



Capítulo IV

Diagnóstico situacional

Problemas en la atención a los trastornos de salud mental.

Los principales problemas que enfrenta la atención de la salud mental en México son:

- a) Infraestructura insuficiente, distribución inadecuada y de difícil acceso.
- b) Personal especializado insuficiente y mal distribuido en el territorio nacional.
- c) Carencia de recursos económicos para poder brindar un servicio adecuado en la infraestructura existente.

El promedio de antigüedad de los inmuebles para la atención a la salud mental es de 35 años. De los 28 hospitales psiquiátricos, sólo cinco de ellos se encuentran en buenas condiciones, 18 están en un nivel medio de condición y cinco presentan un deterioro severo. El término “buenas condiciones” se refiere a aquellas unidades hospitalarias psiquiátricas que cuentan con suficiencia, tanto de recursos humanos como financieros y materiales, en donde su nivel de productividad es adecuado, así como el apego y cumplimiento de la normatividad existente; asimismo cuentan con programas de capacitación y formación de recursos humanos, rehabilitación y reinserción social. Las unidades en “condiciones regulares”, que son la mayoría y que representan el 64% del total, tienen problemas en su ubicación, déficit parcial de recursos humanos, planta física con bajo nivel de mantenimiento y un relativo apego a la normatividad vigente, debido a la falta de infraestructura y recursos. Los hospitales psiquiátricos “con deterioro”, que corresponden a 18%, son aquellos que carecen de una adecuada infraestructura y equipamiento; los recursos humanos son insuficientes para atender a los usuarios y las instalaciones se encuentran en condiciones deplorables (véase cuadro XIII).

De acuerdo con los datos del Registro Nacional de Infraestructura para la Salud (RENIS), los recursos para la atención del primer nivel 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% y doce estados de la República mantienen un número de núcleos incompletos menores a la media nacional. En el segundo nivel

De acuerdo al RENIS, menos del 30% de los núcleos básicos de salud operan completos

Cuadro XIII
Condiciones de los inmuebles
(Antigüedad promedio de 35 años)

Buenas	5 unidades
Regulares	18 unidades
Con deterioro*	5 unidades

* Ciudad Juárez, Jalisco, Tamaulipas, Orizaba y Yucatán

Fuente: Servicios de Salud Mental, SSA, 2001

El Distrito Federal concentra al 41% de los psiquiatras y psicólogos institucionales

En la República Mexicana sólo existen 200 paidopsiquiatras, lo que significa que un paidopsiquiatra tendría que atender a 200 mil niños

de atención, el Distrito Federal concentra 41% de los psiquiatras y psicólogos institucionales para la población abierta, y únicamente siete estados tienen suficiencia o exceso de psiquiatras y cuatro de psicólogos es decir, uno por 100 mil y uno por 40 mil habitantes, respectivamente. En Campeche, Chihuahua, Quintana Roo y Zacatecas la carencia de psiquiatras en todos los niveles es casi absoluta, y en Campeche y Quintana Roo ocurre la misma situación con relación a psicólogos. Al interior de los estados estos profesionales se concentran en las ciudades de mayor tamaño y desarrollo. La distribución de hospitales, profesionistas de la salud y servicios en general se encuentran concentrados principalmente en el Distrito Federal o en estados como Jalisco y Nuevo León, lo que da como resultado una falta de equidad en la distribución de los servicios especializados.

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, los curanderos tradicionales y otros agentes informales son consultados.

En el caso de la atención psiquiátrica infantil el problema es aún más serio, ya que sólo existe en la República Mexicana un hospital psiquiátrico que atiende a este tipo de población y que se encuentra ubicado en la Ciudad de México. Aunado a esto, el número de paidopsiquiatras es de 200 en todo el país, número que resulta insuficiente para atender a los niños y adolescentes que presentan algún trastorno psiquiátrico en su desarrollo. Si se toma en cuenta que en México existen poco más de 33 millones de niños se tendría que, en números absolutos, hay un paidopsiquiatra para atender a 200 mil niños. La recomendación de la OMS es que exista un paidopsiquiatra por cada 10 mil niños.

En cuanto a recursos financieros, del gasto total en salud pública para atender 97 483 000 habitantes, que incluye a todas las instituciones del Sector Salud y que asciende a 117 mil 758 millones de pesos, se destina un gasto aproximado de sólo mil millones para la salud mental, lo que equivale al 0.85%, cifra que es insuficiente de acuerdo a estándares internacionales; la recomendación de la OMS es que se destine un 10% del presupuesto total de salud a la salud mental. El bajo presupuesto se refleja directamente en el nivel de calidad de los servicios.

Acciones del Estado en materia de atención a la salud mental.

El Estado Mexicano, a través del Sistema Nacional de Salud brinda atención médica a la población mediante diversas instituciones: en el año 2000, el IMSS ofreció servicios de salud a 31.49 millones de personas; por medio del ISSSTE se atendieron 5.7 millones; los servicios de salud de Petróleos Mexicanos (Pemex), de la Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena) y de la Secretaría de Marina (SM) han atendido a un millón de personas; 3.8 millones fueron atendidas por otra institución sin especificar y 55.5 millones de personas no derechohabientes fueron atendidas por la Secretaría de Salud la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol), el DIF y otras instituciones estatales; alrededor del 3% obtiene servicios de salud de más de una institución (véase figura 6).

La SSA lleva a cabo acciones en materia de atención a la salud mental, vinculadas con los gobiernos estatales y sus sistemas de salud. Dichas acciones se han enfocado a programas de tipo preventivo, tratamiento y rehabilitación, formación y capacitación de recursos humanos e investigación.

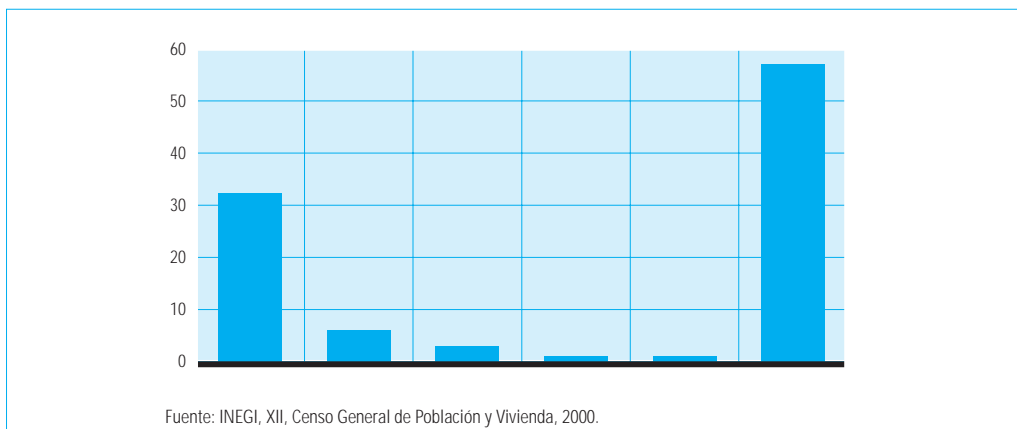


Figura 6
Población según condiciones de derechohabiencia en el año 2000

A continuación se describen las acciones del estado en estos rubros, y en el capítulo siguiente se incluyen todos los ordenamientos legales relacionados con la salud mental.

Hasta ahora, a pesar de importantes esfuerzos, la atención a la salud mental no ha respondido a un marco organizado sistemático y eficiente que haya permitido alcanzar resultados significativos; las acciones aisladas no han logrado aún un impacto que permita observar una reducción significativa en la prevalencia de estos padecimientos. A esto debe agregarse que la complejidad y multicausalidad de los trastornos mentales demandan un tratamiento más elaborado y un involucramiento significativamente mayor de la sociedad.

La información disponible ha llevado al consenso de que aun cuando se encuentra legalmente establecido el carácter en materia de salubridad general y de servicio básico, la atención a la salud mental en la práctica permanece insuficientemente considerada, y como se ha señalado por las más altas autoridades del país, “constituye quizá el área de mayor rezago del sistema de salud en nuestro país”.

Acciones de tipo preventivo

El objetivo fundamental de los servicios para la prevención de enfermedades mentales establecidos en México consiste en favorecer cambios en los estilos de vida de la población, generando actitudes tendientes al autocuidado de la salud. La Secretaría de Salud ofrece servicios preventivos en sus centros de salud y unidades hospitalarias en todo el país, aplicando programas de promoción de la salud y de medicina preventiva. A través del Organismo Desconcentrado de los Servicios de Salud Mental, la SSA cuenta con tres Centros Comunitarios de Salud Mental y un Centro de Salud Integral de Salud Mental en el Distrito Federal y con módulos de salud mental localizados en diversos puntos del país.

Al interior del Sistema Nacional de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cuenta con servicios de psiquiatría y salud mental en hospitales psiquiátricos y hospitales generales de zona, así como en las unidades de medicina familiar. El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) cuenta con servicios de salud mental en hospitales regionales y en algunas de sus clínicas.

La SSA ofrece servicios preventivos en sus centros de salud y unidades hospitalarias

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) se rige actualmente por la ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social (DOF del 9 de enero de 1986), que establece el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impiden al individuo un desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva. Esto hace patente que el DIF tiene una marcada orientación hacia la prevención de problemas de salud mental orientándose a la detección temprana de estos padecimientos, con un enfoque eminentemente psicosocial.

Acciones para el tratamiento y la rehabilitación

El avance más importante que ha tenido la psiquiatría en los últimos años ha sido la introducción, para su uso clínico, de sustancias que actuando sobre el cerebro modifican las funciones psíquicas y la conducta en varias direcciones, alterando favorablemente el curso y desenlace de algunas de las enfermedades mentales más comunes. Hacia el final de la primera mitad del siglo XX, los recursos terapéuticos con los que contaba la medicina en su lucha contra las enfermedades mentales no eran muy efectivos, se limitaban a un grupo de sustancias con acciones sedantes e hipnóticas, algunos psicoestimulantes y los tratamientos somáticos como el coma insulínico, la lobotomía prefrontal y la electroterapia. Todos estos recursos tenían sus limitaciones, de tal manera que sólo la electroterapia conserva un lugar significativo en la terapéutica médica actual.

El cambio radical de la psiquiatría se dio en la segunda mitad del siglo XX, con la aparición de dos fármacos que revolucionaron inclusive el concepto mismo de la psicopatología: la clorpromazina y la imipramina. Desde entonces a la fecha el número de psicotrópicos ha aumentado de manera considerable, lo que se ha traducido en un cambio en la evolución de la enfermedad mental. Con el transcurso del tiempo los medicamentos psicoactivos han mostrado sus virtudes y también sus limitaciones entre éstas últimas se encuentran los daños iatrogénicos en ocasiones severos, así como la refractariedad de algunos pacientes hacia esos medicamentos. Por ello, el uso únicamente de medicamentos para atender los trastornos mentales no es válido, ya que se estaría realizando una atención parcial del enfermo con trastorno mental.

La psiquiatría institucional se practica como especialidad en los organismos asistenciales para promover la salud mental, procurar la prevención de los trastornos mentales y proporcionar el tratamiento, la rehabilitación y la investigación de la enfermedad mental. Hasta hace pocos años se abordaban los problemas relacionados con los padecimientos psiquiátricos utilizando un criterio fundamentalmente asistencial. Desde la época de la Colonia cuando se erigió el Hospital de San Hipólito, el primero para enfermos mentales en América, la preocupación básica fue la de dar albergue a los pacientes proporcionando un tratamiento que tenía como primer objetivo el de aislarlos del resto de la comunidad y de sus familiares, en donde programas de prevención y de rehabilitación eran muy poco observados. Para 1965 existía un solo hospital psiquiátrico en México, el viejo "Manicomio de la Castañeda", que contenía a más de 3 000 pacientes en condiciones inadecuadas, principalmente por las condiciones físicas del inmueble y las limitaciones presupuestales que dificultaban la práctica psiquiátrica. Es hasta 1968 que se inició un esfuerzo sistematizado por un manejo integral del paciente con enfermedad mental, que ha repercutido en la mejor atención del enfermo y sus familiares.

