es "difícil de definir, ya que se trata de un término global y multidisciplinar. Además, hay que considerar los aspectos objetivos y subjetivos al momento de definirla. Por otra parte, es necesario tener en cuenta que el concepto de calidad de vida debe considerarse desde una perspectiva cultural, puesto que cambia dependiendo de las culturas, el momento histórico y la sociedad. Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida implicaría una serie de componentes, todos ellos de carácter objetivo, que son la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social, los vestidos, el ocio y los derechos humanos."¹⁰

Sin embargo -continúa TEVA inmaculada-, es importante atender el aspecto subjetivo, esto es, las percepciones de las personas acerca de esos componentes objetivos. Aunque no existe un consenso acerca de una definición de calidad de vida, los expertos afirman que es un concepto que **implica el funcionamiento conductual y el bienestar psicológico subjetivo**. Diferentes autores han elaborado definiciones de calidad de vida en términos de la satisfacción personal en distintos ámbitos, que oscilan entre los aspectos materiales y financieros hasta los políticos y otros referidos al bienestar, que afirma que es "un cuerpo de trabajo relacionado sobre el bienestar psicológico, funcionamiento social y emocional, estado de salud, desempeño funcional, satisfacción con la vida, apoyo social y un patrón de vida,

⁸ VERDUGO, Miguel A. y Martín, Mónica. *Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes*. Salud Mental Vol. 25 (4): 68 - 77, Agosto, 2002 Registro 921, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. ISSN 0185-3325. http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/citabiblio.php?id_cita=921

⁹ Moreno y Ximénez, 1996, citados por TEVA, Inmaculada, Et al. *Calidad de vida relacionada con la salud en la infección por el VIH*. En Psicología y Salud. Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad Veracruzana. Vol. 14, Num. 1. México. Jul - Dic 2004. ISSN 1405 - 1109. Pag. 229 -235.

¹⁰ TEVA, Inmaculada, Et al. *Calidad de vida relacionada con la salud en la infección por el VIH*. Op. cit.

mediante el cual son utilizados los indicadores normativos, objetivos y subjetivos del funcionamiento físico, social y emocional”.

Ardila (2003) propone a su vez una definición de calidad de vida más integradora y actual:

Calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos, el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida¹¹

Un aspecto relevante es la evaluación de los factores psicológicos, que se han convertido en una característica clave de las medidas de calidad de vida; entre estos componentes, la salud es uno de los principales ya que influye de forma directa e indirecta en aquélla; de forma directa, puesto que las actividades cotidianas que realiza el ser humano dependen del estado de salud, y de forma indirecta, debido a que afecta a otros aspectos presentes en la calidad de vida de las personas, como son las relaciones sociales, el ocio y la autonomía.¹²

b) **Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)**, involucra el funcionamiento y los síntomas físicos, los factores psicológicos y los aspectos sociales.

Los efectos secundarios de naturaleza psicológica de los padecimientos crónicos suelen aparecer a lo largo del tratamiento. Por tanto, es crucial tratar la cuestión referida a la calidad de vida relacionada con la salud, toda vez que los tratamientos farmacológicos pueden afectarlos, así como la propia situación de vivir con una enfermedad crónica.¹³

El estudio de la calidad de vida se está centrando en las enfermedades crónicas, como la artritis reumatoide¹⁴. En esta misma línea, existe interés por el estudio de la calidad de vida de aquellos pacientes con enfermedades avanzadas, progresivas e incurables que han ingresado en las unidades de cuidados paliativos.¹⁵

Con respecto a la CVRS es un concepto multidimensional que debe incluir -de acuerdo con Teva, Inmaculada- los siguientes aspectos:

- 1) el funcionamiento físico, que incluye el cuidado personal, el desempeño de actividades físicas y de roles;
- 2) los síntomas físicos relacionados con la enfermedad o su tratamiento;

¹¹ TEVA, Inmaculada, Et al. *Calidad de vida relacionada con la salud en la infección por el VIH*, Op cit, pag. 229.

¹² *Idem*

¹³ *Idem*

¹⁴ Enfermedad de origen autoinmune que afecta a las articulaciones; se trata de una enfermedad progresiva y deteriorante -al igual que la infección por el VIH- que afecta la calidad de vida puesto que a los síntomas propios de la enfermedad hay que añadir la pérdida de un número considerable de actividades cotidianas. Las investigaciones realizadas han mostrado que los pacientes con artritis reumatoide tienen una peor calidad de vida que la población general

¹⁵ TEVA, Inmaculada, Et al. *Calidad de vida relacionada con la salud en la infección por el VIH*. Op cit

- 3) los factores psicológicos, que aglutinen desde el estado emocional -por ejemplo, la ansiedad y la depresión- hasta el funcionamiento cognoscitivo, y
- 4) los aspectos sociales, es decir, las relaciones sociales de la persona con los demás.

Así es importante distinguir entre *calidad de vida* y *calidad de vida relacionada con la salud*. Si se comparan, se observa que ésta última es más descriptiva, se centra en aspectos del estado de salud, y relaciona directamente la calidad de vida con el concepto de enfermedad.¹⁶

- c) **El concepto de autodeterminación**, se utilizó inicialmente en la evaluación de programas como principio de garantía de bienestar y calidad de vida. En los últimos años se ha empleado como una dimensión importante dentro de los programas de rehabilitación psicosocial. Así, la atención en salud mental se centró más en los usuarios y familiares, y menos en los profesionales.¹⁷

Los modelos de calidad de vida que más importancia han dado al concepto de autodeterminación consideran que la percepción subjetiva del paciente debe tenerse en cuenta al diseñar las distintas intervenciones o los programas de rehabilitación.¹⁸

A partir de esta concepción, la cual ha sido caracterizada como la “*reforma psiquiátrica*” se comenzó a ver, desde la perspectiva del paciente, la necesidad de mejorar su calidad de vida mediante una mayor participación suya en los servicios de salud mental, así como en las decisiones y la planificación del tratamiento. Evaluar la satisfacción del paciente con la atención prestada por los dispositivos socioasistenciales permitió ver la necesidad de mejorar su autonomía. Para conseguir este objetivo, se tuvieron en cuenta sus opiniones, deseos y necesidades, y se promovió además su integración a la comunidad. Así la percepción del paciente acerca de su calidad de vida y de su propia realidad es una variable que ya forma parte de muchos programas de rehabilitación psicosocial diseñados en los últimos años.¹⁹

1.5. El Sistema Psiquiátrico tradicional y los planteamientos para reformarlo

La concepción de la locura manejada por la psiquiatría biologista que consiste en la atribución de un origen biológico hereditario, **la desvincula del contexto social; encubre su verdadero carácter y le utiliza como medio de contención social. Quienes salen de la norma y dejan de ser productivos en términos económicos, corren el grave peligro de ser considerados locos.**²⁰

¹⁶ TEVA, Inmaculada, Et al. *Calidad de vida relacionada con la salud en la infección por el VIH. Op. cit.*

¹⁷ Este cambio se reflejó en el uso de diseños de evaluación longitudinales, cuantitativos y cualitativos. VERDUGO, Miguel A. y Martín, Mónica. *Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes. Op. Cit.*

¹⁸ Estos modelos multidimensionales, han sido los comunitarios, así como el modelo propuesto por Schalock, validado por la revisión de la investigación publicada en el periodo 1985-1999. VERDUGO, Miguel A. y Martín, Mónica. *Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes. Op. cit.*

¹⁹ *Idem*

²⁰ DÖRING, Ma. Teresa. *Contra el manicomio*, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco. Col. Ensayos, México, 1985, ISBN 96-859590-6. pag 433 y sigs.

Las estrategias del sistema psiquiátrico tradicional han incluido la reclusión de los enfermos a espacios cerrados, bajo vigilancia médica y psiquiátrica, uso de medicamentos para tratar de contrarrestar los efectos físicos en las personas que padecen estas enfermedades. Lo que sucede entonces como consecuencia es un internamiento casi de por vida (dependiendo la enfermedad), condiciones miserables de subsistencia de estos hospitales (comúnmente llamados manicomios o “casa de la risa”) por bajos presupuestos y la casi nula rehabilitación.

Para Franco Basaglia, quien asumió la dirección del Hospital Psiquiátrico de Gorizia, Italia en 1961, el movimiento antipsiquiátrico denuncia los extremos a que han llegado las condiciones de manicomios e instituciones similares, y pugna por su definitiva erradicación.

El término antipsiquiatría lo desarrolló David G. Cooper en su libro “La gramática de la vida” (The Grammar of living). Se denuncia principalmente el ejercicio del poder con violencia y represión a nivel de las instituciones destinadas a resolver las necesidades de los enfermos mentales.

Basaglia planteó dentro de los proyectos de reforma psiquiátrica la revisión y análisis de la organización sanitaria a nivel psiquiátrico y como grupo de psiquiatras interesados, documentar y denunciar la psiquiatría y servicios relacionados en Francia, Portugal, Alemania, Italia y España que integraban el “Mapa de la Vergüenza”. Los cambios propuestos por esta nueva cultura de la salud se deberían reflejar en cambios prácticos.²¹

Los planteamientos de la antipsiquiatría permearon el pensamiento de algunos sectores que atendían la salud mental pública en Europa y Estados Unidos a principios de 1960, denunciando el ejercicio del control del poder, del uso de la fuerza y la reclusión a través de la legitimación que recibe el médico para controlar, excluir, finalmente apartar al enfermo. Cuestiona la presencia misma de una institución como *el manicomio* y denuncia los excesos de este ejercicio del poder, estos excesos producen la pérdida del valor social del individuo recluso. Se cuestiona quién y por qué razones se dice que un individuo está “loco” y las condiciones para su “cura”, sometiendo a estos internos al aislamiento, la reclusión y el maltrato; en fin, se pone de manifiesto las íntimas contradicciones de esta institución y todas sus estrategias.

La antipsiquiatría siempre se remitirá a la crisis de la psiquiatría tradicional, y es la contestación a un sistema asistencial inadecuado en lo relativo a la prevención, tratamiento y atención de los “trastornos mentales”.

Las instituciones psiquiátricas de México no se excluyen de esta realidad, al contrario, las reproducen.

En contraposición y como respuesta a estas realidades se proponen comunidades terapéuticas con diferentes sistemas de tratamiento y enfoques sociales, que modifican sustancialmente el abordaje de esta problemática de salud pública, pero aún así habrá que considerar que las comunidades terapéuticas no son la panacea y tienden a reproducir, aunque en menor escala, la problemática esencial del enfermo mental: su control, manejo e inserción social.²²

²¹ BASAGLIA, Franco. *Entrevista con Franco Basaglia*. En: *Psiquiatría y Antipsiquiatría*, Biblioteca Salvat Grandes Temas, No. 98. Texto Juan Obiols, Salvat Editores, Barcelona, 1973, Pág. 9-19, 72-85.

²² DÖRING, Ma. Teresa. *Contra el manicomio*, *Op. Cit.*

2. La salud mental: causas y efectos.

2.1. La vulnerabilidad como causa de trastornos mentales

La necesidad de que todos los miembros de la familia se integren al mercado laboral, incluyendo a madres con niños pequeños y los niños mismos, así como la migración internacional, aún cuando representan oportunidades para el progreso económico, incrementan los riesgos para los problemas mentales, ya que en las familias se cambian los roles tradicionales de la mujer y el hombre, además de crear un ambiente poco propicio para la comunicación y supervisión de todos los miembros de la familia, provocando estrés adicional que puede llevar a la depresión y la ansiedad.²³

- a) **Pobreza** (Secretaría de Salubridad y Asistencia.). La pobreza como problema de mala nutrición, carencia de servicios básicos, marginalidad acceso limitado a los servicios educativos y de salud, repercuten directamente en las condiciones de vida de la familia y de la sociedad. Este es un problema complejo, en el que la dimensión de la carencia, la privación o la marginalidad son los rasgos que habitualmente se destacan. Encuestas recientes han demostrado que las familias pobres tienen una mayor prevalencia de **depresión y trastornos de ansiedad**; los niños que viven en la pobreza se encuentran más expuestos a enfermedades médicas, **estrés** familiar, apoyo social inadecuado y a **la depresión de los padres**. La pobreza se asocia con la falta de apoyo y de estimulación, ambientes caóticos, estrés psicológico y bajo control en la familias.²⁴

Hablar de los trastornos mentales significa hablar de la pobreza: ambos están encerrados en un círculo vicioso²⁵

En tanto que los trastornos mentales generan costos por concepto de tratamientos de largo alcance y de productividad perdida, se puede argumentar que esos trastornos contribuyen considerablemente a la pobreza. Al mismo tiempo, la inseguridad, un bajo nivel educacional, la vivienda inadecuada y la sub-nutrición han sido reconocidos como factores asociados con los “trastornos mentales comunes”. Existe, según la OMS, evidencia científica que la depresión prevalece de 1,5 a 2 veces más entre las personas de bajos ingresos de la población. La pobreza de la Organización Mundial de la Salud puede entonces considerarse un determinante importante de los trastornos mentales, y viceversa. De tal manera que ambos

²³ MEDINA Mora, Ma. Elena y Jorge Villatoro. *La epidemiología de la salud mental en México*. Boletín especial de salud mental. Resumen del trabajo “La salud mental en México. Retos y perspectivas”. Epidemiología y Ciencias Sociales del Instituto Nacional de Psiquiatría (INP). <http://www.conadic.gob.mx/doctos/epidism.htm>. Consultado el 07/02/05. Ma. Elena Medina-Mora, Directora de Epidemiología y Ciencias Sociales del Instituto Nacional de Psiquiatría (INP), y el Dr. Jorge Villatoro, investigador de tiempo completo del INP. El trabajo original presenta la situación actual de la salud mental en la población mexicana, incluyendo datos sobre adicciones y violencia, de acuerdo con la información obtenida de encuestas y otros estudios, en el contexto de la transición social y demográfica que influye en la calidad de vida de la población, asimismo, define los requerimientos de información y propone algunas recomendaciones para establecer políticas de atención. Sin embargo, este resumen consultado se restringe exclusivamente a la información relacionada con la salud mental.

