

885225



UNIVERSIDAD AMERICANA DE ACAPULCO
EXCELENCIA PARA EL DESARROLLO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

INCORPORADA A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

**NECESIDAD DE LA CREACIÓN DE UNA CLÍNICA DE
SALUD MENTAL EN ACAPULCO, GUERRERO.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:
VANESSA VILLA MÁRQUEZ

ASESOR:

DR. JOSÉ RAMÓN COMAS VIÑAS



ACAPULCO, GRO.

SEPTIEMBRE 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Deléitate asimismo en el Señor y Él te concederá las peticiones de tu corazón. Encomienda a Dios tu camino y confía en Él y Él hará. (Sal. 37:4-5).

DIOS, por Tu fidelidad y por el amor tan sublime con el que cada día me demuestras que me amas, ¡Gracias! Esto es por Ti y para Ti, anhelando ser como saeta en Tus manos.

MAMÁ, tú siempre has sido mi ejemplo de carácter, lucha y entrega. Eres una gran bendición en mi vida y el regalo más hermoso que pude haber recibido. ¡Dios sabe cuán dichosa soy de saberme hija tuya!

ALBERTO, agradezco a Dios por la nobleza de tu corazón y por ponerte cerca de mi cuando más te necesitaba. Gracias por tu amistad, por tu cariño y por todo lo que me has enseñado.

ABUELA[†], TIAS Y PRIMOS, sólo porque los amo y son muy importantes para mí.

A MIS COMPAÑERAS, por su cariño y por un sin fin de momentos que nos hicieron reír o hasta llorar juntas. Erika, sin tu amistad este sueño no hubiese sido igual. Juan José, mil gracias por tener tiempo para mí; sabes que te puedes dar por aludido también en todo lo anterior. Los Quiero.

A LA UNIVERSIDAD AMERICANA DE ACAPULCO, por la loable labor que realizan al preparar dignamente al presente y futuro de nuestro Estado.

A LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA, por el esfuerzo realizado a través de estos años, con el fin de brindarnos un mejor nivel de enseñanza, y por permitirme ser orgullosamente parte de la gran familia de psicólogos.

Coquis, ¡tú eres realmente una bendición en esta facultad!

A MIS MAESTROS, por compartir con nosotros un fragmento de sus vidas e impregnar las nuestras de enseñanzas, que sirvieron para edificar nuestro camino cada día.

DR. COMAS, gracias porque el sólo saber que usted tendría que valorar mi trabajo fue una inspiración, para esforzarme y hacerlo cada vez mejor. Sin su colaboración y sin su apoyo el resultado no hubiese sido el mismo.

LIC. JULIETA ÁLVAREZ... July, ¡eres excelente en todo lo que haces! Gracias por mostrar interés en mi trabajo, pero sobre todo gracias, por ser tan humana, tan cálida y tan servicial.

Agradezco de manera muy especial a todas aquellas Instituciones que al abrirme sus puertas colaboraron grandemente con este proyecto:

Comisión Estatal de Arbitraje Médico, Guerrero;
Comisión de Defensa de los Derechos Humanos, Acapulco;
Centro de Readaptación Social de Acapulco;
Centro de Rehabilitación "Cristo de la misericordia";
Centro de Integración Juvenil Acapulco;
Centro Universitario Hipócrates;
Hospital General de Acapulco;
IMSS, Hospital "Vicente Guerrero";
ISSSTE, Acapulco;
Universidad Autónoma de Guerrero, Facultad de Psicología;
Universidad Americana de Acapulco, Facultad de Psicología.

ÍNDICE

Página

AGRADECIMIENTOS

INTRODUCCIÓN	1
--------------------	---

CAPÍTULO 1: ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA SALUD MENTAL

1.1 LA LOCURA EN LA ANTIGÜEDAD	5
1.1.1 La locura en la Roma y Grecia antiguas	6
1.1.2 La locura en la antigua Palestina y zonas adyacentes	10
1.2 LA LOCURA EN LA EDAD MEDIA Y EL RENACIMIENTO	14
1.3 SURGIMIENTO DE LAS NUEVAS PERSPECTIVAS DE TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES	19
1.3.1 La Evolución de las ideas del Sistema Nervioso Central	22
1.3.2 El nacimiento de la Psiquiatría en el siglo XX	27
1.3.3 El Psicoanálisis en la historia de la Psiquiatría	29
1.3.4 Las Corrientes Psicológicas	30
1.3.4.1 La Psicología Clínica	34
1.3.5 Los inicios de la Psicofarmacología	35