Una situación que ha afectado la manera en cómo el Estado ha actuado en materia de salud mental, fue el debate, décadas atrás, alrededor de la psiquiatría social; percepciones incorrectas confundieron el

El cambio radical en la psiquiatría se dio en la mitad del siglo XX, con la aparición de dos fármacos que revolucionaron el concepto de la psicopatología: la clorpromazina y la imipramina

La psiquiatría institucional procura la prevención de los trastornos mentales, proporciona tratamiento, rehabilitación y la investigación del enfermo mental

ejercicio de los derechos humanos de los pacientes con el tratamiento clínico aceptado por la ciencia médica. Inclusive se llegó a vincular la psiquiatría social con acciones de tipo político, separándola de sus aspectos médicos; esto se debió seguramente a que, respondiendo al contexto social en que se ubican los pacientes, como componente determinante de la salud mental, la psiquiatría social considera los factores ecológicos, culturales y sociales que generan, precipitan, intensifican, prolongan o complican los trastornos mentales. De esta manera, un debate en contra de un modelo médico de atención a la salud mental aplicado universalmente con éxito, detuvo en México las acciones del Estado en materia de tratamiento y rehabilitación.

Actualmente la orientación en la atención de las enfermedades mentales es similar al utilizado para cualquier enfermedad médica crónica, en donde se pretende capacitar a los médicos generales del primer nivel de atención, para que puedan llevar a cabo un diagnóstico temprano de la enfermedad mental; esto con el objeto de que puedan tratar este padecimiento o bien referirlo a un segundo o tercer nivel de atención, según sea el caso, en donde el médico especialista establezca el diagnóstico preciso y un programa de tratamiento adecuado; todo esto en el contexto de un sistema de referencia y contrarreferencia, para que éste se siga llevando por el médico general.

El sector salud cuenta con instituciones especializadas, hospitales psiquiátricos, y con un área de atención especial dentro de algunos institutos y hospitales generales para el manejo agudo de la enfermedad, y con un área de consulta externa en donde se llevan a cabo los programas de prevención, atención y rehabilitación del enfermo mental, con personal capacitado para estas actividades y para realizar la investigación del padecimiento. Además, y a diferencia de lo que se hace en otras enfermedades crónicas, en algunas instituciones hay un manejo psicoterapéutico que posibilita el manejo integral del enfermo mental y con ello su más pronta incorporación a la sociedad. El manejo de “hospital de día” es un concepto que se está instituyendo en algunas instituciones en México; la experiencia obtenida en estas instituciones es satisfactoria, ya que disminuye el número de recaídas y se logra una mejor reinserción del paciente a la sociedad. El consenso general sobre este enfoque de atención es aprobatorio; sin embargo, se requiere mejorar la calidad de atención aumentando los recursos humanos y materiales de las instituciones que manejan el trastorno mental.

A diferencia de lo que se pensaba hace algunas décadas, actualmente no se pone en duda que existan hospitales psiquiátricos, ya que éstos han demostrado ser necesarios y efectivos en el manejo de los cuadros agudos del padecimiento; sin embargo, debe destacarse que también se considera que no son la única opción para el tratamiento de los trastornos mentales, lo que ahora se pretende crear es una continuidad comunidad-hospital. Un importante resultado de este cambio de visión se encuentra en que el paciente transita del hospital psiquiátrico a la comunidad en un menor tiempo posible, lo que a su vez reduce los costos del tratamiento.

Las acciones para el tratamiento de las personas con padecimientos mentales dentro del marco de las instituciones públicas de salud, durante las últimas décadas 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 la otra, de reducción en términos absolutos de los recursos de atención hospitalaria en instituciones para no derechohabientes. 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

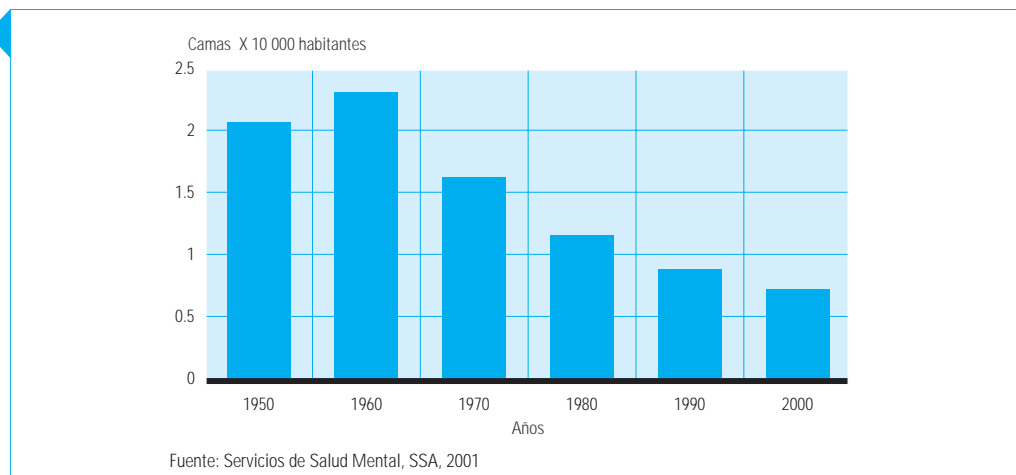
En algunas instituciones se lleva a cabo un tratamiento psicoterapéutico, que posibilita el manejo integral del enfermo mental, lo que conlleva a su más pronta incorporación a la sociedad

Hoy en día, ya no se pone en duda el sí debe haber o no hospitales psiquiátricos, ya que éstos son necesarios en el manejo de los cuadros agudos del padecimiento, sin embargo, lo que ahora se pretende crear es una continuidad comunidad-hospital

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 (véase figura 7).

Las acciones y recursos más visibles en el sistema público para el tratamiento y la rehabilitación de las personas con padecimientos mentales continúa siendo representada por los hospitales psiquiátricos públicos, y en menor medida por otras modalidades de servicio de tipo ambulatorio u hospitalario, mediante los cuales se intenta responder a las necesidades de la población tanto general como usuaria de los servicios (véase cuadro XIV).

Figura 7
Evolución del número de camas destinadas a la atención de la salud mental en el Sector Salud. 1950-2000.



Cuadro XIV
Organización de Servicios Especializados

Servicios	No.	%
En centros de salud	80	40.2
Clínicas especializadas	7	3.5
En Hospital General	72	36.2
Con servicio de internamiento	3	1.5
Hospital de Psiquiatría	28	14.1
En institutos nacionales	8	4.0
Unidad de rehabilitación	1	0.5
Total	199	100.0

Fuente: Servicios de Salud Mental, SSA, 2001

El desarrollo de los servicios de salud especializados en el sector público no ha tenido un patrón uniforme en el país y se encontraron diferencias muy acentuadas entre las distintas entidades federativas, en donde se representa el indicador de consultas de salud mental por mil habitantes en el año 2001 (véase figura 8).

Dentro de este contexto el tratamiento y rehabilitación de quienes padecen trastornos mentales y del comportamiento se busca adscribirlo al marco general de la organización de los servicios de salud; es decir, al modelo escalonado de atención, en donde el primer nivel de los servicios constituye el punto de ingreso al sistema y se complementa con los recursos y dispositivos del segundo y tercer nivel de atención. Sin embargo, la instrumentación y funcionalidad en esta área especializada se ve complicada de manera importante por los limitados recursos del personal general en salud, para asumir y ofrecer respuesta a las demandas de la población dentro de este campo de la salud (véase figura 9).

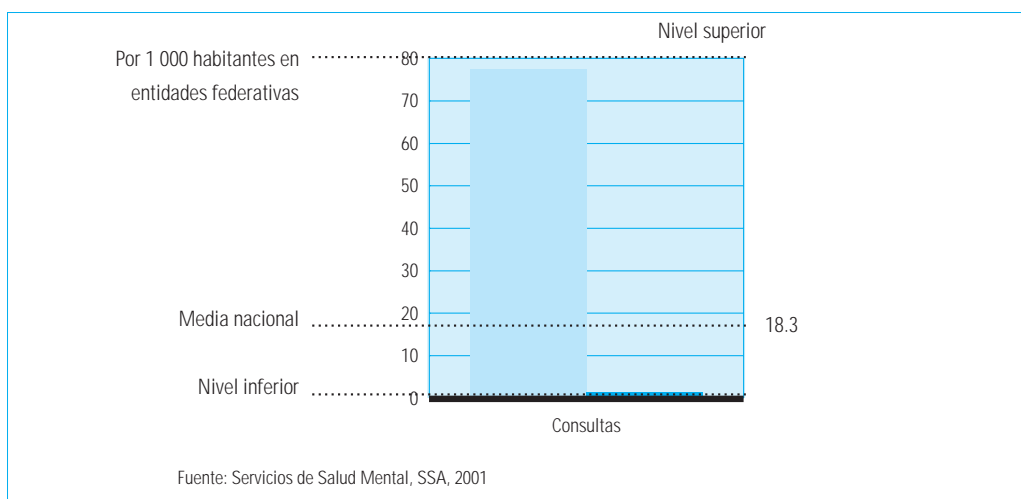


Figura 8
Consultas de salud mental por mil habitantes

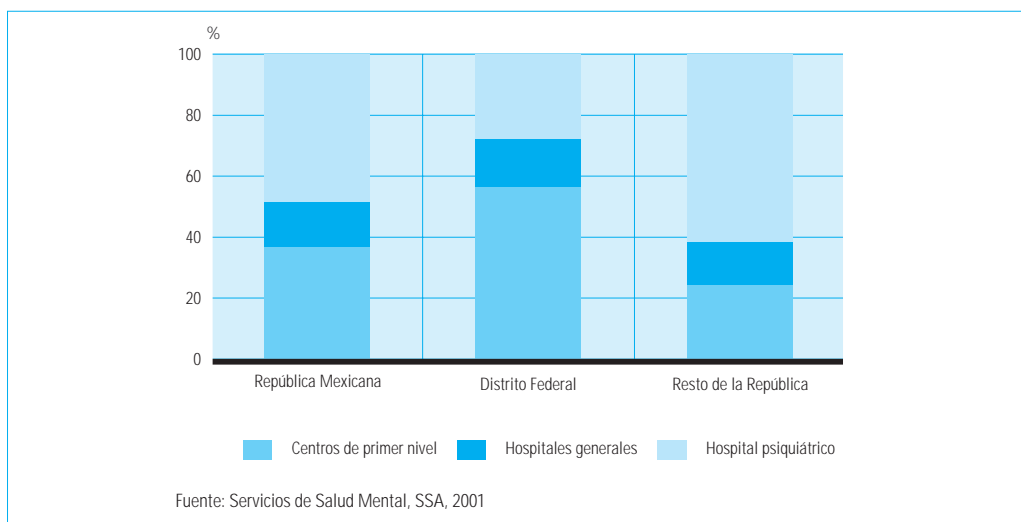


Figura 9
Consulta de salud mental por sitio de atención 2000

En México existen 50 unidades de hospitalización psiquiátrica, de las cuales 35 son establecimientos públicos, 4 dependen del IMSS y el resto al sector privado

Los módulos de salud mental integrados a hospitales generales, proporcionan atención ambulatoria y de enlace con profesionistas de salud mental

El modelo ha podido operar con regular éxito en los organismos de seguridad social, mientras que en las instituciones para no derechohabientes su implantación ha sido en extremo complicada debido a la complejidad y magnitud de necesidades de la población objetivo, y ante un limitado y restringido esquema de prestaciones institucionales a los usuarios.