²⁴ Secretaría de Salud. *Programa de Acción: Salud Mental*. Op. cit. Pág. 36

²⁵ Organización Mundial de la Salud. *Invertir en Salud Mental*. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, Suiza. 2004. ISBN 924 356257 6. Pág. 25

aparecen unidos en un círculo vicioso afectando diversas dimensiones del desarrollo individual y social.²⁶

- b) **Trabajo (Personas desempleadas)** tienen más **síntomas depresivos** que las que encuentran trabajo (Bolton y Oakley, 1987; Kessle). Inclusive, las personas con empleo que perdieron su trabajo tienen un riesgo doble de estar deprimidas que las que mantienen su empleo (Dooley et al., 1994).²⁷
- c) **Educación (Bajo nivel educacional)**. Varios estudios han demostrado una asociación significativa entre la prevalencia de “trastornos mentales comunes” y **el bajo nivel educacional** (Patel y Kleinman, 2003). Más aún, un bajo nivel de educación dificulta el acceso a la mayoría de trabajos profesionales, aumenta la **vulnerabilidad** e inseguridad y contribuye al mantenimiento de un capital social disminuido. El analfabetismo o el escaso nivel educacional y la enfermedad están íntimamente ligados en el ámbito de la pobreza.²⁸
- d) **Violencia y trauma**. En comunidades afectadas por la pobreza, la **violencia y el abuso** son frecuentes. Ellas afectan el bienestar mental general y pueden inducir trastornos mentales en los más vulnerables.²⁹
- e) **Mujeres trabajadoras** (Programa de Acción de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, SSA). Las familias mexicanas se encuentran en un complejo momento de transición debido al **cambio de los roles en el hogar** y a una doble carga para las mujeres, en la que además de cumplir con las labores del hogar, aportan una mayor contribución económica, esto ha provocado un incremento en su intervención en las decisiones familiares, se ha traducido en un fuerte aumento en las tensiones, lo que ha incrementado de manera considerable la incidencia de la **problemática mentales** en este grupo. Un ejemplo de esta situación es la **depresión en la mujer** que tiende a interpretarse como un estado “natural” y poco importante, para la pareja, la familia, y para el personal de salud. Asimismo, la mayor participación de las mujeres en el mundo del trabajo incrementa a su vez el número de menores que crecen al margen del cuidado y la vigilancia de ambos padres, así como de aquellos que ingresan de manera temprana al mercado informal de trabajo.³⁰
- f) **Población rural**. Las características de la vida rural en México, como la falta de oportunidades de trabajo, la falta de infraestructura básica, de servicios de salud, de satisfactores, alimentación deficiente y mal balanceada, oportunidades limitadas para contraer matrimonio fuera del círculo familiar, incrementando los factores genéticos de riesgo, aunados **al abuso en el consumo del alcohol, embarazos adolescentes, depresión y limitaciones en el desarrollo de las funciones cerebrales superiores**, son factores que favorecen la prevalencia de pacientes mentales.³¹
- g) **Niños y niñas en situación de calle**. El niño de la calle es todo menor que depende o está en condiciones de depender de su propia actividad en la calle para sobrevivir; de igual modo existen menores que trabajan en la calle para contribuir al ingreso familiar, llamados también niños en la calle. Con su inclusión en el mercado laboral,

²⁶ Organización Mundial de la Salud. *Invertir en Salud Mental*. Op. cit.

²⁷ *Idem*

²⁸ *Idem*

²⁹ *Idem*

³⁰ Secretaría de Salud. *Programa de Acción: Salud Mental*. Op. Cit. Pág. 37

³¹ *Ibidem*. Pág. 38

los niños y jóvenes de hogares más desfavorecidos se encuentran en condiciones de enorme desventaja, pues trabajar para contribuir al ingreso familiar les impide asistir a la escuela; esta falta de preparación se convierte en un obstáculo para superar, en el futuro, sus precarias condiciones de vida. Asimismo, se ha detectado que un gran número de estos menores es miembro de familia desintegradas y disfuncionales, lo que las convierte en expulsoras de estos niños y posibilitan que el problema se mantenga, ya que estos salen a la calle en busca de mejores condiciones de vida, muchas veces solo para encontrarse con situaciones hostiles, agresivas, opresivas, incomprensivas y en crisis constantes. Estos niños y jóvenes viven continuamente expuestos al **uso de drogas, a la violencia social, al abuso sexual, a la prostitución, a la explotación** y a las enfermedades transmitidas por vía sexual; entre las secuelas que esta situación deja en los menores se encuentran el **retraimiento emocional, la ansiedad, la depresión y los problemas para relacionarse**.³²

- h) Personas con discapacidad.** Las personas con discapacidad son aquellas que por razones físicas, psicológicas y sociales requieren de mayor apoyo para interactuar con su medio y desarrollar sus potencialidades. En México la discapacidad se asocia con otro factor de vulnerabilidad que es la pobreza. Si la población discapacitada no es atendida adecuadamente, padece **desajustes psicosociales, problemas de desintegración familiar**, analfabetismo, desempleo, mendicidad y problemas económicos graves, todos ellos estresores emocionales importantes.³³
- i) Menores farmacodependientes.** El consumo de drogas en México se ha extendido a casi todos los grupos sociales; se le considera un problema de salud pública, además de que se le relaciona con **acciones delictivas y violentas**. Su tendencia ascendente es preocupante. La relación de la fármaco-dependencia con otros fenómenos sociales no solo es muy estrecha por las implicaciones legales, laborales culturales e incluso políticas si no que, además, representa un factor condicionante importante para el desarrollo de enfermedades mentales. La relación con la familia de origen es especialmente importante para explicar las variaciones en los índices del consumo de drogas. Los resultados muestran que el vivir en la calle es el factor de riesgo más importante para usar drogas, 56% de los menores que viven en esas circunstancias en comparación con solamente 5% de los que viven en su casa han usado drogas.³⁴
- j) Madres adolescentes.** La maternidad y paternidad adolescentes son fenómenos de actualidad que cuentan cada vez con mayor atención por parte de las políticas públicas en México. Son innumerables los factores involucrados en el embarazo en la adolescencia: **falta de información sobre educación sexual y reproductiva, familias disfuncionales, consumo de drogas, reproducción de patrones culturales**, falta de oportunidades de desarrollo para los jóvenes y la presencia de problemas mentales como el **trastorno por déficit de atención**, entre otras. Las mujeres que inician la maternidad en esta etapa de su vida van reducidas las posibilidades de permanecer en el sistema educativo o de incorporarse al mercado de trabajo. La mayoría de las madres adolescentes tiene que abandonar sus

³² Secretaría de Salud. *Programa de Acción: Salud Mental. Op. cit.* Pág. 38

³³ *Ibidem*, Pág. 39

³⁴ *Idem*

estudios, sea por cuestiones personales, presiones familiares o por discriminación escolar. Enfrentan situaciones de conflicto, que le significa cambios fundamentales en su condición y las exponen a experiencias de vida **con soledad, dolor emocional, intolerancia y tensiones emocionales** fuertes que las afectan tanto a ellas como a sus hijos.³⁵

- k) Adultos en plenitud.** La demanda de los servicios de salud por parte de la población mayor de 64 años represente uno de los principales retos para los mismos, ya que este grupo de edad los utiliza con una frecuencia cuatro veces mayor que el resto de la población. Los padecimientos que se vinculan con los adultos mayores son principalmente las enfermedades degenerativas como las **demencias, enfermedad de Parkinson, diabetes mellitus**, y otras.³⁶ Alrededor de 45% de los mayores de 65 años no tienen acceso a los beneficios de la seguridad social, lo que es particularmente grave en el caso de las mujeres y las personas mayores del medio rural. Las **perdidas** que paulatinamente tiene el adulto mayor, de su empleo, de sus seres queridos, del grupo de amigos, de la pareja, de sus bienes, de sus capacidades y de su salud, va generando en ellos un estado de ánimo depresivo y de aislamiento. La familia, a su vez, se ve violentada y desorganizada por esas circunstancias y la mayoría de las veces se siente incapaz de afrontarla, propiciando con ellas diversas manifestaciones de **maltrato físico y emocional** y en diversas ocasiones, de **abandono, rechazo e indiferencia**.³⁷
- l) Población indígena.** Los diferentes pueblos indígenas son un grupo que se identifica como el menos saludable, con menores niveles de escolaridad, de empleos, de economía y de vivienda, y también por la falta de infraestructura en sus comunidades para atender problemas de salud. Lo anterior se entiende por la marginación social y el aislamiento. Todos estos factores contribuyen a un nivel de salud bajo y a propiciar un círculo vicioso de desventajas en las comunidades indígenas que los hace propensos a padecer enfermedades mentales. En el país están identificados al menos 63 grupos indígenas cuya esperanza de vida al nacer es de 69 años, a diferencia de 74 años en la población nacional. La tasa de mortalidad es 58% más alta entre los niños indígenas, la desnutrición crónica es el principal problema de salud y convierte a los niños indígenas en una población altamente vulnerable a padecer **retrasos en el desarrollo físico y mental**. Con mayor probabilidad de presentar complicaciones durante el embarazo y que tengan hijos con bajo peso al nacer o prematuros. Para la población con diferencias étnicas y lingüísticas, el **racismo** y la **discriminación** también afectan los niveles de salud mental.
- m) Población migrante.** México, se ha convertido en un expulsor de población económicamente activa, que en busca de opciones de sobrevivencia sale del país exponiéndose a los **riesgos y tensiones** que implica el cambio de residencia, la adaptación a una cultura diferente, la **discriminación étnica**, la incertidumbre económica y la preocupación por el **abandono** de la familia. Esta población al llegar a otro país con una cultura diferente se enfrenta a situaciones de **estrés importante** para lograr su adaptación a la barrera del idioma, la **discriminación, la**

³⁵ Secretaría de Salud. *Programa de Acción: Salud Mental. Op. cit.* Pág. 39 y 40

³⁶ *Ibidem.* Pág. 40

³⁷ *Idem*

perdida de su identidad, sentimientos de autodevaluación y de inadecuación, miedo, conductas persecutorias que los llevan a estar en constante estado de alerta, desconocimiento de las leyes, que con frecuencia los colocan en situaciones de arresto y cárcel. Estas tensiones, son desahogadas a través del **consumo de alcohol** o de **otro tipo de sustancias** a las que tienen acceso, así como por caer en **conductas de riesgo sexual**.³⁸

- n) Enfermos mentales delincuentes recluidos.** Uno de los problemas de salud mental manejado con menor éxito en el país es el de los enfermos mentales delincuentes, que se encuentran en áreas específicas de los reclusorios y en pabellones de los hospitales psiquiátricos, como es el caso del Hospital Granja “Dr. Samuel Ramírez Moreno”. La Ley establece la inimputabilidad para personas que delinquen estando mentalmente perturbadas, que enferman durante su juicio o durante el cumplimiento de una pena con reclusión. En 1988 se reformó la Ley Penal Federal y se estableció que ningún enfermo mental ha de permanecer recluido por un tiempo mayor que el correspondiente a su conducta, ya que para alguno de estos enfermos la inimputabilidad resultó ser una conducta por tiempo indefinido.³⁹

Con base en lo expuesto, la OMS señala que en ausencia de inversiones bien dirigidas y estructuradas en salud mental el círculo vicioso de la pobreza y los trastornos mentales será perpetuado. Esto impedirá el alivio de la pobreza y el desarrollo.⁴⁰



2.2. La epidemiología de la salud mental en México.

a) Trastornos psiquiátricos en la Población Adulta.- En 1994, los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Adicciones realizada en zonas urbanas, detectaron la prevalencia de trastornos mentales entre el 15 y el 18% de la población en general; en esta encuesta se observa que la depresión es el trastorno más frecuente tanto en hombres como

³⁸ Secretaría de Salud. *Programa de Acción: Salud Mental. Op. cit.* Pág. 41

³⁹ *Ibidem.* Pág. 42

⁴⁰ Organización Mundial de la Salud. *Invertir en Salud Mental. Op. cit.* Pág. 25

en mujeres, con 4.9% y 9.7%, respectivamente. Los resultados del estudio concuerdan con los realizados en otros países e indican que **una de cada seis personas sufrirá un problema de salud mental que podría requerir atención médica especializada**; esto significa que, en nuestro país, para una población aprox. de 100 millones de personas, padecen trastornos mentales aproximadamente 15 millones, lo que equivale a una sexta parte de nuestra población.⁴¹ (Ver Cuadro 1, que indica los porcentajes para los trastornos mentales abordados por la Encuesta citada)

Cuadro 1. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en población adulta en zonas urbanas en 1994. México

Trastorno	Hombres %	Mujeres %	Total % [promediado y ajustado]
1. Depresión	4.9	9.7	7.30
2. Epilepsia	3.4	3.9	3.65
3. Probable psicosis	3.2	2.6	2.90
4. Probables trastornos limítrofes	1.6	0.8	1.20
5. Trastorno obsesivo	1.6	3.0	2.30
6. Probable esquizofrenia	1.2	0.9	1.05
7. Manía	0.3	0.2	0.25
8. Psicosis inespecífica	0.7	0.6	0.65
9. Trastorno bipolar	0.7	0.6	0.65
10. Trastorno de ansiedad	0.3	1.6	0.95

Fuente: Caravelo y Cols. Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México. Resultados de una Encuesta Nacional en Hogares. AN. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1994.

b) Según González Salvador:

- El 18% de la población urbana, entre 18 y 64 años de edad, sufre trastornos afectivos, principalmente **depresión**.
- Los **trastornos depresivos** y la **ansiedad** son los trastornos mentales más frecuentes en la consulta de los tres niveles de atención.
- El 1.6% de la población adulta ha **intentado suicidarse**. La tasa de **suicidios** se ha incrementado de 1.13, en 1970, a 2.55 en 1991, es decir un 125 por ciento.
- La **epilepsia** tiene una prevalencia de 3.7% en población de 18 a 64 años; de 1.6% en niños de población urbana y de 2.1 a 4.1% en niños de población rural. Cabe señalar que las personas que sufren de este trastorno son estigmatizadas, sin embargo, en la actualidad el 80% de los pacientes diagnosticados pueden ser tratados exitosamente con medicamentos y poder desarrollarse en los ámbitos familiar, laboral y social.
- Los **problemas de salud mental en la infancia** no son identificados por lo que no se solicita atención al respecto, no obstante se calcula que un 7% de la población entre los 3 y los 12 años de edad se encuentra afectada.
- En las escuelas de educación especial de la Secretaría de Educación Pública, se atienden anualmente a un número aproximado de 140 mil niños con **problemas de**

⁴¹ Secretaría de Salud. *Programa de Acción: Salud Mental. Op. cit.* Pág. 44. La tabla de la fuente indica los valores 7.8, 3.7, 2.8, 1.1, 2.5, 1.0, 0.2, 0.6, 0.6, y 1.1, los cuales son erróneos.

aprendizaje; 35 mil por **deficiencia mental**; 12 mil por **problemas de lenguaje**; ocho mil por **trastornos de la audición**; tres mil por **impedimentos motrices** y dos mil por **problemas de la conducta**.