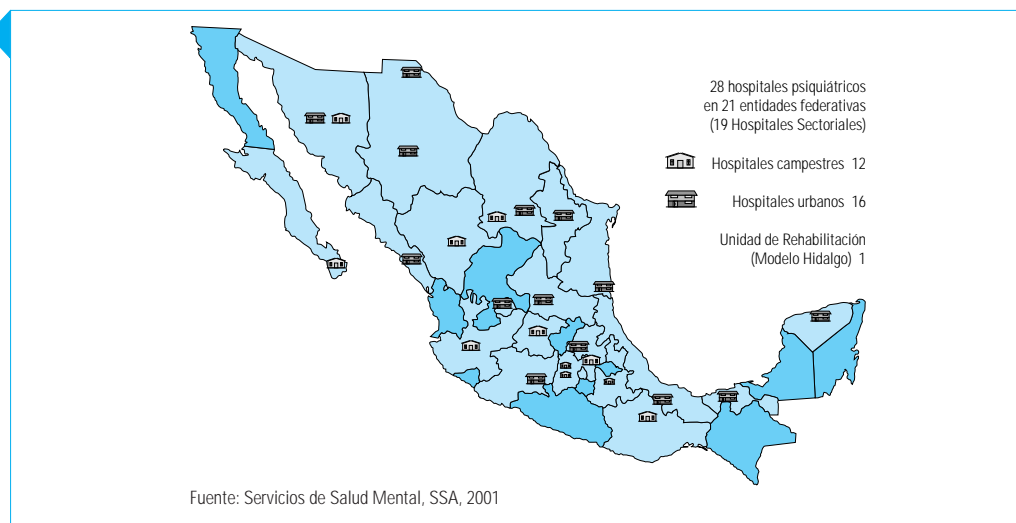
Las instituciones con recursos para otorgar servicio de hospitalización psiquiátrica en el país son 50 unidades, de los cuales 35 son establecimientos públicos, 4 dependen del Instituto Mexicano del Seguro Social y el resto son instituciones del sector privado. Estas unidades se encuentran distribuidas de manera no homogénea en 25 entidades federativas, y aun cuando sus esquemas de organización y servicios son muy diversos, todos tienen la misma razón social (véase mapa 3).

En las últimas tres décadas la organización de estas unidades se ha definido en dos modalidades principales: los servicios de corta y larga estancia hospitalaria, donde existe en la práctica una categoría adicional que corresponde a las unidades mixtas en las que confluyen ambos tipos de servicio y que son mayoría. Adicionalmente, y como un factor a destacarse, se encuentra el hecho de que si bien estos establecimientos tienen como función sustantiva la atención hospitalaria especializada, en la práctica han extendido su proyección en respuesta a la demanda de la población y ante una limitada oferta de servicios en esta materia, con el fin de brindar atención ambulatoria especializada, la cual constituye el eje central de sus actividades (véase cuadro XV).

El tipo de servicio especializado dentro del Sistema Nacional de Salud, predominante en términos de cantidad y distribución, es el Módulo de Salud Mental integrado al hospital general, que proporciona atención ambulatoria y de enlace a través de profesionistas de la salud mental como son médicos psiquiatras y psicólogos clínicos; éstos brindan atención médica y psicológica a todo tipo de usuarios de los servicios por trastornos primarios o secundarios de salud mental. El número de unidades de este tipo es de más de 250 servicios, distribuidos a lo largo del país, siendo el IMSS la institución pública que dispone de 50% del total, a la Secretaría

Mapa 3

Unidades hospitalarias de atención psiquiátrica dependientes de la SSA



Cuadro XV
Hospitales de Psiquiatría
Productividad en el año 2000

Consultas	353,393
Urgencias	17,075
Egresos	20,992

Fuente: Servicios de Salud Mental, SSA, 2001

de Salud le corresponde 30% y el ISSSTE y los otros organismos de seguridad social tienen el 20% restante. En más de la mitad de estos servicios se dispone de médico psiquiatra y psicólogo clínico, el 30% sólo dispone del recurso de psicología y en otros sólo de psiquiatría.

En la actualidad la SSA mantiene en operación más de 80 módulos de salud mental integrados a centros de salud, los cuales en su mayoría disponen de psicólogo clínico, en otros se tienen trabajadoras sociales y enfermeras. En una tercera parte se dispone de médico psiquiatra y de equipo de salud mental. Las entidades federativas en donde se dispone de estos servicios son el Distrito Federal, Baja California, Baja California Sur, Jalisco, Sonora, Sinaloa, Nayarit, Guanajuato, Michoacán, Nuevo León e Hidalgo. Las instituciones de seguridad social en este rubro de servicios han centrado sus acciones en la capacitación del personal de medicina familiar, para que participe en las actividades de salud mental y, sólo de manera eventual, han asignado recursos especializados.

Una modalidad de servicio de mayor espectro resolutivo y complejidad es la unidad de psiquiatría integrada a hospital general, en donde además de los servicios mencionados se proporciona atención hospitalaria especializada. En el país se dispone de cuatro servicios públicos dentro de esta categoría y en dos de ellos se efectúan complementariamente a las actividades clínicas y programas de formación de recursos especializados.

Las unidades especializadas de atención a la salud mental de tipo ambulatorio, durante la última década, han tenido particular desarrollo dentro del sector público; se trata de establecimientos en donde se proporciona atención médica especializada y psicológica a la población. La Secretaría de Salud en la actualidad dispone de ocho servicios, cuatro en el Distrito Federal y uno en cada uno de los estados de Querétaro, Campeche, Zacatecas y Aguascalientes. En las instituciones de seguridad social, esta modalidad no ha tenido impulso y el IMSS e ISSSTE tienen sólo un servicio de estas características para sus derechohabientes.

Uno de los aspectos de mayor complejidad que confronta al personal y los servicios especializados es el representado por las personas con discapacidad mental severa y en situación de desprotección familiar y social quienes permanecen inapropiadamente en establecimientos médico hospitalarios cuando su situación y necesidades requerirían de estancias residenciales específicas, en donde se les proporcionen los cuidados apropiados a sus condiciones. Las actividades de terapia ocupacional y socio recreativas en que participan los usuarios durante el periodo corto de hospitalización permiten complementar las acciones de la atención médica y resultan adecuadas. En una tercera parte de las unidades hospitalarias adicionalmente se cuenta con servicio de hospital parcial lo que permite reforzar y continuar el programa de rehabilitación.

Existen 4 servicios de hospitalización psiquiátrica, dentro de hospitales generales en el país

Recientemente en un esquema de coordinación entre autoridades, profesionistas y prestadores de servicios, así como organizaciones civiles como la Fundación Mexicana para la Rehabilitación de las Personas con Enfermedades Mentales I.A.P., se han puesto en ejecución proyectos cuyo objetivo es reforzar las acciones de rehabilitación psicosocial y en particular generar opciones de tratamiento y complementación a las actividades médico asistenciales.

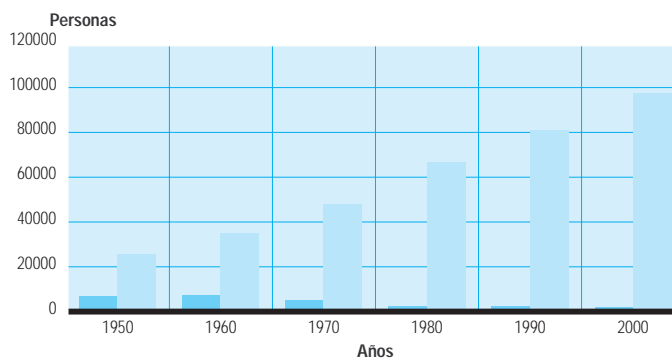
La rehabilitación psicosocial es un proceso que facilita la oportunidad para los individuos que están discapacitados o impedidos por desórdenes mentales, de alcanzar su nivel óptimo de funcionamiento independiente en la comunidad, reinsertándose en las actividades cotidianas. Esto implica tanto el mejorar las competencias de los individuos, como introducir cambios ambientales a fin de crear una vida de mayor calidad. La complejidad de la rehabilitación psicosocial incluye sectores y niveles diferentes de participación institucional, social y comunitaria y por tanto los medios para lograrla son también complejos y variados y dependen en gran medida de las características culturales, geográficas, económicas, políticas, sociales y organizativas. Son diversas las modalidades u opciones que actualmente existen en torno a la rehabilitación psicosocial de personas con trastornos o padecimientos mentales, su aplicabilidad ha dependido de enfoques, recursos y decisiones para su desarrollo; sin embargo, es evidente que las tareas que se han hecho en este campo, aún con lo valioso que son, resultan insuficientes para responder a los retos de equidad, calidad y protección financiera que se busca cumplir en el sector salud.

En los hospitales psiquiátricos, las actividades de rehabilitación psicosocial en 1995, incluían 7 servicios, los que en 1999 se ampliaron a 24. Los programas de hospitalización parcial o centros de día en 1995 eran solamente 2 y para 1999 se ampliaron a 12. Con estos programas se ha fortalecido el trabajo terapéutico integral, donde los aspectos sociales y familiares de la enfermedad mental se abordan para brindar al usuario un mejor marco para su reintegración y bienestar laboral y social; este proceso ha logrado un importante decremento en la hospitalización de usuarios crónicos con problemas de abandono y ha sido un importante elemento para evitar la cronicidad del problema.

La complejidad de la rehabilitación psicosocial incluye sectores y niveles diferentes de participación institucional, social y comunitaria

La hospitalización parcial o centros de día se incrementó de 2 en 1995 a 12 en 1999

Figura 10
Enfermos de larga evolución y población nacional



Fuente: Servicios de Salud Mental, SSA, 2001

En el transcurso de 50 años, la hospitalización disminuyó en términos reales a menos de la tercera parte, al pasar de 7,000 usuarios de larga evolución en 1950, a 1,988 en el año 2000, con una población total del país que pasó de 25.79 millones en 1950 a 97.48 millones en el año 2000. En estos casos, el período promedio de hospitalización de enfermos con padecimientos mentales crónicos que no cuentan con familia, es de 36 años.

La Secretaría de Educación Pública ha hecho una labor importante en materia de tratamiento y rehabilitación de niños con trastornos en el desarrollo, a través de la Dirección de Educación Especial. En la actualidad, en el Distrito Federal existen 28 Centros de Atención Múltiple (CAM), en 15 Delegaciones Políticas, mismos que atienden alumnos con algún tipo de discapacidad, abarcando desde la educación inicial, a partir de los 45 días de nacidos, hasta la capacitación laboral a los 17 años.

Los Centros de Atención Múltiple en el D.F. cuentan con 660 especialistas en audición y lenguaje, deficiencia mental, trastornos neuromotores, ciegos y débiles visuales, problemas de aprendizaje y menores infraactores; cuentan con 27 psicólogos, 93 pedagogos, 6 terapeutas físicos, 22 médicos y 105 trabajadores sociales. De acuerdo al Prontuario Estadístico de la Dirección de Educación Especial de la SEP, en el Distrito Federal, en el período escolar 2000-2001, se atendió a la población descrita en los cuadros XV y XVI.

Cuadro XV Alumnos atendidos por nivel educativo en CAM-D.F.						
45 días 3, 6/12 meses	3 a 6 años	6 a 14 años	12 a 16 años	13 a 17 años	Atención comparada	Total
Inicial	Preescolar	Primaria	Secundaria	Capacitación laboral		
610	722	4,813	130	1,210	1,137	8,622

Fuente: Prontuario Estadístico de la Dirección de Educación Especial, SEP, 2000-2001.

Cuadro XVI Alumnos atendidos por discapacidad en CAM-D.F.							
Ceguera	Discapa- cidad visual	Sordera	Discapa- cidad auditiva	Discapa- cidad motriz	Discapa- cidad inte- lectual	Otra discapa- cidad	Total
397	221	598	353	750	5 696	122	8 137

Fuente: Prontuario Estadístico de la Dirección de Educación Especial, SEP, 2000-2001.

Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental

El panorama de Reforma del Sistema de Salud Mental en el transcurso del tiempo tiende a dar servicios integrales, a través del fomento de intervenciones rehabilitatorias y trabajo comunitario, con el fin de disminuir al máximo hospitalizaciones, reingresos y erradicar de manera definitiva estancias prolongadas de hospitalización. La puesta en marcha de la Reestructuración del Sistema de Servicios de Psiquiatría y Salud Mental en México, se debe a la necesidad de crear otros proyectos, de proponer nuevos y eficientes modelos de atención en salud mental; frente a esto, la Secretaría de Salud del Gobierno Federal, formaliza la colaboración de la Fundación Mexicana para la Rehabilitación de Personas con Enfermedad Mental, IAP (FREM), organismo no gubernamental, para participar en la propuesta y desarrollo de un nuevo modelo de atención en salud mental.

Este nuevo modelo contempla la creación de nuevas estructuras de atención y está basado en el respeto a los derechos de los usuarios, de recibir una atención integral médico-psiquiátrica con calidad y calidez. El modelo ofrece una red de servicios con distintas alternativas de prevención, hospitalización y reintegración social en el área de la salud mental. Para la realización de este modelo el Gobierno Federal y los Gobiernos Estatales del país aplican recursos financieros adicionales. De esta manera, el 21 de noviembre del año 2000, el trabajo conjunto de estas organizaciones dio como resultado la inauguración de la Villa Ocaranza y dos casas de Medio Camino en Pachuca, Hgo., cerrando así definitivamente las puertas del Hospital Psiquiátrico Ocaranza, para dar paso al nuevo rostro de la salud mental en México: el Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental (MIHASAME), al cual la FREM aportó sus experiencias que datan de 1980.

En los hospitales para usuarios con padecimientos crónicos existe el modelo asilar, que no favorece la reintegración de los mismos a la sociedad y que tiene como resultado internamientos prolongados y en muchos de los casos, permanentes. En la actualidad, este modelo es obsoleto debido a los avances obtenidos en el campo de la salud mental en el ámbito mundial, por la aparición de la psicofarmacología y los diversos programas de rehabilitación psicosocial.

El Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental tiene como antecedentes mundiales los de Italia, representados principalmente por la experiencia de Trieste, país que se considera como uno de los principales exponentes de la reforma psiquiátrica, con la elaboración y promulgación en 1977 de la Ley 180, que asume la necesidad de cerrar los manicomios y crear un sistema de servicios alternativos en la comunidad. Esta reforma italiana se caracteriza por:

- Desaparición gradual de hospitales psiquiátricos.
- Diseño de nuevos servicios comunitarios considerados como alternativos a los hospitales psiquiátricos y no como complementarios o adicionales a ellos.
- La psiquiatría hospitalaria se concibe como un elemento de apoyo al cuidado comunitario.
- Se busca integración y coordinación, entre los servicios de atención de cada área geográfica, como centros de salud, unidades de hospitalización, centros de soporte social, alojamientos protegidos, etc.

Asimismo, este modelo toma en cuenta la experiencia de España, principalmente representada por la Fundación de la Liga de Higiene Mental, con la promulgación de la Ley General de Sanidad de 1986, y el Plan de Reforma del Hospital Psiquiátrico de Leganés, Madrid, 1986-1991, el cual dio origen al Instituto Psiquiátrico de Servicios de Salud Mental "José Germain".

Las necesidades crecientes de atención en salud mental, requieren programas de intervención creativos y científicamente probados, así como de voluntad política y consenso social para impulsarlos. En salud mental queda claro que el tratamiento de cualquier padecimiento debe considerar el entorno en el que se desarrolla el individuo propiciando su integración a la sociedad, considerando sus derechos humanos como una guía a seguir para la atención que se le brinde al usuario de los servicios de salud mental.

En México, actualmente se requiere llevar a cabo la transformación estructural de las instituciones psiquiátricas, motivada por los cambios de la atención a las personas con enfermedad mental en el ámbito mundial. Estos cambios se construyen al crear las condiciones que favorezcan la integración social del usuario, mediante estructuras en forma de red de prevención, hospitalización y reintegración social que dan como resultado el Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental. El modelo toma su nombre de Don Miguel Hidalgo y Costilla, quien fue un luchador social que provocó un cambio en México, promoviendo la independencia y la libertad.

Este modelo se empezó a implementar en el estado de Hidalgo, debido a las deficientes condiciones del Hospital Psiquiátrico “Dr. Fernando Ocaranza” y a las constantes demandas de la sociedad para una solución a esta problemática, situación detectada y señalada por el Comité Ciudadano de Apoyo de dicho hospital, de acuerdo a sus funciones y actividades referidas en la normatividad vigente.

El Modelo Hidalgo de Atención en salud mental es un cambio en el concepto de la atención a personas con enfermedad mental. Contempla la creación de nuevas estructuras, en donde existen los elementos suficientes para la modificación y creación de nuevas instituciones basadas en el respeto a los derechos de los usuarios, de recibir una atención integral médico-psiquiátrica con calidad y calidez. El MIHASAME responde a los retos del Programa Nacional de Salud 2001- 2006, como son equidad, calidad técnica e interpersonal y protección financiera.

Objetivos generales

- Prevenir el riesgo de la marginalización y/ o institucionalización psiquiátrica.
- Atender a las personas con enfermedad mental, apoyándolas para desarrollar sus recursos personales y facilitándoles la provisión de soportes sociales básicos.
- Favorecer en los usuarios la recuperación o adquisición del conjunto de habilidades y competencias personales y sociales necesarias para el funcionamiento en la comunidad en mejores condiciones de autonomía, normalización, integración y calidad de vida.
- Posibilitar que los usuarios puedan funcionar y desenvolverse en la comunidad del modo más autónomo posible; facilitando el desempeño de roles sociales.
- Potenciar la integración laboral-social del usuario.
- Promover la vida independiente de los usuarios ofreciendo el seguimiento, apoyo y soporte social que cada persona necesite para asegurar su mantenimiento en la comunidad del modo más autónomo posible.
- Ofrecer apoyo, asesoramiento y formación a las familias.
- Sensibilizar a la comunidad sobre la enfermedad mental a través de promoción de la salud mental.
- Prevenir el desarrollo de la enfermedad mental mediante una atención oportuna y un tratamiento adecuado cuando se presentan los primeros síntomas del padecimiento.

- Hacer convenios con organizaciones no gubernamentales para la implementación de programas comunitarios que faciliten la reintegración social de los usuarios.
- Apoyar a los comités ciudadanos para favorecer el mejor desempeño de sus funciones.

Objetivos específicos

Los objetivos específicos dependerán de cada una de las estructuras de la red de servicios y esto se hará en relación al usuario para crear un ámbito favorecedor de sus potencialidades y de su reinserción social.

- Brindar tratamiento integral médico-psiquiátrico para elevar la calidad de vida del usuario.
- Favorecer que el usuario se integre a las actividades de rehabilitación psicosocial.
- Establecer comunicación y formalizar acuerdos con dependencias para el trabajo del usuario que así lo desee en la comunidad.
- Establecer mecanismos de apoyo y seguimiento al usuario en el medio al que se integre.
- Lograr que todas las estructuras que conforman la red de servicios del Modelo Hidalgo funcionen con excelencia, calidad y calidez y sean gratuitas para los usuarios.
- Lograr que paulatina y definitivamente se cierren los hospitales psiquiátricos asilares.
- Que los trabajadores de salud mental que laboren dentro de alguna de las estructuras de la red de servicios cuenten con reconocimiento y estímulos especiales de parte de las autoridades competentes.
- 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 los estados de la República donde se implemente el MIHASAME mantengan comunicación permanente sobre el funcionamiento del modelo con la Dirección General de Rehabilitación Psicosocial, Participación Ciudadana y Derechos Humanos de la Secretaría de Salud.
- Que en los estados de la República donde se implemente el Modelo Hidalgo se realicen publicaciones periódicas sobre el desarrollo del modelo.
- Que las autoridades estatales convoquen a grupos de sociedad civil organizada para que estos participen de manera activa en las estructuras de la red de servicios de este modelo.

De esta manera, uno de los objetivos principales del Modelo Hidalgo es promover la rehabilitación de las personas recluidas en hospitales psiquiátricos para usuarios con padecimientos crónicos y apoyarlas en su regreso a la comunidad, para que logren desenvolverse y manejarse en ella con la mayor autonomía y calidad de vida posibles. Para ello se hace imprescindible, lograr el desarrollo de una adecuada red de servicios de atención médica y programas comunitarios, cuyas estructuras estarán organizadas de la siguiente manera:

Prevención

Se desarrolla primordialmente por medio de la difusión de salud, Centros de Salud con Módulo de Salud Mental, Centros Comunitarios de Salud Mental y Centros Integrales de Salud Mental. En estas estructuras es conveniente contar con un comité ciudadano de apoyo.

Hospitalización

Se lleva a cabo en Unidades de Psiquiatría en Hospitales Generales y Hospitales Psiquiátricos para usuarios con padecimientos agudos (hospitalización breve), además se crean nuevas estructuras de hospitalización, como son las villas. En todas las estructuras se da una atención integral al usuario, como marca la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, para lograr su rehabilitación. En las estructuras de hospitalización participan los comités ciudadanos como lo marca la NOM-025-SSA2-1994.

Reintegración Social

Se fomenta a través de estructuras dentro de la comunidad que apoyan al usuario en su proceso de reintegración social. Estas son principalmente Casas de Medio Camino, Residencias Comunitarias, Departamentos Independientes, Residencias para Adultos Mayores, Talleres Protegidos, Cooperativas Mixtas, Clubes Sociales, etc. En estas estructuras, preferentemente, son las organizaciones no gubernamentales, estarán a cargo de la implementación de programas comunitarios. Los usuarios, según lo requieran, pueden ser referidos o contrarreferidos a cualquiera de los servicios de este modelo.

En las estructuras que conforman la red de servicios de este modelo, el usuario recibirá un trato digno y humano con calidad y calidez, independientemente de su diagnóstico, situación económica, sexo, raza, ideología o religión. Nunca será sujeto de discriminación por su enfermedad mental, ni será objeto de diagnósticos o tratamientos por razones políticas, sociales, raciales, religiosas u otros motivos distintos o ajenos al estado de su salud mental. En el Modelo Hidalgo resulta de vital importancia la participación de la sociedad civil a través de los comités ciudadanos de apoyo y organismos no gubernamentales.

A) Prevención

Las acciones preventivas a nivel comunitario se llevan a cabo con la realización de campañas informativas por medios publicitarios como la televisión, radio y prensa escrita, conferencias, orientación a grupos escolares en todos los niveles, a estudiantes de educación media superior y superior. Así como la sensibilización y capacitación constante del personal de la Secretaría de Salud y de otras instituciones. Estas acciones se realizan con el objetivo de crear una cultura de prevención de la enfermedad mental. Por otra parte, en Centros de Salud, Centros de Salud con Módulos de Salud Mental, Centros Comunitarios de Salud Mental y Centros Integrales de Salud Mental (CISAME) se llevan a cabo acciones para la promoción de la salud mental a través de grupos de orientación a la población en general y a grupos de riesgo, logrando así la detección oportuna de casos en la comunidad. En estos centros se atiende al usuario por medio del diagnóstico y tratamiento oportuno. En caso de ser necesario, se refiere al mismo a otra estructura de la red de servicios.

1. Centros de Salud

Los centros de salud deben contar con médicos generales capacitados en materia de salud mental y en los trastornos psicopatológicos más frecuentes. En caso de detectar la necesidad de una atención especializada, el médico debe referir al usuario al centro de salud que cuente con un Módulo de Salud Mental.