- Anualmente ocurren en nuestro país diversos tipos de **desastres naturales** (sismos, ciclones y tormentas, entre otros), así como algunos provocados por el hombre (desplazamientos poblacionales, problemas ecológicos) que **afectan la salud mental** de los diversos grupos de la población que se enfrentan a ellos.
- Las **enfermedades crónico-degenerativas**, así como el **SIDA**, son fuente de **ansiedad y depresión** en el individuo. Significan incrementos globales, para el año 2010, de casi 16.5 millones de personas **hipertensas**; 4.5 millones de **diabéticos**, cerca de 700 mil casos de **infartos del miocardio** y más de 13 millones de **obesos**.

⁴²

Este panorama general resalta algunos datos que se magnifican si se consideran las **transformaciones demográfico-epidemiológicas** del país; para los próximos 12 años se espera un aumento global del 29% de individuos afectados por alguno de los trastornos mencionados.⁴³

c) De acuerdo con la Secretaría de Salud:

Esta problemática se resume, con los siguientes datos: 8 por ciento de las enfermedades mentales corresponden al área **neuropsiquiátrica**, cuatro millones de personas padecen **depresión**, seis millones más tienen problemas relacionados con el **consumo de alcohol**, 10 por ciento de los adultos mayores de 65 años sufren **cuadros demenciales**, mientras que 15 por ciento de la población entre 3 y 12 años de edad padece **algún tipo de trastorno mental o de conducta**.

Más de tres millones de personas son **dependientes del alcohol**, 13 millones son **fumadores** y 400 mil personas se reportan **adictas a las drogas**; 500 mil presentan **esquizofrenia**, un millón **epilepsia** y 5 de cada mil niños sufren **retardo mental**, con lo que –de acuerdo con la Secretaría de Salud–, se conforma un panorama que exige acciones firmes, permanentes y coordinadas en todo el país.⁴⁴

d) Según Medina Mora:

De acuerdo con algunos estudios, el índice para los **trastornos afectivos** en la ciudad de México es de 9% en la población adulta entre los 18 y los 65 años de edad, con un 7.8% correspondiente a **episodios depresivos mayores** y 2.5 mujeres por hombre, **distimia** 1.5% con un rango similar entre mujeres y hombres (2.6:1) y un porcentaje menor de episodios de **manía** alcanzando 1.3% con una diferencia similar entre géneros 1.2:1. Los porcentajes de prevalencia de **trastornos de ansiedad** resultó un poco menor afectando al 8.3% de la población, siendo la **agorafobia sin pánico** (3.8%) y **fobia social** (2.2%) los

⁴² GONZÁLEZ Salvador. *La salud mental en México*. Director General de los Servicios de Salud Mental <http://www.conadic.gob.mx/doctos/salmen.htm> Consultado el 07/02/05

⁴³ GONZÁLEZ Salvador. *La salud mental en México*. *Op cit*

⁴⁴ Secretaría de Salud, *Prioridad a salud mental y adicciones*. Comunicado de Prensa No. 35, 15/Marzo/2001 http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/comunicados/2001-03-15-SALUD-MENTAL.htm

diagnósticos más comunes. Dichas prevalencias son significativamente más bajas que las observadas en los Estados Unidos de Norteamérica, donde se han reportado porcentajes de 19.5 y 25% para cualquier trastorno afectivo y de ansiedad, respectivamente.⁴⁵

Se han reportado también porcentajes más bajos de **alcoholismo y farmacodependencia** en México, en el primero se debe básicamente al hecho de que las mujeres mexicanas beben poco. De acuerdo a la última encuesta en hogares realizada en población urbana de entre 18 y 65 años de edad, 12.5% de los hombres y 1% de las mujeres califican en el criterio del DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, VI revision*) de dependencia.⁴⁶

El **abuso y dependencia de drogas** se presentan frecuentemente con otros problemas psiquiátricos, un estudio transcultural reciente, en el que participó México, demostró que en este país el 9.4% de quienes usan alcohol también tienen trastornos afectivos, este índice aumenta a 18% cuando se toman en cuenta los casos de dependencia. Por lo que se refiere a **los trastornos de ansiedad** fue de 14.8 y 34.7% respectivamente. Por otra parte 15% de los usuarios de drogas sufren de algún trastorno afectivo y 10% de ansiedad, en el caso de farmacodependencia los porcentajes fueron de 35% y 31% respectivamente.⁴⁷

Otras encuestas han demostrado que las familias pobres tienen mayores prevalencias de **depresión y trastornos de ansiedad** en el último año, asimismo que éstas son más altas entre las familias uniparentales comparadas con los patrones tradicionales de madre y padre.⁴⁸

También se han incrementado los trastornos psiquiátricos tales como demencia, esquizofrenia, depresión, así como otras formas de enfermedad mental. Esta tendencia es resultado de las transiciones demográficas, sociales y económicas, que ha vivido México en las últimas décadas, las que provocan que nuestro país llegue al tercer milenio con un incremento en los números absolutos de jóvenes, quienes tienen pocas oportunidades de educación y empleo; con una mayor proporción de personas de la tercera edad, debido al incremento en la expectativa de vida, lo que representa mayores requerimientos de servicios de salud; además de la crisis económica constante que ha generado cambios sociales importantes.⁴⁹

2.3. La Salud Mental desde una nueva perspectiva: vista como crucial para lograr el bienestar.

La OMS declaró al 2001 el Año de la Salud Mental. En ese año el Día Mundial de la Salud fue un éxito rotundo. *“La salud mental, abandonada por largo tiempo, es crucial para lograr el bienestar de los individuos, sociedades y países y debe ser vista desde una nueva perspectiva”*. Este fue el mensaje de 130 Ministros participantes en la Asamblea Mundial de la Salud. Más de 150 países organizaron actividades que descollaron por su importancia,

⁴⁵ MEDINA Mora, Ma. Elena y Jorge Villatoro. *La epidemiología de la salud mental en México*. Op cit

⁴⁶ *Idem*

⁴⁷ *Idem*

⁴⁸ *Idem*

⁴⁹ *Idem*

entre ellas, proclamaciones por parte de las más altas autoridades de los países y la adopción de leyes actualizadas y programas de salud mental.

El tema del Informe sobre la Salud en el Mundo 2001 fue la salud mental, y sus 10 recomendaciones fueron recibidas de forma muy positiva por todos los Estados Miembros. Como resultado de las actividades del 2001, en el año siguiente se creó el **Programa Mundial de Acción en Salud Mental**. Este Programa constituye un nuevo y enérgico esfuerzo que busca implementar las 10 recomendaciones y se apoya en cuatro estrategias para lograr su propósito final: **mejorar la salud mental de las poblaciones**.⁵⁰



1. Aumentar y mejorar la información destinada a los decisores y transferir tecnologías a fin de elevar la capacidad de los países
2. Concientizar acerca de los trastornos mentales por medio de la educación y la abogacía a fin de elevar el respeto por los derechos humanos y reducir el estigma.
3. Asistir a los países en la formulación de políticas y en el desarrollo de servicios integrales y efectivos. La escasez de recursos obliga un uso racional
4. Construir o fortalecer la capacidad en los países pobres para investigar en salud mental pública

a) Sobre el tratamiento a pacientes con trastornos mentales.

Los progresos científicos y tecnológicos del mundo moderno se reflejan en la salud mental de la población. Las nuevas alternativas de tratamiento para los pacientes con trastornos mentales han reducido considerablemente el periodo de hospitalización. La **calidad de vida** para aquellos que antes estaban condenados a una existencia dolorosa, ahora pueden vivir fuera de las instituciones y hasta llevar una vida activa.⁵¹

La epidemiología, ha permitido tener un mejor conocimiento de las características de los pacientes con diversos desórdenes, lo que posibilita tener congruencia entre las

⁵⁰ Organización Mundial de la Salud. *Invertir en Salud Mental*. Op. Cit. Pág. 40 y 41

⁵¹ Al respecto, véase una de las últimas acciones en materia de salud mental llevada a cabo por la Cámara de Diputados. En este mismo sentido, aborda lo legislado sobre el derecho a ser debidamente informado, tanto pacientes con padecimientos mentales como sus familiares. MEDINA Mora, Ma. Elena y Jorge Villatoro. *La epidemiología de la salud mental en México*. Op. Cit.

necesidades del paciente y las modalidades de tratamiento, así como identificar las variables que predicen el resultado del mismo y determinar los porcentajes de uso de los servicios, las vías de la atención y las barreras para buscar atención.⁵²

2.4. Los impactos: médico, económico y social.

La salud mental como fenómeno complejo determinado por múltiples factores como es sociales, ambientales, biológicos y psicológicos requiere acciones de salud pública. En este sentido, los impactos que la falta de visión integral del ser humano han producido en las estrategias y políticas de acción, se pueden observar en la incidencia de trastornos mentales, y también, en el grado de conocimiento y estudio que se tiene en el entorno social y económico del país.⁵³

2.4.1. Impactos médicos

a) Los trastornos mentales como causas de pérdida de vida saludable

✓ De acuerdo con la Secretaria de Salud.

Entre las **quince principales causas de pérdida de vida saludable (AVISA)** en México, se encuentran las enfermedades psiquiátricas neurológicas ; seis de ellas están relacionadas de alguna manera con este tipo de trastornos y con las adicciones como son: homicidios y violencia, accidentes de vehículos de motor, enfermedad cerebro vascular, cirrosis hepática, demencias consumo de alcohol y trastornos depresivos, representando cerca del 18% del total de AVISA.⁵⁴ (Ver Cuadro 2)

Cuadro 2. Principales causas de pérdida de años de vida saludable en México

Orden	Causas	%
1	Afecciones peri natales	7.7
2	Diabetes mellitus	5.8
3	Homicidios y violencias	4.8
4	Cardiopatía isquémica	4.5
5	Accidentes de vehículo de motor (choques)	4.0
6	Infecciones respiratorias bajas	3.0
7	Enfermedad cerebro vascular	2.9
8	Cirrosis hepática	2.9
9	Atropellamiento	2.3
10	Desnutrición proteico-calórica	1.9
11	Enfermedades diarreicas	1.8
12	Demencias	1.7
13	Consumo de Alcohol	1.6
14	Trastornos depresivos	1.6
15	Nefritis y nefrosis	1.5

⁵² MEDINA Mora, Ma. Elena y Jorge Villatoro. *La epidemiología de la salud mental en México. Op. Cit.*

⁵³ GONZÁLEZ Salvador. *La salud mental en México.* Director General de los Servicios de Salud Mental <http://www.conadic.gob.mx/doctos/salmen.htm> Consultado el 07/02/05

⁵⁴ Secretaria de Salud. *Programa de Acción: Salud Mental. Op Cit.* Pág. 18

Para la Secretaría de Salud, las principales causas de pérdida de años de vida saludable en México en 1998, relacionados con los trastornos mentales eran:

Homicidios y Violencia	4.8
Accidentes de vehículos de motor (Choques)	4.0
Demencias	1.7
Consumo de alcohol	1.6
Trastornos depresivos	1.6

Fuente: Secretaría de Salud SSA. Plan Nacional de Salud. 2000-2006. Cuadro 1.4. Principales causas de pérdida de años de vida saludable en México, 1998. <http://www.ssa.gob.mx/>

✓ **De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud.**

Una nueva publicación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la que se cuestiona nuestra manera tradicional de entender la salud y la discapacidad. La CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud), clasifica el funcionamiento, la salud y la discapacidad de las personas a nivel mundial, ha sido aceptada por 191 países como el nuevo patrón internacional de descripción y medición de la salud y la discapacidad. En este marco, la OMS estima que cada año se pierden nada menos que unos 500 millones de años de vida por causa de discapacidades asociadas a problemas de salud. Ello representa más de la mitad de los años perdidos anualmente por defunciones prematuras. Mientras que los indicadores tradicionales de la salud están basados en las tasas de mortalidad (defunción) de las poblaciones, la CIF desplaza nuestro interés hacia la <<vida Z>> considerando **cómo vive la gente sus problemas de salud y cómo se pueden intentar corregir éstos para que consigan llevar una vida productiva y satisfactoria**. La CIF trastoca nuestro concepto de la discapacidad, presentándola no como un problema de un grupo minoritario, ni tampoco de personas con una deficiencia visible o inmovilizado en una silla de ruedas. La CIF tiene en cuenta los aspectos sociales de la discapacidad y brinda un mecanismo para documentar la repercusión del entorno social y físico en el funcionamiento del sujeto. La CIF pone todas las enfermedades y los problemas de salud en pie de igualdad con independencia de su causa. Una persona puede verse imposibilitada para acudir al trabajo debido a un resfriado o una angina de pecho, pero también a causa de una depresión. **Este enfoque neutral coloca a los trastornos mentales al mismo nivel que las enfermedades físicas y ha contribuido al reconocimiento y documentación de la carga mundial de trastornos depresivos, que es hoy la causa principal de los años de vida perdidos por discapacidad en todo el mundo.**⁵⁵

b) De las enfermedades neuropsiquiátricas.

La mortalidad por trastornos neuropsiquiátricos ocupa el doceavo lugar en el país, sin embargo, cuando se considera también la muerte prematura y los *días de vida ajustados por discapacidad* (DALYS), estos trastornos representan el 5o. lugar, debido básicamente al hecho de que las personas que desarrollan trastornos mentales tienden a vivir más tiempo con una calidad de vida pobre.

⁵⁵ Comunicado de prensa OMS/48. 15 noviembre 2001.
<http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgied/comece/indexCIF.htm>

Los DALYS perdidos por trastornos neuropsiquiátricos llegan al 10.82 por mil entre los hombres y 7.22 entre las mujeres. La carga mayor entre los hombres es resultante del alcoholismo que representa 4.53 DALYS comparada con sólo 0.28 entre las mujeres, mientras que la depresión entre las mujeres representa 1.68 comparado con los hombres 0.58.⁵⁶

La carga generada por estos trastornos es mayor entre las comunidades rurales, 12.63 contra 9.45 entre los hombres y 8.16 contra 6.51 entre mujeres, diferencias que se deben también al alcoholismo que es más frecuente en la población rural con índices de 5.67 y 3.67 entre los hombres y 0.36 y 0.22 entre las mujeres. Otros trastornos tienen mayores aportaciones entre la población urbana, exceptuando la esquizofrenia que es más alta entre las mujeres rurales (0.75) que en las que viven en comunidades urbanas (0.45).⁵⁷

c) La carga del abuso de sustancias

Las enfermedades relacionadas con el alcohol y el abuso de sustancias constituyen un serio problema de salud pública. Ellas afectan el desarrollo del capital humano y social, creando no sólo costos económicos para la sociedad, incluso para el sistema de salud, sino también un costo social en términos de lesiones, violencia y crimen. También afectan el bienestar de futuras generaciones.⁵⁸



2.4.2 La carga económica de los trastornos mentales⁵⁹

En virtud de la alta prevalencia de los trastornos mentales y del abuso de sustancias en adultos y jóvenes, la carga emocional y financiera para el individuo, su familia y la sociedad es alta. El impacto económico se refleja en el ingreso personal, la capacidad de las personas o sus familias para trabajar y hacer contribuciones productivas a la economía nacional. La utilización de los servicios de atención y apoyo igualmente aumentan.⁶⁰ (Ver Cuadro 3)

⁵⁶ MEDINA Mora, Ma. Elena y Jorge Villatoro. *La epidemiología de la salud mental en México*. Op cit

⁵⁷ *Idem*

⁵⁸ Organización Mundial de la Salud. *Invertir en Salud Mental*. Op. Cit. Pág. 24

⁵⁹ *Ibidem*. Pág. 14

⁶⁰ *Idem*

Cuadro 3. La carga económica de los trastornos mentales

Costos de Atención		Costos de Productividad	Otros costos
Personas afectadas	Tratamiento y pago de servicios	Discapacidad laboral; pérdida de ingresos	Angustia/ Sufrimiento; efectos colaterales del tratamiento; suicidio
Familia y amigos	Cuidado no formal	Ausencia del trabajo	Angustia, aislamiento, estigma
Empleadores	Contribuciones al tratamiento y cuidado	Reducción en la productividad	-
Sociedad	Oferta de atención de salud mental y médica general	Reducción en la productividad	Pérdida de vidas; enfermedades no tratadas (necesidades no satisfechas; exclusión social)

Fuente: Organización Mundial de la Salud. *Invertir en Salud Mental*. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, Suiza. 2004. ISBN 924 356257 6

Una característica importante de los trastornos mentales es que mientras la mortalidad es baja, el comienzo de los trastornos ocurre en edades tempranas y los costos indirectos derivados de la atención son altos. (Ver Cuadro 4)

Cuadro 4. Tipos de costos mensurables

Costos de la atención		Otros costos no relacionados con la salud
Costos directos (Pagos)	Tratamiento y pago de servicios	Servicios sociales, Sistema judicial y carcelario, Transporte
Costos Indirectos (Recursos perdidos)	Costos por morbilidad (Valor de la productividad) Costos por mortalidad	Valor del tiempo de los cuidadores familiares

Fuente: Organización Mundial de la Salud. *Invertir en Salud Mental*. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, Suiza. 2004. ISBN 924 356257 6

La Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial desarrollaron una metodología para conocer el costo que generan las enfermedades a la sociedad, de acuerdo con sus mediciones las enfermedades neuro-psiquiátricas contribuyen con cerca del 20% del costo total.⁶¹

El Banco Mundial calcula que los padecimientos neurológicos y psiquiátricos contribuyen con 12% del costo total de las enfermedades médicas y para la OMS representa 20%; estos trastornos medidos por años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), representan 11.5% de la carga total de enfermedades. Entre ellas destacan la depresión, que por sí sola representa 36.5% del total y el alcoholismo con 11.3%. En un análisis realizado por la OMS en 1996, sobre el diagnóstico situacional en salud mental, se detectó que cinco de las causas líderes generadoras de discapacidad en el mundo se refieren a trastornos mentales.⁶² (Ver Cuadro 5)

⁶¹ GONZÁLEZ Salvador. *La salud mental en México, Op. cit.*

⁶² Secretaria de Salud. *Programa de Acción: Salud Mental. Op. cit.* Pág. 43

Cuadro 5. Causas líderes de discapacidad en el mundo.

<ol style="list-style-type: none">1. Depresión mayor2. Anemia por deficiencia de hierro3. Caídas accidentales4. Uso de alcohol5. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica6. Trastorno bipolar (manía-depresión)7. Anomalías congénitas8. Osteoartritis9. Esquizofrenia10. Trastorno obsesivo-compulsiva
--

Fuente: La carga Global de las Enfermedades. Banco Mundial y Organización Mundial de la Salud. Publicación de la OMS 1996

a) ¿Cuánto cuesta la enfermedad mental?

Las estimaciones de los costos no están disponibles para todos los trastornos mentales, y ciertamente no lo están para todos los países. Los estudios con metodologías más acabadas se llevaron a cabo en la Gran Bretaña y los EE.UU. Según los precios vigentes en 1990, los problemas de salud mental fueron responsables por el 2,5% del Producto Nacional Bruto (PNB) en los EE.UU. (Rice et al., 1990). En los Estados miembros de la Unión Europea el costo de los problemas de salud mental fue estimado entre el 3% y el 4% del PNB (OIT, 2000), de este porcentaje los costos de atención llegaban a un promedio del 2% del PNB.⁶³

En los EE.UU. se ha imputado a la enfermedad mental un 59% de los costos económicos por pérdida de la productividad derivados de lesiones o enfermedades, seguido por el abuso de alcohol, 34% (Rouse, 1995). Un informe de una universidad canadiense (Universidad de Laval, 2002) reveló que las ausencias por causas psicológicas aumentaron en un 400% de 1993 a 1999. Una encuesta sobre morbilidad psiquiátrica en la Gran Bretaña mostró que las personas afectadas por psicosis tomaron licencia en un promedio de 42 días al año. El mismo estudio reveló que las personas con dos o más trastornos neuróticos tomaron licencia un promedio de 28 días al año comparado con 8 en los que tenían un trastorno neurótico (Patel y Knapp, 1997).⁶⁴

Productividad disminuida en el trabajo: incluso cuando un trabajador no toma licencia por enfermedad, los problemas de salud mental pueden causar una reducción apreciable en el nivel habitual de productividad y rendimiento. La enfermedad mental afecta el acceso al mercado de trabajo y a la permanencia en el trabajo.⁶⁵

⁶³ Organización Mundial de la Salud. *Invertir en Salud Mental. Op. cit.* Pág. 15

⁶⁴ *Ibidem.* Pág. 19

⁶⁵ *Ibidem.* Pág. 20

b) ¿Cuáles son los costos de un tratamiento efectivo?⁶⁶

El alarmante bajo nivel de recursos disponibles en países en desarrollo para tratar problemas de salud mental, con relación a la población afectada para quien estos recursos son necesarios, ha sido enfatizado por el proyecto Atlas de la OMS (2001). La generación de enfoques basados en la evidencia para la asignación de recursos y el desarrollo de servicios representa un componente aún no suficientemente desarrollado pero muy necesario en las políticas nacionales de salud mental en regiones en desarrollo.

La costo-eficacia debe ser uno de los diferentes criterios a usarse en el proceso de decisión para financiar la prevención y el tratamiento de trastornos mentales. Estas evaluaciones económicas deben ser complementadas con otros argumentos. Por ejemplo:

- Las personas con trastornos mentales están en mayor riesgo de sufrir violaciones de sus derechos humanos y tienen mayores probabilidades de sufrir discriminación al tener acceso a tratamiento y atención;
- La consecución de objetivos en cuanto a la salud física tales como :
 - La mortalidad infantil y del niño puede ser reducida merced a un mejor tratamiento de la depresión postnatal;
 - Las tasas de infección por VIH/SIDA en el grupo de edad de 17 a 24 años pueden reducirse, porque una mejor salud mental reduce el riesgo de sexo no protegido y el uso de drogas;
 - Existe mejor cumplimiento de los tratamientos por otras condiciones (v.g., tuberculosis, VIH/SIDA, hipertensión, diabetes y cáncer);
- Los cuidadores se benefician de una reducción de la carga de atención, lo cual implica una mejor calidad de vida y menos días de trabajo perdidos y, por lo tanto, una menor pérdida de ingresos;
- Los empleadores y los trabajadores se benefician de un mejor ambiente de trabajo, menor ausentismo y mayor productividad;
- Los gobiernos se benefician porque hacen menos necesarias las transferencias de costos y de pagos;
- La salud mental es una variable crucial en el éxito de los programas destinados a reducir la pobreza y asegurar un desarrollo sostenible.

2.4.3. Efectos sociales de los problemas de la salud mental.⁶⁷

- a) **Ausentismo laboral.** En muchos países desarrollados, 35% al 45% del **ausentismo laboral** es debido a los problemas de salud mental.⁶⁸ Estas cifras indican la importancia y gravedad que los trastornos mentales generan en muchos países.
- b) **La depresión.** Produce **falta de energía para producir**, una **propensión mayor a las enfermedades físicas** y una **falta de apego a las responsabilidades familiares y personales**.

⁶⁶ Organización Mundial de la Salud. *Invertir en Salud Mental. Op. cit.*, Pág. 34

⁶⁷ Trastornos mentales.

⁶⁸ Organización Mundial de la Salud. *Invertir en Salud Mental. Op. cit.* Pág. 19

- c) **El alcoholismo y adicción a drogas**, están presentes en la mayoría de las **acciones violentas (homicidios, suicidios y violencia intrafamiliar y social, pandillerismo y delitos en general**, así como **contagio por VIH-SIDA**).
- d) **La epilepsia** provoca convulsiones con relativa frecuencia, son impredecibles y es preciso **medicación de por vida**.
- e) **El retardo mental**, la **esquizofrenia** y los **cuadros demenciales dañan la relación del sujeto con su entorno social** y nos recuerdan lo precaria y relativa que puede resultar nuestra identidad y salud mental⁶⁹.
- f) El **suicidio** es otro de los problemas crecientes en nuestro país, en 1970, el índice para el grupo entre 15 y 24 años fue de 1.9 por 100,000 habitantes, en 1997 llegó al 5.9%, un incremento del 212%.⁷⁰

✓ **Características de la Población que intento suicidarse.**

En el transcurso del año 2002, se registraron 304 intentos de suicidio en el país.

- Respecto a las **causas** que fue posible identificar:
 - Sobresalió por su frecuencia el **disgusto familiar** en tres de cada diez intentos.
 - Le siguió en orden de importancia **la cusa amorosa** para uno de cada diez intentos.
 - En tres de cada diez casos, no fue posible conocer la causa.
- Los **intentos efectuados en casa habitación** constituyeron 88.8% del total en 19 entidades federativas y el Distrito Federal.
 - Sobresalió la intoxicación por medicamentos como medio para llevar a cabo el acto con una cifra relativa de 48.4%. Mientras se efectuó un suceso al utilizar veneno tomado, ocurrieron cuatro intoxicaciones por medicamentos.⁷¹
- Intentos por sexo.
 - Los hombres que intentaron suicidarse significaron 40.1% del total de casos registrados en el transcurso del año 2002.
 - Mientras que las mujeres 59.9%.
- Intentos por edad.
 - El volumen de personas, cuya edad era menor de 34 años destacó representando 68.1% del total; entre las personas de esta edad 36.2% pertenecían al sexo masculino y 63.8% al femenino.
 - En contraparte, quienes tenían de 50 a 59 años de edad fueron identificados con la menor frecuencia.
- Intentos por nivel de escolaridad.