2. Centros de Salud con Módulo de Salud Mental

Los centros de salud con Módulo de Salud Mental deben contar con los elementos y equipo necesarios para la detección oportuna y la atención inmediata de cualquier enfermedad mental o en su caso para la referencia de usuarios, así como para realizar actividades de fomento y promoción de la salud mental. El equipo de profesionales que lo atienden incluye un médico psiquiatra, un psicólogo, un trabajador social y una enfermera.

3. Centros Comunitarios de Salud Mental

Los CECOSAM deben contar con equipos interdisciplinarios integrados por psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería, terapistas, entre otros y con la infraestructura necesaria para dar el servicio.

4. Centros Integrales de Salud Mental

Los CISAME además de funcionar con la misma estructura interdisciplinaria que los anteriores, cuentan con el personal y equipo especializados para diagnóstico como laboratorio de análisis clínico, electroencefalografía, laboratorio del sueño, mapeo cerebral, etc. Asimismo, se promoverán actividades culturales y socio-recreativas para los usuarios, que de preferencia sean coordinadas por el comité ciudadano.

B) Hospitalización

Todos los servicios de hospitalización se deben de regir según la NOM-025-SSA2-1994 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.

1. Unidad de Psiquiatría en el Hospital General

Esta estructura forma parte de este modelo de atención; su objetivo es dar el tratamiento especializado en el hospital general, el cual debe contar con el servicio de hospitalización breve, que tendrá un porcentaje de camas de acuerdo a la necesidad de la población en donde se encuentre y un periodo promedio de estancia de 15 a 30 días, durante el cual se debe proporcionar atención integral médico-psiquiátrica. Por otra parte, esta unidad debe contemplar también el servicio de consulta externa y urgencias psiquiátricas con área de observación para estancias comprendidas de 12 a 48 horas.

La Unidad de Psiquiatría debe contar con un comedor, sala de descanso y un espacio lo suficientemente amplio para que los usuarios puedan caminar durante su internamiento, ya que por la naturaleza de su padecimiento o por los efectos colaterales de algunos medicamentos, así lo requieren.

2. Hospital Psiquiátrico para Usuarios con Padecimientos Agudos

Es una unidad hospitalaria especializada de estancia breve para usuarios que están en la fase aguda de su enfermedad, brinda una atención integral médico psiquiátrica. Cuenta con un área de rehabilitación psicosocial, con el servicio de consulta externa, servicios auxiliares de diagnóstico y servicio de urgencias psiquiátricas con área de observación para estancias comprendidas de 12 a 48 horas.

3. Villa

La villa es un área de estancia hospitalaria con la estructura de una casa común, en donde los usuarios tendrán una estancia máxima de 3 a 6 meses. Dentro de las villas los usuarios recibirán atención integral

médico psiquiátrica las 24 horas del día. Las villas deberán contar con la participación de un comité ciudadano cuyas funciones están estipuladas en la NOM-025-SSA2- 1994.

Las villas están construidas con un máximo de cuatro recámaras independientes por villa, las cuales contarán con un baño cada una y serán para tres personas, sala de descanso, comedor, cocineta, módulo de enfermería, un consultorio médico, un baño para el personal y un área exterior de lavaderos y tendederos para la ropa. Estas villas son de puertas abiertas hacia las áreas comunes. Para su operación es necesario contar con un área de talleres de rehabilitación, tienda, cafetería, salón de usos múltiples para usuarios, una unidad de atención médica en cuidados especiales, oficinas administrativas, etc. Todo esto rodeado de áreas verdes.

En las villas se intensifican las acciones de rehabilitación con constantes salidas voluntarias de los usuarios a la comunidad que podrán ser coordinadas tanto por el comité ciudadano como por el personal. Otra actividad que promueve la rehabilitación es la asistencia a los talleres que estarán dentro de las mismas instalaciones, en las que los usuarios acudirán voluntariamente y en los que recibirán un apoyo económico por su participación; de preferencia estos talleres serán coordinados por miembros del comité ciudadano.

También los usuarios podrán asistir voluntariamente a las asambleas que serán coordinadas por el comité ciudadano. Todas estas actividades favorecerán su futura reintegración a la comunidad. Los usuarios que estén en condiciones óptimas, si así lo desean, pueden solicitar un permiso para salir a realizar diversas actividades en la comunidad y regresar al término de éstas a la villa.

C) Reintegración Social

■ Programas Comunitarios

Una característica fundamental de este modelo es la tendencia hacia la reintegración social del usuario al medio al que pertenece, a través de programas comunitarios, tales como Casas de Medio Camino, Residencias Comunitarias, Departamentos Independientes, Residencias para Adultos Mayores, Cooperativas Mixtas, Talleres Protegidos, Clubes Sociales, etc.

La mayoría de los programas comunitarios que se han implementado a nivel mundial son organizados y administrados por organizaciones no gubernamentales, subsidiados por los gobiernos correspondientes. Los servicios que se brindan deben ser gratuitos y la asistencia de los usuarios debe ser voluntaria, con la característica fundamental que son programas de puertas abiertas. El personal no debe ser médico ni paramédico.

1. Casas de Medio Camino

Son casas que se ubican dentro de la comunidad, en las que viven usuarios que están dados de alta de cualquiera de las estructuras de hospitalización o aquellos usuarios que viven en la comunidad y que así lo requieran. En estas casas sólo pueden vivir usuarios que lo soliciten voluntariamente y el tiempo de permanencia de los mismos será de acuerdo a su proceso de evolución. En estas estructuras se apoya al usuario en su proceso de reintegración social y el servicio es gratuito. Las casas cuentan con un acompañante terapéutico. Son casas habitación con todos los servicios que requiere una casa común. Como no son parte del modelo médico, no existen consultorios dentro de las mismas. Es el espacio físico de alojamiento para los usuarios como parte de su entrenamiento a la vida independiente.

2. Residencias Comunitarias

Es un espacio que tiene las mismas características físicas de las Casas de Medio Camino. Son casas dentro de la comunidad en las que los usuarios viven independientes, de manera voluntaria y sin aportar ninguna cuota económica para el funcionamiento de las mismas. El tiempo de estancia es de acuerdo a la decisión del usuario, en las residencias el acompañamiento es eventual y en algunos casos a solicitud de los usuarios.

3. Departamentos Independientes

Estos espacios están dentro de la comunidad y el único apoyo que se les brinda a los usuarios es económico para el pago de sus rentas, mediante convenios donde se especifica el tiempo de duración de este apoyo y bajo qué condiciones opera; aquí residen de manera totalmente independiente. Estos departamentos o cuartos serán rentados dentro de la comunidad.

4. Residencias para Adultos Mayores

Esta estructura es el único programa comunitario que dadas las características de edad de los residentes, contará con personal médico especializado en psicogeriatría y las instalaciones estarán adecuadas a las necesidades propias de esta población y no pagarán ninguna cuota de recuperación.

5. Talleres Protegidos

En estos talleres los usuarios aprenden un oficio y reciben apoyo económico por su participación, con el fin de que en un futuro puedan lograr su autonomía económica a través de un trabajo formal remunerado. En estos talleres no se cobran cuotas de recuperación.

6. Cooperativas Mixtas

Deben estar constituidas por usuarios y miembros de la comunidad, con el objetivo de lograr la autosuficiencia económica de los usuarios, creando su propia fuente de ingresos.

7. Clubes Sociales

Estos son centros de reunión, dentro de la comunidad para que los usuarios puedan participar en actividades culturales, deportivas y recreativas. Estos clubes reciben apoyo económico de parte del Estado, para su funcionamiento.

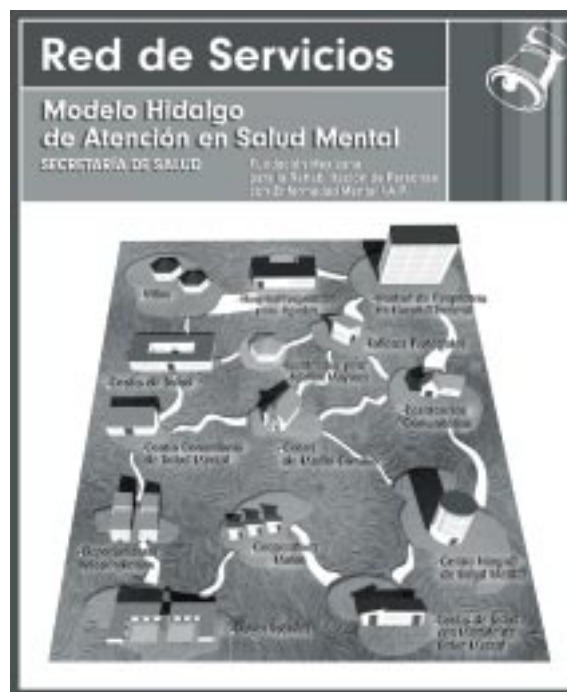
Metas

El Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental es un proyecto conjunto de la Secretaría de Salud y de la Fundación Mexicana para la Rehabilitación de Personas con Enfermedad Mental IAP y de los Gobiernos de los estados. La meta a alcanzar es que en la presente administración 2001-2006, se logre implementar el Modelo Hidalgo en cada uno de los estados de la República. Para lograr este fin, dentro de la Secretaría de Salud, la Dirección General de Rehabilitación Psicosocial, Participación Ciudadana y Derechos Humanos, que tiene como una de sus principales funciones difundir, promover, capacitar, asesorar y supervisar el desarrollo del Modelo Hidalgo en toda la República, así como gestionar ante las autoridades correspondientes, tanto federales como estatales, la aplicación de los recursos necesarios para la implementación de este modelo.

En síntesis, uno de los avances importantes en materia de salud mental es la innovación que ha representado el Modelo Hidalgo, el cual se ha desarrollado con una amplia participación de la sociedad civil en colaboración con el gobierno. Este modelo está dirigido a resolver los retos de equidad, pues es entre los pacientes más desprotegidos y más pobres de nuestro país, donde existe la mayor presión de problemas de salud mental. El reto de la calidad tanto técnica como interpersonal en donde el respeto a los derechos humanos de los pacientes está presente. El reto de la protección financiera se presenta como una causa, ya que la mayoría de los trastornos psiquiátricos y neurológicos son padecimientos crónicos que arruinan a muchas familias; en los seguros privados típicamente están excluidos de cobertura.

La intención es ampliar la cobertura de este modelo, en donde se sustituyan los viejos hospitales psiquiátricos asilares por villas, creando así una serie de programas de reintegración social. El Modelo Hidalgo de Atención a la Salud Mental en consecuencia, cuenta con un enfoque integral al incluir servicios de salud mental en los hospitales generales a través de una estrategia de atención en el primer nivel de atención por medio de villas, servicios de salud mental y centros de salud mental; de esta manera, va desde la atención preventiva en el primer nivel, la hospitalización y hasta la reintegración social. De acuerdo a las metas de este modelo, de manera progresiva y en la medida que los recursos lo vayan permitiendo, después de Hidalgo, seguirán Jalisco, Campeche y Puebla.

Área de Atención en el Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental	
ÁREA DE ATENCIÓN	ESTRUCTURAS
Prevención	• Centro de Salud
	• Centro de Salud con Modelo de Salud Mental
	• Centro Comunitario de Salud Mental (CCCSM)
	• Centro Integral de Salud Mental (CISM) con Comité Comunitario
Hospitalización	• Unidad de Psiquiatría en Hospital General
	• Hospital Psiquiátrico para Agudos
	• Villa
Reintegración Social	• Casa de Medio Camino
	• Residencia Comunitaria
	• Departamento Independiente
	• Residencia para Adultos Mayores
	• Taller Productivo
	• Cooperativa Mista
	• Casa Social



La investigación en salud mental en México se enfrenta a las mismas dificultades que las de cualquier investigación biomédica del país, agravadas por una serie de problemas en torno a la ética de la investigación científica con este tipo de pacientes y la importante carencia de instituciones y recursos humanos con formación de carrera que alimenten esta disciplina

Avances en Investigación

La investigación en salud mental en México se enfrenta a las mismas dificultades que las de cualquier investigación biomédica del país, agravadas por una serie de problemas en torno a la ética de la investigación científica con este tipo de pacientes y la importante carencia de instituciones y recursos humanos con formación de carrera que alimenten esta disciplina. Además de que son pocas las instituciones que cuentan con alta tecnología en los laboratorios de neurociencias y en aparatos de imagen de alta precisión como el de Tomografía por Emisión de Positrones o la Resonancia Magnética Nuclear Dinámica. Las pocas instituciones que llegan a tener equipo de alta tecnología no tiene el suficiente recurso humano para publicar una cantidad de trabajos comparable a la observada en los países desarrollados.