⁶⁹ GOMEZ MENA, Carolina. *Cerrará SSA 18 de sus 28 hospitales siquiátricas*. La Jornada, 25 mayo 2001. <http://www.jornada.unam.mx/2001/may01/010525/047n2soc.html>

⁷⁰ MEDINA Mora, Ma. Elena y Jorge Villatoro. *La epidemiología de la salud mental en México*. Op. cit.

⁷¹ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. *Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios 2003*. INEGI, Cuaderno No. 9. México, 2004. ISBN 970-13-4367-0, Pág. 9 -10

Entre Quienes alcanzaron nivel primaria y secundaria de educación básica, según el Sistema Educativo Nacional, se identificó a 74.6% de las personas que intentaron quitarse la vida.⁷²

- ✓ Características de la Población que consumió el suicidio
En el año 2002, ocurrieron 3160 suicidios en el país, volumen que al ser comparado con los actos ocurridos el año anterior mostró una tendencia al incremento en 2.3 puntos porcentuales. En el estado de Jalisco, ocurrieron nueve de cada 100 actos suicidas al nivel nacional y ésta fue la proporción estatal que mostró la mayor frecuencia.
 - El **motivo** por el que se cometió la mayor proporción de los suicidios registrados fue:
 - El **disgusto familiar** 10.5%.
 - Siguiéndole en orden descendente la **causa amorosa** 7.6%, y
 - la **enfermedad grave incurable** 5.0%.
 - En seis de cada diez sucesos, no fue posible conocer la causa que lo originó.
 - En **promedio**, se registraron 263 actos suicidas por mes y nueve por día a nivel nacional.
 - El **medio empleado** declarado con mayor frecuencia para llevar a cabo el acto suicida fue:
 - la **estrangulación** con él se consumaron 69 de cada 100 actos suicidas.
 - **por arma de fuego** ocurrieron 17,
 - por **ingerir veneno** seis y por **intoxicación con medicamentos** tres de cada 100 casos.
 - Ocho de cada diez actos tuvieron lugar en casa habitación a nivel nacional. La mayor parte de los hechos restantes se llevaron a cabo en la vía pública, el campo y la cárcel.⁷³
 - Suicidios consumados por sexo.
 - 82.8% eran hombres, y
 - 17.2% eran mujeres.
 - Por cada mujer suicida, se identificó a cinco hombres.
 - Suicidios consumados por estado civil.
 - Cuatro de cada diez suicidas eran **solteros**,
 - cuatro **casados**, y
 - uno vivía en unión libre.
 - Suicidios consumados por zona urbana o rural.
 - Los suicidas que residían habitualmente en áreas urbanas del ámbito nacional significaron siete de cada diez casos,
 - Tres de cada 10 vivieron en el área rural.

Como se ve por cada suicida residente en área rural se registró a tres del área urbana.⁷⁴

⁷² Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. *Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios 2003*. Op. cit. Pág. 43 -44

⁷³ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. *Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios 2003*. INEGI, Op. cit Pág. 10-14

2.5. Trascendencia y relevancia del estudio de la salud mental

Algunas consideraciones que tienen que ver con la trascendencia de estudiar y de investigar la salud mental son que, según Escandón Carrillo, de ella depende(n):

- *Un desarrollo infantil psíquico armónico.
- *La capacidad para relacionarnos en pareja y con la familia.
- *El funcionamiento como padre o madre,
- *La capacidad para disfrutar la vida en todas sus manifestaciones.
- *Una adecuada capacidad de adaptación social y de mantener relaciones interpersonales de buena calidad.
- *Tener responsabilidad social, profesional, laboral y familiar.
- *La capacidad de sentir libremente nuestras emociones y poder expresarlas de manera asertiva (respetuosa, directa y honesta) a los demás.
- *En gran medida los índices de seguridad pública, pues la mayor parte de los delincuentes procede de hogares y familias disfuncionales (familias desintegradas o patológicas) que son generadoras de sociopatías (niños maltratados física o emocionalmente, con problemas con la autoridad y con una deficiente estructuración de la personalidad).
- *Muchos casos de la deserción escolar, bajo rendimiento académico y frustración consecuente para el individuo como para su familia, escuela y sociedad, con la consiguiente pérdida de recursos económicos que se habían invertido.⁷⁵

La relevancia de la problemática de los padecimientos mentales es que:

- ✓ De acuerdo con la Secretaria de Salud, se estima, que por lo menos una quinta parte de la población mexicana padecen en el curso de su vida de algún trastorno mental: cuatro millones de adultos presentan depresión; medio millón padece esquizofrenia, un millón de personas tienen epilepsia y la demencia la padecen el diez por ciento de los mayores de 65 años; en una tendencia creciente de estos padecimientos, en los próximos diez años la demanda de servicios de salud mental en México constituirá una de las principales presiones para el sistema de salud.⁷⁶
- ✓ Asimismo, en este sentido, Gómez Mena señala que:
Parte del problema, es que estas cifras en la incidencia de los trastornos mentales tienden a aumentar debido a que el país atraviesa por una acelerada transición demográfica que influye en el cambio del perfil epidemiológico, por lo que se espera que fenómenos como la **depresión**, la **demencia**, así como el **consumo descontrolado de alcohol y otras sustancias adictivas** se vean incrementados.⁷⁷

⁷⁴ Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. *Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios 2003*. INEGI, *Op. cit.*, Pág. 45

⁷⁵ ESCANDÓN Carrillo, Roberto. *¿Qué es salud mental? (Un panorama de la salud mental en México)*. *Op. cit.* Pág. 17

⁷⁶ Secretaria de Salud. *Programa de Acción: Salud Mental*. *Op. cit.* Pág. 18

⁷⁷ GOMEZ MENA, Carolina. *Cerrará SSA 18 de sus 28 hospitales psiquiátricos*. La Jornada, 25 mayo 2001. <http://www.jornada.unam.mx/2001/may01/010525/047n2soc.html>

Todos estos trastornos requieren generalmente de supervisión especializada médica, psicológica y medicamentosa, lo que compromete fuertemente a los sistemas de salud pública de cualquier país, no siendo México la excepción. Si bien –señala Medina Mora- la salud mental no es un “frente ruidoso ni visible”, es una “trinchera” que requiere atención urgente.⁷⁸

2.6. Necesidades de información y estrategias para mejorar la salud mental

Las transiciones demográficas, sociales y económicas deben ser tomadas en cuenta cuando se pretende realizar un diagnóstico de la situación de la salud mental en cualquier país, y México no es la excepción. Los resultados obtenidos de los diversos estudios realizados hasta el momento, dentro de este contexto, de acuerdo con lo anterior y con los especialistas, Medina y Villatoro, invitan a tener en cuenta que:

- ✓ **El abuso y dependencia al alcohol, entre los hombres, y la depresión, entre las mujeres, son los problemas con mayor prevalencia. Sin embargo, se espera que en el futuro próximo la carga de los trastornos mentales aumentará debido al incremento del abuso de drogas⁷⁹, la exposición a la violencia y la inseguridad social que también se refleja en el importante incremento de los índices de suicidio, incluyendo a la población joven. El índice de prevalencia es más alto en las zonas urbanas, sin embargo -afirma Medina Mora- la carga de la enfermedad es mayor entre los habitantes de las zonas rurales, probablemente por el incremento del riesgo derivado de la pobreza y la escasez de servicios.**
- ✓ **Al utilizar nuevos indicadores de la carga de la enfermedad los trastornos psiquiátricos se hacen más evidentes, por tanto, se deben hacer mayores esfuerzos por integrar dichos trastornos en la agenda de salud.⁸⁰**
- ✓ Es conveniente, incrementar la conciencia tanto de los trabajadores de la salud, como del público general, respecto a los avances en la clasificación y el tratamiento, con el propósito de reducir los conceptos equivocados y, por lo tanto, eliminar las barreras para solicitar atención, aumentando el apoyo de la comunidad y la familia para aquellos que sufren el trastorno y facilitar la incorporación de los pacientes a la sociedad.
- ✓ Comparaciones transculturales permitirán entender mejor que tan específicamente afectan los contextos culturales a la calidad de vida basada en conceptos sobre la enfermedad mental, accesibilidad de los servicios y barreras para la atención.
- ✓ Se requiere una nueva agenda para la atención de los trastornos de salud mental, la cual deberá estar inmersa en el contexto de una iniciativa de desarrollo que permita romper el ciclo de la reproducción de la pobreza, disminuir riesgos como el hambre, el desempleo, la exposición a la violencia y el aumento del estrés, conjuntamente con mejores actitudes públicas para aquellos que han desarrollado un trastorno psiquiátrico, con la posibilidad de proporcionar servicios de alta calidad para el mejor tratamiento en cada caso.⁸¹

⁷⁸ GOMEZ MENA, Carolina. *Cerrará SSA 18 de sus 28 hospitales siquiátricos*. *Op. cit*

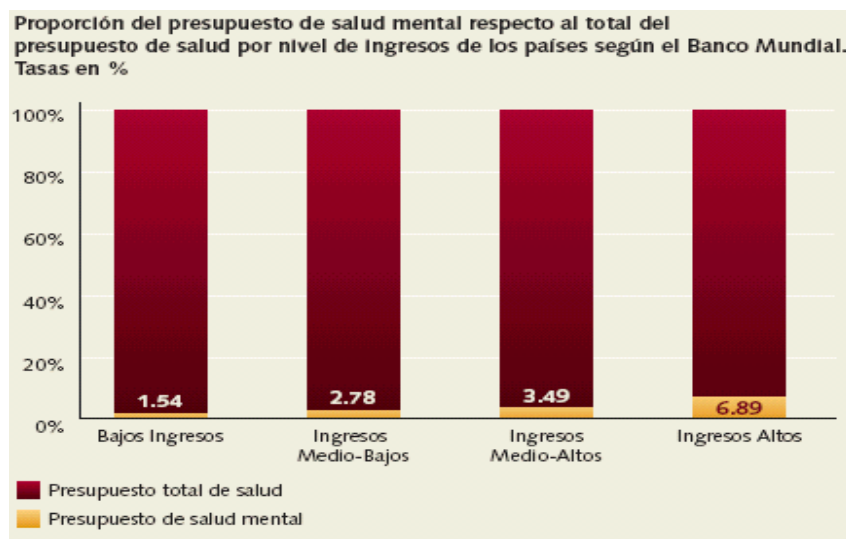
⁷⁹ El incremento de usuarios de drogas, inevitablemente impactará la salud mental de la población que, por ende, requerirá más servicios para los problemas resultantes del aumento de la comorbilidad. MEDINA Mora, Ma. Elena y Jorge Villatoro. *La epidemiología de la salud mental en México*. *Op. cit*.

⁸⁰ *Idem*

⁸¹ *Idem*

2.7. El inexistente o insuficiente presupuesto para salud mental en países, con ingresos bajos, medio bajos, medio altos y altos según la Organización Mundial de la Salud.

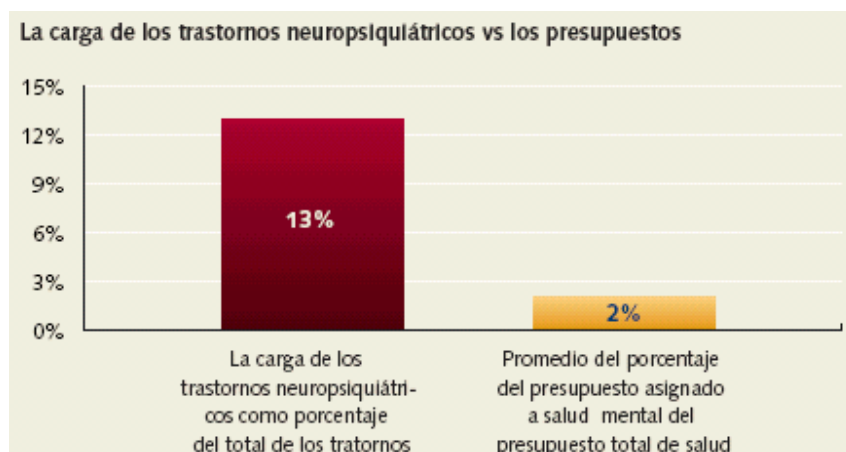
A pesar de la importancia de un presupuesto dedicado a salud mental, dentro del presupuesto general de salud, el 32% de los países comprendidos en el proyecto Atlas de la OMS (2001) no contaba con un presupuesto diferenciado del gobierno. De los que informaron que contaban con uno, el 36,3% invertía menos del 1% de su presupuesto total de salud en salud mental. Los países clasificados de acuerdo con los criterios del Banco Mundial en cuanto a sus ingresos difieren considerablemente en cuanto a la proporción destinada a salud mental dentro de sus respectivos presupuestos de salud. Los países más pobres tienen reducidos presupuestos de salud e invierten aún en menor proporción en salud mental; esto resulta en una limitación marcada de los recursos. Una baja oferta de atención en salud mental conlleva resultados pobres, recaídas que podrían evitarse y acciones escasas de rehabilitación.⁸²



Existe una brecha amplia entre la carga de los trastornos neuropsiquiátricos y el presupuesto de salud mental

Los trastornos mentales y de la conducta constituyen el 13% de la carga global de la enfermedad; sin embargo, en promedio, el presupuesto de salud mental de los países es sólo el 2% de los gastos totales en salud

⁸² Organización Mundial de la Salud. *Invertir en Salud Mental*. Op. cit. Pág. 37



2.8. Algunos indicadores relacionados con la salud mental.

Con base en lo expuesto, se identificaron algunos indicadores, que se mencionan tanto por fuentes oficiales como por investigadores y otras fuentes. Entre los estos se pueden señalar los siguientes:

- Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS)
- Años de vida Saludable (AVISA)
- Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD)
- Días de Vida ajustados por Discapacidad (DALYS)
- Muerte Prematura
- Costo-Eficiencia para financiar prevención y tratamiento de la salud mental
- Camas /habitantes

3. Las acciones del Poder Ejecutivo en materia de salud mental y adicciones (2000-2006)

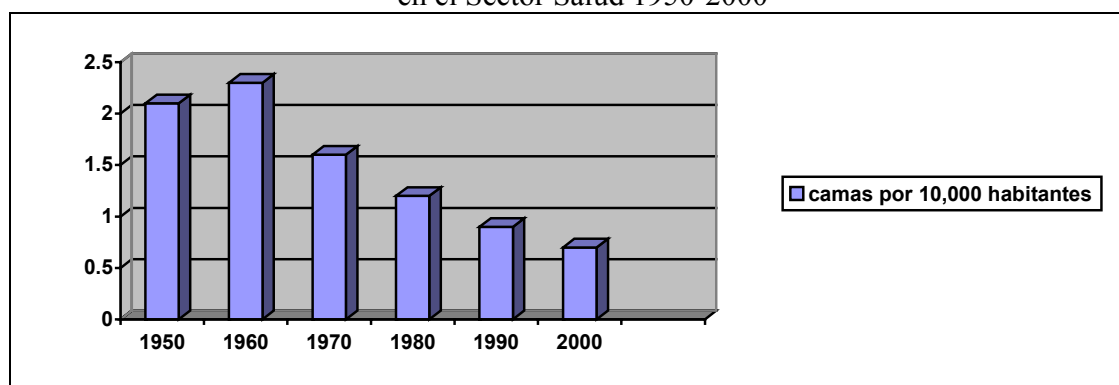
3.1. Recursos para la atención

Las acciones para el tratamiento de las personas con padecimientos mentales dentro del marco de las instituciones públicas de salud, durante las últimas décadas -de acuerdo con la Secretaría de Salud- han seguido un curso evolutivo dinámico en donde se han alternado ciclos de impulso con otros de relativo estancamiento. En términos de la cantidad de recursos y servicios especializados institucionales, el patrón que les caracteriza es, por una parte, una expansión selectiva insuficientemente planificada en el sector salud y seguridad social, y por otra, de reducción en términos absolutos de los recursos en atención hospitalaria en instituciones para no derechohabientes. (Ver Cuadro 6 y 7) Aun cuando se favorece la reducción de la permanencia de los pacientes psiquiátricos y su reincorporación a la comunidad y familia, la disminución en el número de camas ha llegado a que en México se tenga una proporción menor en 28% a la recomendación de la OMS, de contar con una cama por cada 10 mil habitantes; además, las camas disponibles para internamiento muestran una distribución inequitativa en el territorio nacional.⁸³

En este orden de ideas -sigue la Secretaría- los Institutos Nacionales de Salud disponen de camas para la atención de estos enfermos. Los estados de Campeche, Morelos, Nayarit, Querétaro, Quintana Roo, Tlaxcala y Zacatecas carecen de servicios hospitalarios para la atención de población abierta de los enfermos con trastornos mentales. El indicador nacional promedio de camas /habitantes en 1998 fue de 1.033 x 10,000, lo que no refleja la cobertura relativa e inequitativa existente entre las diferentes entidades federativas.

El 51% del total de las camas "reales" existentes, tiene características de asilares (saturadas o sin movimiento). La accesibilidad geográfica al interior de cada entidad es desigual. Los servicios se ubican en las localidades de mayor desarrollo económico o bien en sitios alejados de los núcleos urbanos.⁸⁴

Cuadro 6. Evolución del número de camas destinadas a la atención de la salud mental en el Sector Salud 1950-2000



Fuente; Servicios de Salud Mental, SSA, 2001. Dado que el apartado incluye las acciones del Ejecutivo, se hace referencia al Programa de Acción en Salud Mental, con la proyección de 1950 al 2000.

⁸³ Secretaría de Salud. *Programa de Acción: Salud Mental. Op. cit.* Pág. 64

⁸⁴ *Idem*

Se observa que ante la gravedad del problema que, como se ha dicho atrás, esta aumentando, la cobertura de los servicios de salud para atender este sector ha disminuido.

Según los datos del Registro Nacional de Infraestructura para la Salud (RENIS):

Los recursos del **primer nivel de atención** están conformados por más de doce mil núcleos básicos de salud (integrados por un médico y dos enfermeras), de los cuales operan completos menos del 30%, ninguno de ellos contempla servicios de salud mental.

En lo referente al **segundo nivel**, el Distrito Federal concentra el 41% de los psiquiatras y psicólogos institucionales para la población abierta, únicamente siete estados tienen suficiencia de psiquiatras y cuatro de psicólogos (uno por 100 mil y uno por 40 mil habitantes respectivamente). En Campeche, Chihuahua, Quintana Roo y Zacatecas la carencia de psiquiatras es casi absoluta, Campeche y Quintana Roo sufre una situación similar respecto a los psicólogos. Además, en las entidades de la República estos profesionales se concentran en las ciudades de mayor tamaño y desarrollo.⁸⁵

El **tercer nivel de atención** está conformado por 28 hospitales de especialidad (psiquiátricos) y cuatro hospitales generales con posibilidad de internamiento de individuos con trastornos mentales. La seguridad social dispone de cuatro hospitales y existen ocho en el ámbito privado.⁸⁶

3.2. Uso de los servicios

- a) El total de **egresos hospitalarios de atención a trastornos mentales** en el país fue al 2002, fue de 4'127,060 incluyendo a la Secretaria de Salubridad y Asistencia, el IMSS-Solidaridad, el IMSS, el ISSSTE, PEMEX, SEDENA, SECMAR, con un total de días de estancia de 16'692,300. Esto nos da un promedio de estancia de 4 días por persona.(Ver cuadro 7).
- b) Por lo que se refiere a los **índices de uso de servicios para el tratamiento de los trastornos afectivos**, -González Salvador señala que -éstos son bajos.
 - ✓ La información resultante de una encuesta realizada en la ciudad de México indicó que sólo 13.9% de los hombres y mujeres que cubrían el criterio de **depresión** del DSM IV buscaron ayuda.
 - ✓ Por otra parte, -sigue González Salvador- estudios locales llevados a cabo en comunidades de niveles socioeconómicos medio y bajo indicaron que:
 - Los médicos de primer nivel de atención son la fuente de ayuda para esta población, 42% de las personas aquejadas por **trastornos de ansiedad o afectivos** reportaron haber hablado de sus problemas con un médico general.
 - Los psicólogos son la segunda fuente, consultada por 42% de mujeres y 36% de hombres.

⁸⁵ GONZÁLEZ Salvador. *La salud mental en México. Op cit.*

⁸⁶ *Idem*

- Los psiquiatras son la tercera fuente entre los hombres (32%) y los ministros religiosos entre las mujeres (26%).
 - Los curanderos tradicionales fueron consultados por el 9% de los hombres y 11% de las mujeres.⁸⁷
- ✓ Por otra parte -Medina Mora señala que- algunos estudios que han analizado las barreras para buscar atención demuestran que las principales razones para no hacerlo están relacionadas con la creencia de que el tratamiento al que se tiene acceso no es bueno para manejar un problema mental (58% de los hombres y 68% de las mujeres); que el acceso es difícil (16 y 22% respectivamente), así como la falta de información (8 y 14%). Las barreras estaban relacionadas con el bajo nivel de escolaridad e ingresos de las familias.
- La vergüenza de aceptar que se padece un trastorno psiquiátrico prevalece entre la población, en la ciudad de México:
 - Los hombres que no buscaron ayuda reportaron estar preocupados por la opinión de sus patrones si sabían acerca de su condición mental.
 - Por su parte, las mujeres reportaron preocupación por la opinión de los miembros de la familia.
 - En las zonas rurales la situación empeora, puesto que no hay instituciones especializadas para la atención de estos problemas, una visita al psiquiatra representa un día de viaje y un costo elevado. En el nivel local, son consultados los curanderos tradicionales y otros agentes informales.⁸⁸

⁸⁷ MEDINA Mora, Ma. Elena y Jorge Villatoro. *La epidemiología de la salud mental en México. Op cit.*

⁸⁸ *Idem*

Cuadro 7. Egresos hospitalarios de atención a trastornos mentales, por causa, según institución, 2001.
Sistema Nacional de Salud.

Grupo	Causas	Total	SSA	IMSS Sol.	IMSS	ISSSTE	PEMEX	SEDENA	SECMAR	Días Estancia	
										Tot	Prom
	Estados Unidos Mexicanos	4,127,060	1,490,778	219,801	1,926,511	342,016	60,660	73,117	14,177	16,692,300	4.0
22	Trastornos mentales y del comportamiento	39,618	22,902	888	13,371	1,155	243	922	147	1,025,643	25.9
22A	Demencia	779	264	18	411	56	14	16	0	33,021	42.4
22B	Otros Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso del alcohol	5,725	3,790	471	1,140	222	14	78	10	35,820	6.3
22C	Síndrome de dependencia al alcohol	2,046	1,667	55	263	47	1	10	3	12,767	6.2
22D	Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de otras sustancias psicoactivas	4,057	3,204	29	755	24	11	21	13	70,996	17.5
22E	Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes	8,710	5,630	32	2,750	147	23	125	3	315,025	36.2
22F	Trastornos del humor (afectivos)	6,490	3,019	62	2,802	268	33	270	36	83,756	12.9
22G	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	3,237	927	187	1,393	291	89	276	74	16,221	5.0
22H	Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos	163	58	9	58	13	10	14	1	1,567	9.6
22I	Retraso mental	884	726	0	129	9	5	15	0	281,059	317.9
22Z	Los demás trastornos mentales y del comportamiento	7,537	3,617	25	3,670	78	43	97	7	175,411	23.3

Fuente: Boletín de Información Estadística Daños a la Salud, No. 21, Vol. II, 2001. De acuerdo con la Lista Mexicana para la Clasificación Sistema Nacional de Salud. Secretaría de Salud, México, 2002. ISBN 970-721-051-6. Pag. 7-12.

3.3. Antecedentes sobre la salud mental y las adicciones a través del Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC)

En el Programa Nacional de Salud 2000-2006, serán prioritarios los temas de la salud mental y las adicciones, afirmó el Secretario de Salud, Dr. Julio Frenk Mora, en marzo del 2001, al poner en marcha los Comités Consultivos Académicos que apoyarían la elaboración de los lineamientos de los programas que atiendan estos problemas de salud.⁸⁹

Desde el punto de vista operativo, cada uno de los Comités Consultivos, estarían a cargo de un programa, para lo cual contarían con la participación de científicos, académicos y representantes de organismos públicos y privados del país, dedicados a la atención de estas problemáticas, quienes destacan por sus aportaciones científicas y contribuciones a la enseñanza, así como por su participación en actividades relacionadas a la salud mental.⁹⁰

Frenk Mora indicó a los integrantes de estos Comités, que el Gobierno Federal busca que la construcción del Programa Nacional de Salud 2001-2006, sea un proceso muy participativo, de construcción de consensos y de reunión de las opiniones expertas alrededor de los problemas prioritarios.⁹¹

México, agregó, ha sido pionero en desarrollar una nueva visión sobre la importancia del campo de la salud mental. Así, al igual que los organismos internacionales le ha dado la prioridad a muchos de los programas relacionados con esta problemática.

En ese sentido, la Secretaría de Salud inició una reestructuración que permitiera responder mejor al problema de la salud mental, por lo que los programas de atención relativos a este tema se integraron a las funciones del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC).

Esa reestructuración es también generar las nuevas formas de trabajar y de formar programas específicos con coordinadores y como en este caso, Comités Consultivos.⁹²

Por su parte, el Comisionado Nacional contra las Adicciones en 2001, Dr. Guido Belsasso, señalaba ese mismo año:

“el Gobierno Federal considera urgente la elaboración, por primera vez, de los Programas de Salud Mental, en las especialidades de Depresión, Epilepsia, Esquizofrenia, Demencias, Psicopatología Infantil, Trastornos por Déficit de Atención, Atención Psicológica en caso de Desastres y el Nuevo Modelo de Atención a la Salud Mental, además del reforzamiento y actualización de los programas ya existentes contra el Alcoholismo y Abuso de Bebidas Alcohólicas, Tabaquismo y Farmacodependencia, para elevar la calidad del servicios en la atención de estas patologías.

Al dar un panorama de la problemática que abordan estos programas, Belsasso mencionaba que cinco de las primeras diez causas de discapacidad productiva en el mundo obedecen a una enfermedad mental.

⁸⁹ Secretaria de Salud. *Prioridad a salud mental y adicciones*. Comunicado de Prensa No. 35, 15/Marzo/2001 http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgs/sala_noticias/comunicados/2001-03-15-SALUD-MENTAL.htm

⁹⁰ Secretaria de Salud. *Prioridad a salud mental y adicciones*. *Op. cit*

⁹¹ *Idem*

⁹² *Idem*

Finalmente, el Dr. Belsasso indicaba que la política nacional para la atención de problemas de salud mental y adicciones integra a instituciones de los sectores en los ámbitos federal, estatal y municipal, y que la formulación de normas y procedimientos, información, supervisión y evaluación, participación social y comunitaria serán responsabilidad de los Comités Consultivos Académicos.⁹³

En el sentido de lo expuesto, se señalan los programas sobre salud mental del sexenio 2001-2006.