Las investigaciones asociadas a los problemas de salud mental se llevan a cabo esencialmente en los siguientes ámbitos: a) clínicas, b) neurociencias y c) epidemiológicas y sociales.

En el campo epidemiológico de la salud mental, el estudio más relevante a nivel nacional, fue realizado por el Instituto Nacional de Psiquiatría, en el marco de la Encuesta Nacional de las Adicciones de 1988, efectuado en una quinta parte de la población urbana seleccionada entre 12 y 65 años ($n = 2025$), a través de una muestra probabilística con representatividad nacional de la población residente en zonas urbanas del país, mediante la aplicación de un cuestionario. Asimismo, en el área de la investigación psicosocial, el INP ha desarrollado diversas e importantes líneas de investigación en el país en problemáticas específicas como la violencia intrafamiliar y social, los niños y niñas que viven en la calle y otros grupos marginales; también sobre el papel de la familia y la sociedad como factores de riesgo y protección de trastornos mentales, así como de proveedores de cuidados de salud mental y estudios sobre problemas emocionales en diversas etapas de la vida, como la adolescencia o la tercera edad, entre otros. A la fecha, se han realizado 534 investigaciones epidemiológicas y psicosociales por parte de esa institución.

El Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Dr. Manuel Velasco Suárez” ha llevado a cabo diversas investigaciones acerca de los factores genéticos de una muestra de la población de la Ciudad de México para desarrollar la enfermedad de Alzheimer; asimismo ha llevado a cabo una importante labor en el desarrollo de programas de consejo genético para personas en riesgo de padecer procesos demenciales hereditarios, así como para la validación de los instrumentos de medida de la cognición que permita en el futuro cercano desarrollar estudios de prevalencia e incidencia de las demencias en el país. Asimismo, la cooperación entre el Programa de Salud del Adulto y del Anciano del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y de la OPS, ha permitido concluir la primera fase del proyecto de análisis de la salud y bienestar del envejecimiento en el Distrito Federal.

Grupos de investigadores del Centro de Investigación y Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional (CINVESTAV) estudian las bases fisiopatológicas y farmacológicas de la enfermedad de Parkinson, trabajando con animales genéticamente modificados para estudiar las bases moleculares de una forma hereditaria de la demencia, la enfermedad de Huntington, y la investigación de la fisiopatogénesis de la enfermedad de Alzheimer; en particular, a través del estudio sistemático de cerebros humanos se ha logrado establecer un modelo de degeneración en las neuronas en los cerebros afectados por la enfermedad de Alzheimer. Los resultados de todas estas investigaciones han sido publicados internacionalmente.

En el desarrollo de las neurociencias aplicadas a la psiquiatría, el terreno de la neurofisiología es probablemente uno de los más avanzados; sin embargo, en relación con la psiquiatría, un grupo de investigadores del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” se han ocupado de manera importante

de la epilepsia y su relación con la psiquiatría, reportando un total de 428 investigaciones; asimismo, el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición “Dr. Salvador Zubirán” ha trabajado sobre los cambios de la estructura del sueño provocados por el uso de diversos psicofármacos como la venlafaxina, el haloperidol y la clozapina, realizando también importantes estudios sobre el efecto de la nicotina en el sueño y el afecto.

La genética aplicada a la psiquiatría en América Latina prácticamente no se había desarrollado sino hasta la década de los años 90, con el surgimiento de la biología molecular aplicada a la medicina, lo que facilitó que se iniciara este tipo de investigación en nuestra población. En México se crea el primer laboratorio de biología molecular y psiquiatría, de toda Latinoamérica, en el Instituto Nacional de Psiquiatría, donde se han realizado estudios de mapeo genético de la esquizofrenia, además de investigaciones sobre la asociación de genes asociados con el alcoholismo y el trastorno obsesivo-compulsivo. Cabe destacar los estudios realizados en el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía en cuanto a la genética de la enfermedad de Huntington y la gran contribución a nivel internacional sobre los estudios de la neurocisticercosis.

En cuanto a la búsqueda de marcadores biológicos asociados a la enfermedad mental destacan los trabajos realizados también en el INP con el uso de diversos marcadores bioquímicos y endocrinológicos en los pacientes con depresión resistente. El total de investigaciones clínicas del INP hasta el 2001 es de 483 (véase cuadro XVII).

En México se crea el primer laboratorio de biología molecular y psiquiátrica de todo Latinoamérica en el INP

Cuadro XVII Proyectos de investigación realizados por el Instituto Nacional de Psiquiatría México, 1980-2001		
Área	Campos de investigación	Total
Clínica	Genética	483
	Neuroendocrinología	
	Clinimetría	
	Neuroquímica	
	Psicofarmacología	
	Inmunología	
	Biología molecular	
	Fitofarmacología	
	Neuropsicología	
	Electroencefalografía	
	Cartografía e imágenes cerebrales	
Neurociencias	Neurofisiología	428
	Cronobiología	
	Neurobiología	
	Bioelectrónica	
	Etología	
	Psicología comparada	
Epidemiológicas y sociales	Epidemiología psiquiátrica	534
	Farmacodependencia	
	Suicidio	
	Alcoholismo y otras sustancias adictivas	
Psicosociales		
Total		1 445

Fuente: Instituto Nacional de Psiquiatría, SSA, 2001

La problemática económica del país, la baja cantidad de recursos del PIB, asignados a la investigación ha dificultado, entre otras causas, el financiamiento para la investigación en psicofarmacología

En los estudios multicéntricos y multinacionales participan un número reducido de pacientes y es la industria farmacéutica quien decide si se publican

El Hospital General de México ha publicado internacionalmente sus trabajos sobre el efecto de antagonistas del sistema opioide en el ánimo. En el área de la esquizofrenia, el INP con la Clínica San Rafael ha desarrollado varios trabajos en la fenomenología, atención y curso clínico de estas patologías.

La investigación en psicofarmacología ha sido sujeto de atención de un gran número de investigadores en México y América Latina, debido al financiamiento que reciben estos proyectos por parte de la industria farmacéutica. Esto se debe a que, la baja cantidad de recursos como porcentaje del producto interno bruto (PIB) asignados a la investigación biomédica y a la competitividad en el financiamiento con otras áreas de la medicina, han hecho difícil encontrar formas alternas de financiamiento para impulsar el crecimiento de otras áreas del conocimiento científico en la psiquiatría no farmacológica.

Los Estudios Fase I y II prácticamente han estado confinados a los países desarrollados en donde se encuentran las casas matrices de los laboratorios de la industria farmacéutica, y es raro que se desarrollen en México. Los estudios Fase III y IV se están llevando a cabo con mayor frecuencia en nuestro país, debido a una creciente confianza en la calidad de los investigadores y a razones económicas, pues el costo, particularmente de los estudios fase IV, es menor que en los Estados Unidos de Norteamérica o en Europa. Los resultados de estas investigaciones pocas veces llegan a publicarse, por lo que la mayor parte de esta información queda únicamente documentada de manera anecdótica o en las primeras publicaciones de orientación mercadológica producidas por la industria farmacéutica. A la poca difusión de los resultados, debe agregarse el que no existen revistas científicas de psicofarmacología en español que cuenten con una aceptada distribución en América Latina.

Los estudios multicéntricos y multinacionales se realizan con gran frecuencia en Latinoamérica; sin embargo, participan en éstos un número reducido de pacientes y es la industria farmacéutica la que finalmente decide si los resultados finales se publican. Por su parte, los reportes de estudios naturalísticos son los que más se pueden apreciar en los trabajos científicos publicados en México.

Otro campo de desarrollo en la investigación científica en nuestro país es el de la epidemiología y el tema de la clinimetría en español, que aunque bastante relacionado es diferente en cuanto a que se constituye la base a partir de la cual se genera la infraestructura adecuada para poder realizar gran parte de la investigación en la psiquiatría científica. En el campo de la clinimetría se ha adaptado una importante cantidad de instrumentos por varios grupos de investigadores del Instituto de Salud Mental de Jalisco, Instituto Nacional de Psiquiatría, Hospitales Psiquiátricos "Fray Bernardino Álvarez", "Dr. Juan N. Navarro" y del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", realiza además investigación clínica, epidemiológica y psicofarmacológica; de enero de 2000 a julio de 2001, el servicio de investigación de ese hospital ha revisado 65 protocolos de investigación, de los cuales 10 fueron rechazados, 17 se terminaron, 39 están en desarrollo y 13 en curso.

El Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", a través de su programa en psiquiatría infantil, ha aportado 90 tesis de titulación para tener el grado académico y 16 proyectos generales en el campo de la investigación en salud mental.

Formación de recursos humanos para la salud mental

Formación en psiquiatría

La enseñanza de la psiquiatría en México es relativamente reciente, aunque como rama de la medicina la psiquiatría ha existido en el mundo desde hace 150 años. Las primeras residencias hospitalarias en el Manicomio de la Castañeda se iniciaron en 1948, y desde 1954 fueron dotadas de programas de enseñanza más formales. En 1951, la entonces Escuela de Graduados de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), estableció un curso de dos años de duración, posteriormente ampliado a tres años para el adiestramiento clínico en psiquiatría. El Hospital Central Militar y la escuela de medicina de la universidad estatal de Nuevo León desde 1957, imparten cursos de especialización en psiquiatría.

En 1964, se establecieron programas de residencia en psiquiatría en el ahora Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía “Dr. Manuel Velasco Suárez”. El Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, desde su fundación en 1967, ha operado programas de adiestramiento para sus médicos residentes. Las escuelas de medicina de las universidades estatales de Guadalajara (1970) y de San Luis Potosí (1972) también brindan cursos de especialización en psiquiatría.

En 1971, la UNAM abrió el curso de especialización en las áreas de psicoterapia médica, psiquiatría social y psiquiatría infantil y de la adolescencia y desde 1992 cuenta con programas de maestría y doctorado. En 1973 se fundó el Consejo Mexicano de Psiquiatría (CMP), constituido por los representantes de las principales sociedades existentes, de la Academia Nacional de Medicina y profesores de los cursos de especialización de las universidades de Guadalajara, San Luis Potosí y Nuevo León; su función ha sido la de certificar a quienes tuvieron un adiestramiento adecuado. El CMP cuenta con un total de 1 108 especialistas certificados, de los cuales poco más de 70 son psiquiatras infantiles.

En 1979 se creó el Instituto Mexicano de Psiquiatría con las siguientes funciones:

- Llevar a cabo investigaciones científicas en el área de la psiquiatría y la salud mental.
- Capacitar a personal profesional en todos los niveles, y proveer asesoría técnica a otras instituciones tanto oficiales como privadas en materia de salud mental y psiquiatría.

Desde su creación, este instituto ha estado estrechamente vinculado con la UNAM y es centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud. La Asociación Nacional de Instituciones y Universidades de Educación Superior (ANUIES) de la Secretaría de Educación Pública, reportó que en el ciclo de 1998 registró 57 especialistas en psiquiatría y 25 con nivel maestría en esta área, haciendo un total de 82 médicos formados en psiquiatría por año.

El Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” aporta más recursos humanos en la especialidad de psiquiatría al Sistema Nacional de Salud. En el período 1990-2000, realizaron su residencia médica 241 especialistas en esta rama. Este hospital funge también como sede de postgrado de psicoterapia médica, psicogeriatría clínica, psiquiatría legal e investigación y clinimetría. En la Universidad La Salle y en la Universidad Anáhuac se imparte este curso de especialización en psiquiatría con sede en la Clínica San Rafael. En Guadalajara se cuenta con este postgrado en la Universidad Autónoma de Guadalajara y en la

Como rama de la medicina, la psiquiatría ha existido en el mundo de hace 150 años, en su enseñanza formal, en México es más reciente

En 1973 se fundó el Consejo Mexicano de Psiquiatría, su función es certificar a quienes han tenido un adiestramiento adecuado

El INP, fundado en 1979, es la institución especialmente dedicada a la investigación de la psiquiatría y la salud mental

A partir de 1994 se imparte el programa Único de Especializaciones Médicas que instrumentó la Universidad Nacional Autónoma de México en coordinación con la Academia Nacional de Medicina y otras instituciones

Universidad de Guadalajara; en Monterrey es auspiciado por la Universidad de Nuevo León; en San Luis Potosí por la Universidad Autónoma de S.L.P. y en el Hospital Psiquiátrico "Everardo Newman" y un programa similar se tiene en las ciudades de Puebla, Hermosillo, Mexicali y Villahermosa.

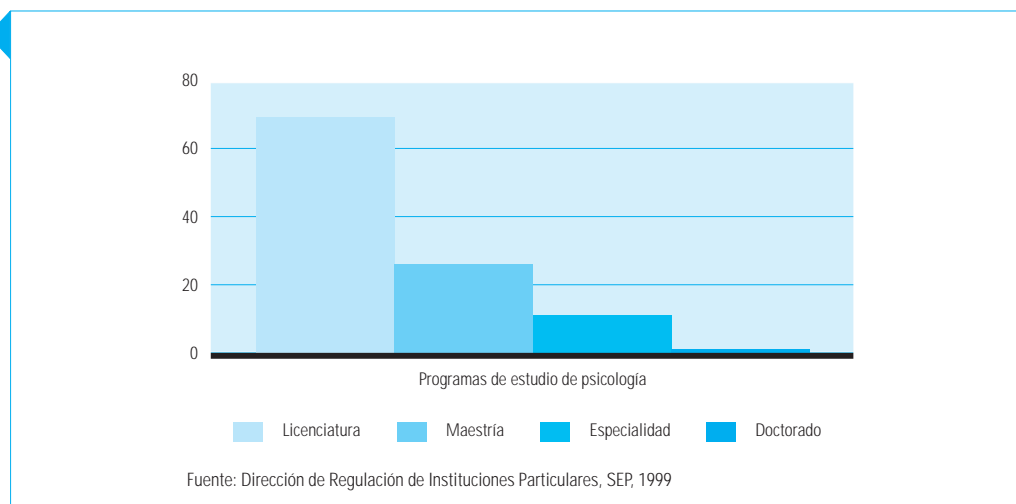
A partir de 1994 se imparte el programa Único de Especializaciones Médicas que instrumentó la Universidad Nacional Autónoma de México, en coordinación con la Academia Nacional de Medicina y otras instituciones, programa que se imparte en todas las escuelas y facultades de medicina, permitiendo que exista homogeneidad de los contenidos teóricos.

Formación en psicología

Para la formación del psicólogo en la República Mexicana, de acuerdo a datos de la Dirección de Regulación de Instituciones Particulares de la SEP, en 1999 se registraron 107 programas de estudios superiores en el área de psicología, los cuales cuentan con validez oficial. De estas escuelas, 69 cuentan con programa de licenciatura, 11 de especialidad, 26 de maestría y uno de doctorado (véase figura 11). El 55.1% se concentran en la Ciudad de México, 11.2% se ubican en Veracruz, 8.4% se localizan en Guadalajara, 6.5% en Morelia, 4.6% en Guanajuato, 2.8% tanto para Hidalgo como para Baja California, 1.8% en Puebla y en Chiapas y 9% en Aguascalientes, Nuevo León, Oaxaca, Querétaro y Yucatán (véase figura 12).

La Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES), de la Secretaría de Educación Pública, reporta para este ciclo escolar 2001, la existencia de 54 carreras o programas de estudio de psicología a nivel licenciatura, impartidos en universidades públicas. De estos programas 33 son de licenciatura en psicología general, y corresponden a 61.1% del total. Nueve son carreras de psicología educativa, lo que equivale a 16.6%, 4.7% a psicología social con 6 programas, 4 de psicología del trabajo siendo 7.4%, y 2 de psicología clínica con 3.7% (véase figura 13).

Figura 11
Programas de psicología por niveles en instituciones privadas en México



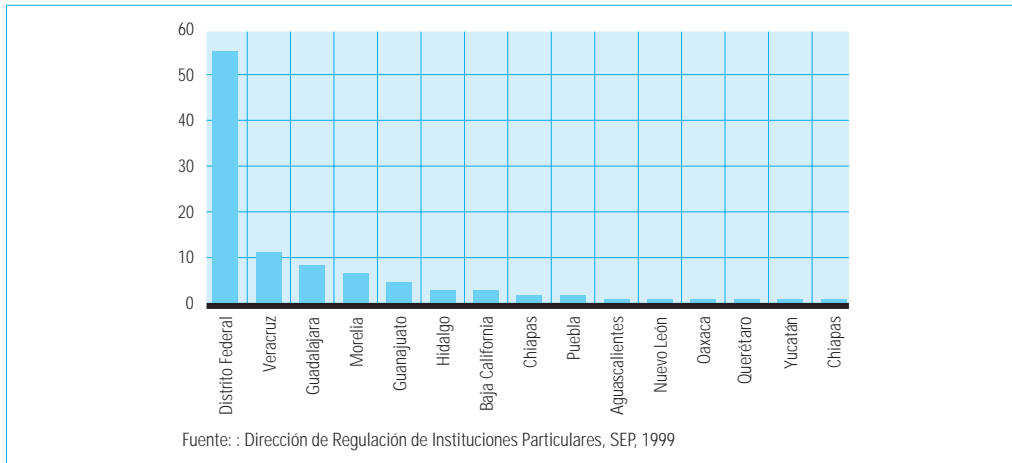


Figura 12
Programas de psicología por entidad federativa en México

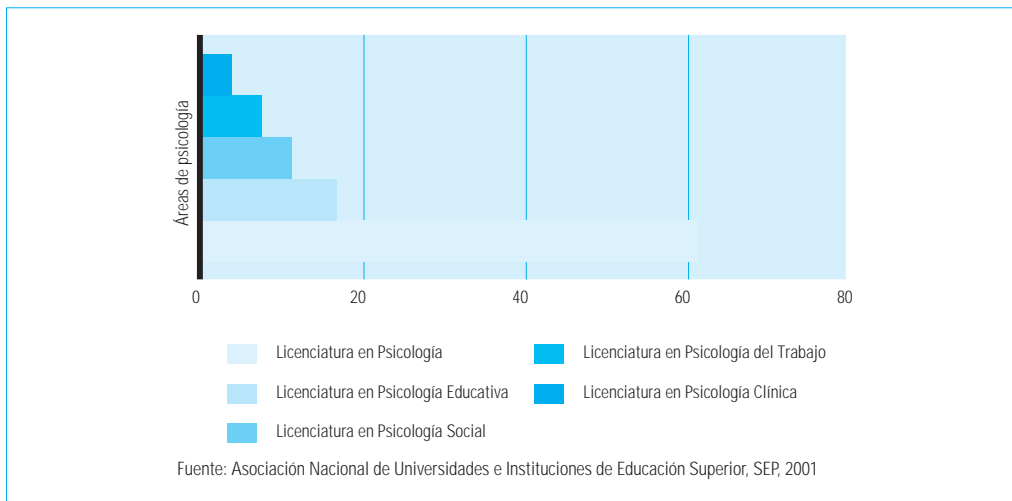


Figura 13
Programas de licenciatura por área en universidades públicas

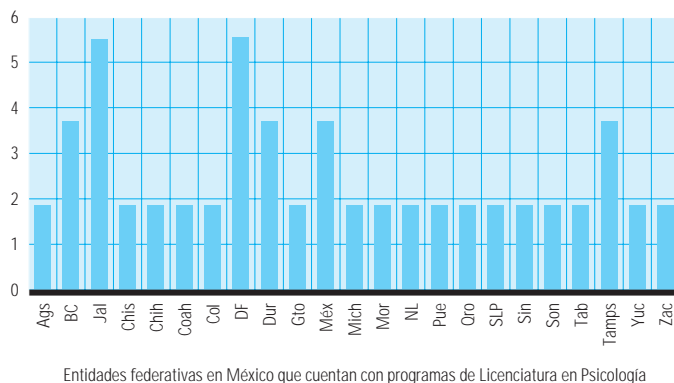
Los programas de licenciatura en psicología general se ofrecen con mayor frecuencia en las universidades del D.F., Jalisco y Veracruz con 5.5% cada una del total, seguidas de los estados de Tamaulipas, Durango, Baja California y Estado de México con 3.70% cada una; el resto de los estados está representado cada uno por 1.85% (véase figura 14).

El programa de licenciatura en psicología clínica se imparte en Querétaro y en Sonora en las universidades estatales respectivas.

La ANUIES reportó que en 1998 la licenciatura en psicología ocupó el onceavo lugar de las carreras más pobladas; de primer ingreso registró un total de 9 191 estudiantes de ambos sexos, 34 306 reingresos por año o por semestre, según el plan de estudios, 5 211 egresados en 1997 y 2 895 titulados en ese mismo año.

La ANUIES reporta para que en el 2001 existen 54 carreras de psicología en universidades públicas

Figura 14
Programas de licenciatura en psicología en universidades públicas por entidad federativa. México



Entidades federativas en México que cuentan con programas de Licenciatura en Psicología

Fuente: Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior, SEP, 2001.

En cuanto al campo laboral y de aplicación del profesional en psicología, la mayoría se encuentra en el área clínica y de la salud

En cuanto al campo laboral y de aplicación del profesional en psicología, la mayoría se concentra en el área clínica y de la salud. En 1998, la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS, en el área de Asesoría del Programa de Salud Mental y Psiquiatría, registró 261 psicólogos en sus unidades hospitalarias y de servicios ambulatorios. En ese mismo año, la Secretaría de Salud publicó que con datos de un estudio interno sobre recursos humanos, se contaba con más de mil psicólogos.

La Coordinación de Salud Mental de la SSA, en 1999, realizó una encuesta sobre las funciones del psicólogo en los hospitales psiquiátricos y los centros comunitarios de salud mental, ubicados en el Distrito Federal, dependientes de ésta. Los resultados obtenidos fueron que se contaba con 124 psicólogos, de los cuales 90% desarrollaba actividades clínicas, 6% realizaba actividades de enseñanza e investigación y 4% desempeñaba funciones administrativas (véase figura 15).

En 1998, con respecto a la escolaridad, 13% eran pasantes de la licenciatura, 57% tenían el grado básico, 17% contaban con especialidad concluida, mientras que 1% fueron pasantes de especialidad. Asimismo, 4% eran maestros en psicología y 8% pasantes de maestría. No se encontró para ese año psicólogos con estudios de doctorado, y sólo 23% habían tomados cursos de actualización continua (véase figura 16).

Paradójicamente el porcentaje más alto de aplicación es el de la psicología clínica, y sólo dos programas de licenciatura ofrecen esta orientación

Los datos anteriores son representativos de la situación académica y laboral del psicólogo en el sector salud en México; el porcentaje más alto del campo de aplicación es el clínico y sólo dos programas de licenciatura ofrecen esta orientación. Este grado académico obtenido por la mayoría de los psicólogos tiende a formar de base al estudiante en el área clínica, lo cual habla de la falta de herramientas para una atención especializada; siendo que es la práctica más demandada por la población, la capacitación y la enseñanza continua; sin embargo, ocupa un segundo o tercer nivel en las prioridades de este recurso, lo que podemos comprobar con el bajo número de especialistas y maestros en esta disciplina de la salud.