3.3.1. Programas de Acción para la Salud Mental

Dentro de los programas que atañen a la salud mental se encuentran los que buscan atacar las adicciones, y los que específicamente tratan de solucionar la problemática de la salud mental:

- ✓ Programa contra el Alcoholismo y el abuso de las bebidas alcohólicas
- ✓ Programa contra el Tabaquismo
- ✓ Programa contra la Fármacodependencia
- ✓ **Programas de Acción: Salud Mental.**

Programas de Acción Específicos para Salud Mental:

- * Programa de Atención a los Trastornos del Déficit de Aprendizaje
- * Programa de Atención a la Depresión
- * Programa de Atención a la Esquizofrenia
- * Programa de Atención a las Demencias
- * Programa de Atención a la Epilepsia
- * Programa de Atención a los Trastornos de Desarrollo de la Infancia.
- * Programa de Atención Psicológica en situaciones de Desastre
- * Programa contra el Parkinson

Para empezar a revertir la problemática relacionada a la atención a la Salud Mental,⁹⁴ el gobierno actual instituyó el **Programa de Acción Salud Mental**, cuyos objetivos se centran en crear una **Red Nacional de unidades médicas, diseñar nuevos modelos de atención y establecer enlaces y sistemas de referencia entre las distintas**

⁹³ Secretaría de Salud. *Prioridad a salud mental y adicciones. Op. cit*

⁹⁴ La Dra. González Torres, señaló al modelo existente como “un modelo de atención que sólo ofrece al enfermo mental hospitalización de por vida y que ha sido desechado en muchos lugares del mundo, como Italia, España, Brasil, Chile y Argentina”. GOMEZ MENA, Carolina. *Cerrará SSA 18 de sus 28 hospitales psiquiátricos*, La Jornada, *Op. cit.* “Miles de enfermos mentales, privados de toda clase de derechos humanos, se pudren sin esperanza alguna en los 28 hospitales psiquiátricos del gobierno federal. Ejemplos de tal situación son:

- * El Rafael Serrano (Puebla).
- * El Avila Camacho (León).
- * El Zapote (Jalisco).
- * El Sáyago, el Adolfo M. Nieto y La Salud (Estado de México).
- * El Ramírez Moreno (Distrito Federal).
- * El Centro de Salud Mental y el Hospital Civil (Chihuahua).
- * El Miguel Valle Bueno (Durango) y uno más en Tampico, cuyo nombre no se alcanza a distinguir durante la proyección de un video grabado hace algunos días por expertos”.

AVILES, Jaime. *Proponen aplicar modelo para dar atención digna a enfermos mentales. Op. Cit.*

instituciones dedicadas a la atención de la salud mental. La estrategia seguirá el modelo aplicado en Hidalgo, por medio de villas de atención y casas de medio camino, con las que se elimina el sistema de asilo o granjas.⁹⁵

Los recursos que requieren el plan rector ya diseñado se obtendrá por diversas vías: la fiscal, aportaciones de los gobiernos de los estados y apoyos de la iniciativa privada y de organismos internacionales. Requiere aproximadamente 300 millones de pesos.⁹⁶

Alrededor de **15 millones de mexicanos padecen algún tipo de enfermedad mental**, para cuya atención el sector salud dispone de 28 hospitales psiquiátricos. Pero de éstos únicamente cinco están en buenas condiciones, admitía Guido Belssaso, -en el 2002-comisionado del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC). Además, de los 4 mil 600 pacientes que están internados en esos nosocomios, alrededor de 2 mil son una "verdadera carga para el Estado", porque son personas que han sido abandonadas por sus familias y tienen entre 15 y 20 años asilados. Son enfermos crónicos de muy difícil recuperación, concluía Belssaso.

Esto constituye un reto que requiere ser replanteado la atención al paciente esquizofrénico y su familia, como parte de los esfuerzos del gobierno para propiciar el bienestar de la población y su participación activa en los procesos de la vida nacional, a partir de los avances científicos que se han observado en los últimos años y sobre todo de las condiciones del país.⁹⁷

Por ejemplo, la disfunción que la esquizofrenia produce a la sociedad es más impactante que el número de pacientes afectados, por sus repercusiones a la familia y a la sociedad. Por ello ha sido considerada en el lugar número diez en cuanto a causas líderes de discapacidad en el mundo (OMS, 1996).⁹⁸

En relación al reordenamiento de la CONADIC, las instituciones que se dedican a la atención de la salud mental, se convertirán en hospitales académicos y operarán de manera similar a los institutos nacionales de salud, enfocándose a la investigación y la formación de recursos humanos. Sin embargo, continuarán dando la atención médica en las mismas condiciones que hasta ahora. Es el caso de los hospitales de psiquiatría para niños Juan N. Navarro, y de adultos, Fray Bernardino Álvarez, ambos ubicados en la zona de hospitales de Tlalpan, DF.⁹⁹

3.4. Sobre la transformación del modelo de atención mental tradicional en la Secretaría de Salud

Con base en la Segunda Reunión Nacional de Salud Mental, Virginia González Torres¹⁰⁰ explicó que la infraestructura hospitalaria es insuficiente, obsoleta, está mal

⁹⁵ CRUZ, Ángeles. *Nuevo modelo para la atención a enfermos mentales*. La Jornada, 9 de marzo de 2002, <http://www.jornada.unam.mx/2002/mar02/020309/046n3soc.php?origen=soc-jus.html>

⁹⁶ CRUZ, Ángeles. *Nuevo modelo para la atención a enfermos mentales*. La Jornada, Op cit.

⁹⁷ *Idem*.

⁹⁸ Secretaría de Salud (SSA). *Programa de Acción Salud Mental. Programa Especifico de Esquizofrenia*. Capítulo IV. Plan de Acción http://www.ssa.gob.mx/unidades/conadic/esquizo_cap4.htm

⁹⁹ CRUZ, Ángeles. *Nuevo modelo para la atención a enfermos mentales*. La Jornada, Op cit.

¹⁰⁰ Titular de la Dirección General de Rehabilitación Psicosocial, Participación Ciudadana y Derechos Humanos de la SSA

distribuida y es de difícil acceso. Cuenta con la mitad del personal especializado que se requiere, funciona como un sistema asilar ya inoperante, y padece de una crónica escasez de recursos económicos¹⁰¹, por lo que durante este sexenio (2000-2006) se cerrarán 18 de los 28 nosocomios psiquiátricos con que cuenta la Secretaría de Salud (SSA) en el país, con el objetivo de poner fin al modelo de atención mental tradicional, en el que a los enfermos se los recluye “por muchos años o por siempre” en hospitales psiquiátricos. **Estos nosocomios, serán remplazados por hospitales de corta estancia y villas de transición, dos de las principales estructuras del nuevo sistema terapéutico denominado Modelo Hidalgo.**¹⁰²

3.4.1. Modelo Hidalgo de Atención Mental como parte de una nueva visión

Como parte de la CONADIC, la Dirección General de Rehabilitación Psicosocial, Participación Ciudadana y Derechos Humanos¹⁰³ es el área donde la atención mental ha tomado una opción alternativa de atención a la salud pública: el Modelo Hidalgo.

Objetivo.- Establecer las pautas, políticas, lineamientos, coordinación, supervisión y evaluación que de los servicios del Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental se deriven, además vincularse con las autoridades estatales correspondientes de todo el país para la implementación del Modelo. Así como asesorar a los grupos de sociedad Civil y Comités Ciudadanos de apoyo para la ayuda a los usuarios, tanto para garantizar que reciban un trato digno, como para garantizar el respeto a sus derechos y darles la oportunidad de tener una vida independiente con acceso a capacitación y a vivienda.

Con este marco de referencia, y de acuerdo con Gonzáles Salvador, se hace evidente la necesidad de enfrentar los retos planteados para los servicios de salud: equidad, calidad en el servicio y protección financiera de la población. Además de que en el caso de salud mental es indispensable dar continuidad en la elaboración de normas y lineamientos, así como establecer los modelos de evaluación de las acciones que se desarrollen, con el propósito de hacer los ajustes requeridos.¹⁰⁴

Por otra parte, es necesario elaborar los programas nacionales que habrán de dar un marco institucional técnicamente eficaz y eficiente, además de estar comprometido con el desarrollo humano, los cuales deberán estar fundamentados en la dimensión epidemiológica del problema, y contener elementos sustanciales como son:

- Definición de las medidas para el registro y vigilancia epidemiológica.
- El marco normativo para la identificación y control del problema.
- Los dispositivos e insumos esenciales para su mejor resolución.
- Las formas y nivel de participación ciudadana y social en las acciones.
- Las necesidades de capacitación y adiestramiento de personal.
- La definición de prioridades en materia de investigación científica.
- El establecimiento de mecanismos de evaluación del impacto de las acciones.¹⁰⁵

¹⁰¹ CRUZ, Ángeles. *Nuevo modelo para la atención a enfermos mentales*. La Jornada, *Op. cit*

¹⁰² GOMEZ MENA, Carolina. *Cerrará SSA 18 de sus 28 hospitales psiquiátricos*, La Jornada, *Op. cit*.

¹⁰³ Periférico Sur 2905, Col. San Jerónimo Lídice, Delegación Magdalena Contreras, CP 10200, México DF. Tel. 5595 8465, Tel/Fax 5595 8025, e-Mail: rehabilitacion@starmedia.com ó dgrppcdh@mail.ssa.gob.mx. Internet <http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgrppcdh/index.htm>

¹⁰⁴ GONZÁLEZ Salvador. *La salud mental en México*. *Op. cit*.

¹⁰⁵ *Idem*.

4. Las acciones de la Cámara de Diputados al 2004 en Salud Mental

4.1. Sobre el cierre de los hospitales psiquiátricos¹⁰⁶

La Reforma a la Ley General de Salud fue con el fin de incluir la atención de personas con padecimientos mentales a través de los servicios de salud general y especializados de atención ambulatoria y hospitalaria que tengan, como finalidad la prevención, el tratamiento de las enfermedades y la reintegración social de las personas con padecimiento mental, siempre con base en criterios de atención integral y humanitaria. En este sentido, la Secretaría de Salud deberá promover la reintegración social de los pacientes atendidos en los establecimientos de salud mental, mediante la implantación de los programas comunitarios que la misma establezca.

La organización, operación y supervisión de instituciones dedicadas al estudio, tratamiento, rehabilitación y reintegración social de enfermos mentales, y en atención de enfermedades mentales a través de Centros de Salud, Centros Comunitarios de Salud Mental, Centros Integrales de Salud Mental, Unidades de Psiquiatría en Hospitales Generales y otros establecimientos que tengan como finalidad la prevención, hospitalización y reintegración social de las personas con padecimientos mentales.

-La decisión fue porque:

- ✓ A través de la reforma al Sistema de Salud Mental se pretende dar servicios más integrales, mediante el fomento de intervenciones rehabilitatorias y trabajo comunitario, con la finalidad de disminuir al máximo hospitalizaciones, reingresos y erradicar de manera definitiva estancias prolongadas de hospitalización.
- ✓ La reestructuración del Sistema de Servicios de Psiquiatría y Salud Mental en México, debe crear nuevos y eficientes modelos de atención en salud mental donde, la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, en colaboración con la Fundación Mexicana para la Rehabilitación de Personas con Enfermedad Mental, IAP, participen en la propuesta y desarrollo de un Modelo de Atención en Salud Mental, en el cual se contemple la creación de nuevas estructuras de atención basado en el respeto a los derechos de los usuarios, de recibir una atención integral médico-psiquiátrica.
Así mismo, a través de un modelo con éstas características, ofrecer una red de servicios con distintas alternativas de prevención, hospitalización y reintegración social en el área de la Salud Mental y para cuya realización, los gobiernos Federal y estatal del país, deben aplicar recursos financieros adicionales.

¹⁰⁶ Dictamen de la Comisión de Salud con Proyecto de Decreto que reforma los artículos 74 fracción II y 75; y se adicionan las fracciones III, IV y V al artículo 74; un segundo párrafo al artículo 75; una fracción VI al artículo 111; y una fracción X al artículo 168, de la Ley General de Salud. Proceso Legislativo: -Iniciativa presentada por la Dip. Julieta Prieto Fuhrken (PVEM) en Sesión Ordinaria de la Cámara de Diputados del 5 de diciembre de 2002, LVIII Legislatura. -En votación económica se le dispensó la segunda lectura. Fue aprobada en la Cámara de Diputados el 29 de abril 2004, con una votación de 392 votos en pro, 0 en contra y 5 abstenciones. Fue turnado al Senado para los efectos constitucionales. SANDOVAL de Escurdia, Juan Martín. *La Obra Legislativa de la LIX Legislatura*. 1er Año, 2do periodo, 3ª parte. División de Política Social. Servicio de Investigación y Análisis, Dirección General de Bibliotecas. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. DPS ICS 75 AP, May 2004.

Debido a lo anterior, el modelo de Atención en Salud Mental contempla la creación de nuevas estructuras de atención que respeten los derechos de los usuarios, sobre una base sólida dando énfasis en:

La prevención.- la cual se desarrolla principalmente por medio de la difusión de información sobre salud mental y el diagnóstico oportuno que se otorga a los usuarios en los Centros de Salud.

La hospitalización.- en la cual se da una atención integral al usuario para lograr su rehabilitación y pasar al siguiente nivel, a través de la Unidad de psiquiatría en Hospital General con comité ciudadano o bien la Villa de Transición Hospitalaria, según sea el caso.

La reintegración social.- misma que contempla estructuras dentro de la comunidad que apoyan al usuario en su proceso de reintegración social, llevándose a cabo en Casas de Medio Camino, Residencias Comunitarias, Departamentos Independientes, Residencias para Adultos Mayores, Talleres protegidos, Cooperativas Mixtas, Clubes Sociales, etc.

Así mismo, y de acuerdo a las necesidades crecientes de atención y en salud mental, las cuales requieren programas de intervención, creativos y científicamente probados y que el tratamiento de cualquier padecimiento debe considerar el entorno en el que se desarrolla el individuo, propiciando su integración a la sociedad y, tomando en cuenta sus derechos humanos como una guía a seguir para la atención que se le brinde al usuario de los servicios de salud mental opinamos que

- Es de suma importancia brindar tratamiento integral médico-psiquiátrico para elevar la calidad de vida del usuario, así como favorecer a que éste se integre a las actividades de rehabilitación psicosocial y establecer mecanismo de apoyo y seguimiento en el medio al que se integre.
- En congruencia con los avances en esta área, a nivel mundial, se debe buscar, basándose en nuevos métodos, el paulatino y definitivo cierre de los hospitales psiquiátricos asilares.
- Que en todas las estructuras de la red de servicios se genere un ambiente de amabilidad y eficiencia, y se respeten los derechos humanos de los usuarios.
- Que las entidades y la Secretaría de Salud deben mantener comunicación permanente sobre el funcionamiento y avances del modelo a aplicar, buscando así resolver las problemáticas que se susciten y se logre un impulso decidido a este modelo y lograr la rehabilitación de las personas recluidas en hospitales psiquiátricos, para usuarios con padecimientos crónicos y colaborar en su regreso a la comunidad, para que logren desenvolverse y manejarse en ella con la mayor autonomía y calidad de vida posibles.

4.2. Sobre el derecho de los pacientes y familiares a ser debidamente informados sobre los padecimientos mentales.¹⁰⁷

Todo paciente con una enfermedad mental, así como sus familiares tienen derecho a ser debidamente informados, en suficiente cantidad y calidad, sobre todos los aspectos relativos a su tratamiento, lo cual debe incluir:

- Los riesgos, beneficios y pronóstico que el tratamiento o tratamientos a emplear le puedan otorgar. Los efectos colaterales y secundarios adversos, y la posibilidad de riesgos, por el uso de fármacos o cualquier producto.
- Los beneficios y motivos del internamiento en una institución de salud mental, la cual se sustentará en el ingreso voluntario del paciente, con la sola excepción del ingreso forzoso por autorización judicial o cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar al paciente lesiones o daños irreversibles, en cuyo caso será necesaria la autorización de dos médicos para su permanencia en la institución de salud.

Se sancionará con multa equivalente de cuatro mil hasta diez mil veces el salario mínimo general diario vigente en la zona económica de que se trate, la violación del derecho en cuestión.

-La decisión se tomo porque:

- ✓ El ejercicio de la psiquiatría requiere, no sólo de la aplicación de los mismos juicios éticos de cualquier rama de la medicina. La particular condición del paciente psiquiátrico, que se encuentra en una posición de indefensión más evidente que cualquier otro, debido a su padecimiento, lo pone en una categoría distinta ya que la relación con el médico, se vuelve más cercana y en muchas ocasiones da lugar a una dependencia afectiva por parte del enfermo; lo cual nos lleva a la necesaria adopción de otro tipo de parámetros éticos.
- ✓ Un médico debe dedicarse a proporcionar un servicio competente con compasión y respeto a la dignidad humana, respetando sus derechos guardando las confidencias que éstos le hagan con los límites que marque la ley. En este sentido, el profesional dedicado a la atención de pacientes con enfermedades mentales ejerce no sólo autoridad sobre ellos, sino poder, por lo tanto, éste debe ser manejado únicamente en beneficio del paciente, recordando que el paciente es vulnerable debido a su condición patológica.
 - La bioética aplicada a la psiquiatría debe atender principios básicos como la conciencia permanente del médico para no dañar al paciente.
 - La beneficencia como un fundamento ético, que obliga hacer el bien, procurando el mayor beneficio. Para actuar de acuerdo a este principio se deben

¹⁰⁷ Dictamen de la Comisión de Salud con proyecto de decreto por el que se reforman los artículos 76 y 421 de la Ley General de Salud. Proceso Legislativo: - Iniciativa presentada por el Dip. Francisco Salvador López Brito (PAN) en Sesión Ordinaria del 22 de abril de 2003 (LVIII Legislatura). Dictamen de primera lectura presentado en Sesión Ordinaria de la Cámara de Diputados del 21 de Septiembre de 2004. En votación económica se consideró suficientemente discutido en lo general. Fue aprobado en la Cámara de Diputados el 23 de septiembre del 2004 con una votación de 358 votos en pro, 0 en contra y 4 abstenciones. Fue turnado al Senado de la República para sus efectos constitucionales. SANDOVAL de Escurdia, Juan Martín. *La Obra Legislativa de la LIX Legislatura*. 2do Año, 1er periodo, 1ª parte. División de Política Social. Servicio de Investigación y Análisis, Dirección General de Bibliotecas. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. DPS ICS 84, Oct 2004.

conocer los posibles riesgos y perjuicios que pueden resultar de la aplicación de cualquier tratamiento, así como la obligación de informar al paciente y lograr su aceptación.

- El principio de autonomía que implica que toda persona es capaz de tomar decisiones respecto a su propia salud, y por la misma razón de aceptar o rechazar un determinado tratamiento.
 - El principio de justicia obliga a tratar a todas las personas por igual, con respeto y a una ausencia total de discriminación por cualquier concepto.
- ✓ Se debe obtener el consentimiento informado del paciente psiquiátrico.
- Las cuestiones relacionadas con el consentimiento, en el contexto de la psiquiatría exigen una consideración muy específica, ya que se debe valorar la capacidad del paciente y de sus familiares para recibir tratamiento. La información para obtener el consentimiento debe involucrar la discusión de los objetivos, expectativas, procedimientos y posibles efectos secundarios.
 - El paciente tiene derecho a recibir toda la información suficiente y necesaria para aceptar o rechazar alternativas de tratamiento; el psiquiatra estará obligado a dar esta información en términos sencillos y comprensibles, de acuerdo al nivel de instrucción del paciente y sus familiares, quienes tendrán la responsabilidad de resolver, en caso de que el paciente sea incapaz de tomar este tipo de decisión.
- ✓ Para la protección del usuario es menester establecer un mecanismo de control, de modo que se requiera, la opinión de dos especialistas para mantener a un paciente confinado en una institución de salud mental.

Bibliografía

Poder Legislativo

Iniciativa que reforma diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de psicología y psiquiatría, a cargo del Diputado José Antonio Cabello Gil, del Grupo Parlamentario del PAN. Gaceta Parlamentaria, Cámara de Diputados, número 1844-III, martes 20 de septiembre de 2005. <http://gaceta.diputados.gob.mx/>

SANDOVAL de Escurdia, Juan Martín. *La Obra Legislativa de la LIX Legislatura*. 1er Año, 2do periodo, 3ª parte. División de Política Social. Servicio de Investigación y Análisis, Dirección General de Bibliotecas. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. DPS ICS 75 AP, May 2004

SANDOVAL de Escurdia, Juan Martín. *La Obra Legislativa de la LIX Legislatura*. 2do Año, 1er periodo, 1ª parte. División de Política Social. Servicio de Investigación y Análisis, Dirección General de Bibliotecas. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. DPS ICS 84, Oct 2004.

Poder Ejecutivo

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. *Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios 2003*. INEGI, Cuaderno No. 9. México, 2004. ISBN 970-13-4367-0.

Secretaría de Salud, *Prioridad a salud mental y adicciones*. Comunicado de Prensa No. 35, 15/Marzo/2001 http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/comunicados/2001-03-15-SALUD-MENTAL.htm

Secretaría de Salud, *Programa de salud 2000-2006*. <http://www.ssa.gob.mx/>

Secretaría de Salud. *Programa de Acción: Salud Mental*. México, 2001. ISBN 968-811-994-6.

Secretaría de Salud SSA. *Plan Nacional de Salud*. 2000-2006. Cuadro 1.4. Principales causas de pérdida de años de vida saludable en México, 1998. <http://www.ssa.gob.mx/>

Secretaría de Salud (SSA). *Programa de Acción Salud Mental: Programa Específico de Esquizofrenia*. Capítulo IV. Plan de Acción http://www.ssa.gob.mx/unidades/conadic/esquizo_cap4.htm

Secretaría de Salud. *Prioridad a salud mental y adicciones*. Comunicado de Prensa No. 35, 15/Marzo/2001 http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/comunicados/2001-03-15-SALUD-MENTAL.htm

Boletín de Información Estadística *Daños a la Salud*, No. 21, Vol. II, 2001. Sistema Nacional de Salud. Secretaría de Salud, México, 2002. ISBN 970-721-051-6.

GONZÁLEZ Salvador. *La salud mental en México*. Director General de los Servicios de Salud Mental <http://www.conadic.gob.mx/doctos/salmen.htm> Consultado el 07/02/05

Modelo Hidalgo de Atención Mental: <http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgrppcdh/>

Revistas

MEDINA Mora, Ma. Elena y Jorge Villatoro. *La epidemiología de la salud mental en México*. Boletín especial de salud mental. Resumen del trabajo “La salud mental en México. Retos y perspectivas”. Epidemiología y Ciencias Sociales del Instituto Nacional de Psiquiatría (INP). <http://www.conadic.gob.mx/doctos/epidism.htm>. Consultado el 07/02/05

TEVA, Inmaculada, Et al. *Calidad de vida relacionada con la salud en la infección por el VIH*. En Psicología y Salud. Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad Veracruzana. Vol. 14, Num. 1. México. Jul - Dic 2004. ISSN 1405 – 1109. Pag. 229 – 235.

VERDUGO, Miguel A. y Martín, Mónica. *Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes*. Salud Mental Vol. 25 (4): 68 - 77, Agosto, 2002 Registro 921. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. ISSN 0185-3325. http://www.inprf-cd.org.mx/revista_sm/citabiblio.php?id_cita=921

Libros

BASAGLIA, Franco.

Entrevista con Franco Basaglia, Internet
<http://www.pulso.com/sen/numero73/073salu1.pdf>

La institución negada, 1968

Apuntes de psiquiatría institucional

Entrevista con Franco Basaglia. En Psiquiatría y antipsiquiatría, Biblioteca Salvat Grandes Temas No. 98. Texto Juan Obiols, Salvat Editores, Barcelona, 1973

DÖRING, Ma. Teresa. *Contra el manicomio*. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco Col. Ensayos, México, 1985, 466 pag. ISBN 96-859590-6

ESCANDÓN Carrillo, Roberto. *¿Qué es salud mental? (Un panorama de la salud mental en México)*. En Castillo Nechar, Marcelino (Coord.) Salud mental, sociedad contemporánea. Universidad Autónoma del Estado de México. México 2000. ISBN 968-831-492-9.

GUINSBERG, Enrique. *Normalidad, conflicto psíquico y control social*. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco/Edit Plaza y Valdés, México, 1990, 449 pag. ISBN 968-856-232-7

Artículos Periodísticos

AVILES, Jaime. *Proponen aplicar nuevo modelo para dar atención digna a enfermos mentales*. La Jornada 25 de abril de 2002. <http://www.jornada.unam.mx/2002/abr02/020425/049n1soc.php?origen=soc-jus.html>

BOLTVINIK Julio. *Una teoría de las necesidades humanas*. La Jornada, México DF. 7 de Junio 2002.
<http://www.jornada.unam.mx/2002/jun02/020607/022n1eco.php?origen=index.html>.

CRUZ, Ángeles. *Nuevo modelo para la atención a enfermos mentales*. La Jornada, 9 de marzo de 2002,
<http://www.jornada.unam.mx/2002/mar02/020309/046n3soc.php?origen=soc-jus.html>

GOMEZ MENA, Carolina. *Cerrará SSA 18 de sus 28 hospitales siquiátricas*. La Jornada, 25 mayo 2001. <http://www.jornada.unam.mx/2001/may01/010525/047n2soc.html>

Organismos Internacionales

Organización Mundial de la Salud. *Invertir en Salud Mental*. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, Suiza. 2004. ISBN 924 356257 6.

Organización Mundial de la Salud (OMS) Comunicado de prensa OMS/48. 15 noviembre 2001, <http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgied/comece/indexCIF.htm>



COMISIÓN BICAMARAL DEL SISTEMA DE BIBLIOTECAS

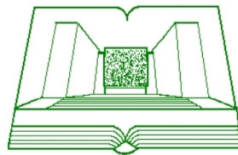
Dip. Carla Rochin Nieto. Presidenta.
Dip. Jorge Leonel Sandoval Figueroa. Secretario.
Dip. Abdallán Guzmán Cruz. Secretario.

SECRETARÍA GENERAL

Lic. Guillermo Haro Bélchez
Secretario General

SECRETARÍA DE SERVICIOS PARLAMENTARIOS

Lic. Alfredo del Valle Espinosa
Secretario



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Dr. Francisco Luna Kan
Director General

SERVICIO DE INVESTIGACIÓN Y ANÁLISIS

Dr. Jorge González Chávez
Coordinador

DIVISIÓN DE POLÍTICA SOCIAL

Dr. (c) Juan Martín Sandoval de Escurdia
Investigador Parlamentario

Lic. María Paz Richard Muñoz
Asistente de Investigador Parlamentario