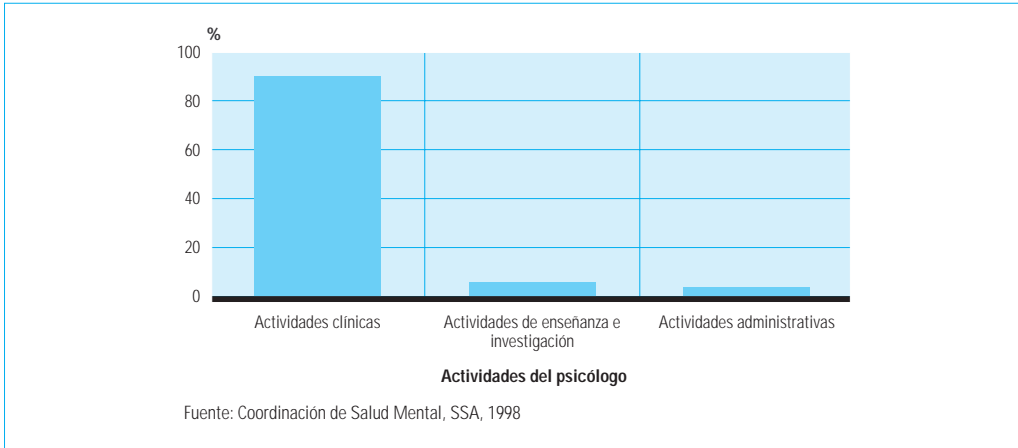


Figura 15
Actividades del psicólogo en los hospitales psiquiátricos y CECOSAM de la SSA en 1998

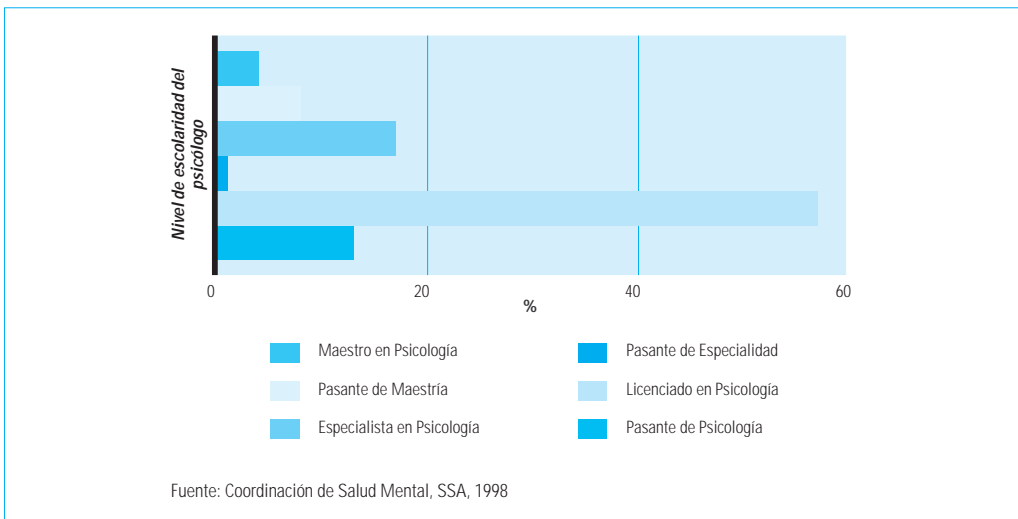


Figura 16
Escolaridad del psicólogo en los hospitales psiquiátricos y CECOSAM de la SSA en 1998

Formación en trabajo social psiquiátrico

El único curso de especialización en Trabajo Social Psiquiátrico, en México y Latinoamérica, es el que coordina la Universidad Nacional Autónoma de México en la Facultad de Medicina; este curso es impartido por el Instituto Nacional de Psiquiatría. De 1977 al 2000, fueron capacitados 400 trabajadores sociales psiquiátricos, de los cuales, 380 son mexicanos y 20 extranjeros.

Al año 2001, se han formado en nuestro país 380 trabajadores sociales mexicanos especializados en psiquiatría y 20 extranjeros

El curso de enfermería psiquiátrica en México se empezó a impartir en el año de 1966, con sede en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la UNAM

Formación en enfermería psiquiátrica.

El curso de enfermería psiquiátrica en México se empezó a impartir en el año de 1966, con sede en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO) de la UNAM; estos cursos consistían en asignaturas fundamentales que permitieron a las enfermeras desempeñar un papel de colaboradoras en el Plan de Higiene Mental. Este curso se estructuró respondiendo a las necesidades de proporcionar cuidados técnicos con una base científica a los pacientes con trastornos mentales albergados en las instituciones psiquiátricas, como lo era el antiguo manicomio de La Castañeda.

En la Escuela de Enfermería del Instituto Politécnico Nacional (IPN) se preparan enfermeras en psiquiatría, con tendencia más a la docencia que a la asistencia. En la actualidad, la carrera básica de enfermería, en su programa de enseñanza, no contempla la asignatura de patología psiquiátrica y cuidados de enfermería, por lo que se han creado cursos posttécnicos de enfermería psiquiátrica en el D.F. en el IMSS, el Hospital Español, en el INNyN, INP y el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, Secretaría de la Defensa Nacional, a través de la Dirección General de Sanidad Militar y su Escuela de Graduados, así como en Guanajuato, Sonora, Zacatecas y Oaxaca entre otros. El Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” ha capacitado a 896 enfermeras psiquiátricas y el Instituto Nacional de Psiquiatría, a 91.

Capacitación y actualización

Uno de los problemas de mayor relevancia, que se enfrenta en la atención de la salud mental en México, es que no existe una cultura para el tratamiento de pacientes con enfermedades mentales; esta problemática se refleja en tres vertientes:

- Conocimiento mínimo por parte de la población en general de los factores determinantes de la salud mental y su problemática.
- Poco interés entre los médicos generales que atienden el primer nivel de atención por familiarizarse con los factores asociados a la salud mental, su identificación y tratamiento.
- Numero insuficiente de médicos psiquiatras, ya que, a diferencia de otras especialidades, la psiquiatría atrae a pocos candidatos, lo que también sucede en las áreas paramédicas afines que brindan abordajes en salud mental, como es el caso de trabajo social y enfermería psiquiátrica.

El Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” es la sede de formación en psiquiatría, que mayor número de recursos humanos aporta al Sistema Nacional de Salud

Para hacer frente a esta situación, el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” es la sede en formación de psiquiatras que aporta el mayor número de estos especialistas al Sistema Nacional de Salud, con cursos en niveles de pregrado, técnico y postgrado de las ramas médicas y paramédicas, quienes reciben educación médica y capacitación; los que reciben estos cursos son psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas en rehabilitación y ocupacionales. Asimismo, se brinda apoyo a instituciones de salud mental del interior de la República y el extranjero, además de ofrecer cursos intra y extramuros en pro de la salud mental, a través del servicio de psiquiatría comunitaria en poblaciones específicas, así como en el servicio de rehabilitación con cursos y talleres.

En el área médica, entre los años 1993 y 2000, este hospital ha capacitado 27 médicos generales, 352 psiquiatras, 27 cirujanos dentistas y 8 radiólogos, con un total de 408 profesionistas capacitados a través de 94

cursos. En cuanto al área paramédica, se han capacitado 419 psicólogos, 896 enfermeras especialistas, 359 auxiliares de enfermería, 39 afanadores, 7 camilleros, 7 dentistas, 24 químicos, 12 subjeses de enfermería, 27 técnicos en laboratorio, 36 terapeutas y 422 trabajadores sociales, lo que da un total de 3 199 personas capacitadas a lo largo de 721 cursos. La capacitación llevada a cabo por el servicio de psiquiatría comunitaria, entre agosto de 2000 a agosto de 2001, proporcionó entrenamiento a un total de 6 304 personas. El servicio de rehabilitación, en 44 sesiones entrenó a 810 personas.

El Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente” lleva a cabo programas de enseñanza que abarcan desde la educación continua hasta los niveles de maestría y doctorado. En total, se han capacitado a más de 30 mil profesionistas por medio de más de 500 cursos breves para personal de salud y más de 250 cursos de actualización dirigidos a psiquiatras, médicos generales y otros especialistas. Los cursos, que se iniciaron a partir de su fundación durante los primeros diez años, estuvieron orientados a temas de adicciones como el alcoholismo y las drogas. De 1990 a 2000 se han llevado a cabo programas que incluyen más de 30 temas de actualización para especialistas y personal de salud mental. En el año 2000 se implantó el sistema de videoconferencia, teniendo programado un tema o un video por mes y, hasta la fecha, se han presentado 7 videoconferencias; las salas receptoras son el Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca; las ENEP de Aragón e Iztacala de la UNAM, en la Ciudad de México; la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla y el Hospital Psiquiátrico del estado de Durango. Este servicio se implantará próximamente en la Universidad Veracruzana. A partir de 1977, se han impartido cursos de adiestramiento clínico en las áreas de psicología clínica institucional con un total de 424 psicólogos capacitados, 394 trabajadores sociales psiquiátricos y, desde 1993, se inició el curso de enfermería psiquiátrica, el cual ha capacitado a 91 enfermeras.

La formación de especialistas en psiquiatría en el INP se inició en el año de 1990; sin embargo, desde 1983 los alumnos que estudiaban la especialidad en otros hospitales rotaban por el Instituto durante el último año de su residencia. A partir de 1986 se inició un Programa de Psiquiatría de Enlace de dos años de duración, del cual han egresado alrededor de 50 alumnos. Del programa de especialidad han egresado un total de 66 alumnos procedentes de instituciones de educación superior pública y privada del Distrito Federal y del interior del país, así como de universidades extranjeras; actualmente se encuentran en formación 38 alumnos y el próximo año egresará la primera generación con el nuevo plan de estudios con una duración de cuatro años. A partir de 1999, en el INP se iniciaron los cursos de postgrado para médicos especialistas, cuya finalidad es continuar la capacitación de los médicos psiquiatras en áreas específicas de la psiquiatría, como tratamiento de las adicciones, psicogeriatría, manejo integral de los trastornos esquizofrénicos, psiquiatría del adolescente y clínica de la conducta alimenticia. Estos cursos tienen una duración de un año y han egresado 11 alumnos.

De un total de 47 alumnos egresados de la maestría en psiquiatría, cuyo inicio fue en 1991, han obtenido el grado un poco más del 30%. A partir de ese año, se inició el doctorado en psiquiatría con 2 alumnos que terminaron previamente su maestría. La maestría y doctorado en Salud Mental Pública inició en 1998 y han egresado 11 alumnos; actualmente se encuentran en formación 6 alumnos más. Otras actividades académicas que ofrece el instituto están dirigidas a estudiantes de pregrado y postgrado en las áreas de estudio de la biología, química, psicología, medicina y ciencias biomédicas. También el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” ha contribuido a la fecha a la educación continua del personal de salud mental, con 28 cursos relevantes en los ámbitos de educación, tratamiento e investigación de los trastornos del desarrollo infantil.

De 1993 al año 2000, el Hospital “Fray Bernardino Álvarez” capacitó a un total de 3,199 personas a lo largo de 721 cursos

A partir de 1999, en el INP se iniciaron los cursos de postgrado para médicos especialistas, cuya finalidad es continuar la capacitación de los médicos psiquiatras en áreas específicas de la psiquiatría

En materia de la capacitación en procesos demenciales al nivel médico, de enfermería y de trabajo social, el Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (CONAEN) colabora, desde 1999, con instituciones y asociaciones no gubernamentales que imparten programas de educación continua gerontológica con énfasis en las demencias, entre los que destacan el Hospital “Gabriel Mancera” del IMSS, la Asociación Mexicana de Gerontología y Geriátrica y el Hospital General de México.