CAPÍTULO 2: SALUD MENTAL

2.1 CONCEPTO DE SALUD	39
2.1.1 Salud Mental	40
2.2 CONCEPTO DE ENFERMEDAD	41
2.2.1 Enfermedad Mental	42

2.2.2 Clasificación de las enfermedades mentales	44
2.2.3 Diagnóstico de las enfermedades mentales	47
2.2.4 Etiología	49
2.3 PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES EN EL MUNDO	53

CAPÍTULO 3: SALUD MENTAL EN MÉXICO

3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA SALUD MENTAL EN MÉXICO	61
3.2 PREVALENCIA NACIONAL DE LAS ENFERMEDADES MENTALES	69
3.2.1 Padecimientos neurológicos y psiquiátricos prioritarios en nuestro país	77
3.2.2 El estado de Guerrero	85
3.2.2.1 Acapulco	87
3.3 GRUPOS VULNERABLES	89
3.4 PROBLEMAS EN LA ATENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA SALUD MENTAL	91
3.5 ACCIONES DEL ESTADO MEXICANO EN MATERIA DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL	95
3.5.1 Modelo Hidalgo de atención en salud mental	98
3.6 RETOS Y OBJETIVOS DEL ESTADO MEXICANO EN MATERIA DE SALUD MENTAL	108

CAPÍTULO 4: MARCO JURÍDICO

4.1 EL DERECHO A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL ...	114
4.2 FACULTADES CONCURRENTES ENTRE LA FEDERACIÓN Y LAS ENTIDADES FEDERATIVAS EN MATERIA DE SALUD	

INTRODUCCIÓN

La salud es un instrumento fundamental e imprescindible para cada individuo, sin ella es imposible funcionar al cien por ciento de la capacidad que como seres humanos poseemos. El Estado se preocupa por preservar este factor indispensable para la vida, proveyendo hospitales y medicamentos con este fin, además de tener como obligación prestar los servicios de atención médica preventiva, curativa y de rehabilitación, según lo señalan los artículos 3° y 33 de la Ley General de Salud.¹

Desde su fundación la OMS consideró a la salud mental como parte integral de la definición de salud, asimismo, definió a la salud mental como "la capacidad del individuo, el grupo y el ambiente de interactuar el uno con el otro de forma tal, que se promueva el bienestar subjetivo, el óptimo desarrollo y el uso de habilidades mentales (cognitivas, afectivas y relacionales), la adquisición de metas individuales y colectivas en forma congruente con la justicia y la adquisición y preservación de las condiciones de equidad fundamental".² Es decir, la salud mental abarca cada parte de nuestras vidas, objetiva y subjetivamente.

El presente trabajo trata de hacer una remembranza de la salud y enfermedad mental en diferentes épocas, lo cual se concentra en el capítulo 1. En este capítulo se analizan temas sobre la forma de ver a la enfermedad mental a lo largo de la historia, cómo fue

¹ Ley General de Salud. 1998. Tomo I, 15ª ed., Ed. Porrúa, México., pp. 2,9.

² Secretaría de Salud. 2001. Programa de Acción: Salud Mental. México, p.30.

evolucionando el concepto, el surgir de las ideas radicales para tratar a los enfermos mentales, el nacimiento de la psiquiatría como disciplina autónoma y la influencia de la psicología y la neurología sobre la misma, así como el advenimiento y la importancia actual de la psicofarmacología, entre otras cosas.

Tratando de aclarar el panorama de la enfermedad mental, en el capítulo 2 se retoman los conceptos inherentes a este tema. Se aportan definiciones de la salud y enfermedad mental, así como de los factores implicados en la clasificación, diagnóstico y etiología de los trastornos mentales.

La importancia e interés del capítulo 3, radica en que contiene referencias de la salud mental en nuestro país, sus inicios, los primeros hospitales y la evolución que se ha ido teniendo en México en esta área de la salud, con el paso de los años. Así también, se analizan la incidencia y prevalencia de las enfermedades mentales en nuestro país, obteniendo resultados alarmantes, tanto en toda la República, como al enfocarlos hacia el estado de Guerrero. La salud mental representa un reto para el Estado Mexicano; aún en nuestros días se presentan problemas de falta de equidad en los servicios de salud, infraestructura y personal especializado insuficiente, sin olvidar la carencia de recursos económicos. No obstante, se ha ido avanzando, se han creado y puesto en marcha nuevos modelos de atención a las enfermedades mentales, provocando que el Gobierno Federal y la Secretaría de Salud se preocupen por plantear nuevos retos hacia el cuidado de la salud mental.

El capítulo 4 hace referencia al marco legal que envuelve a esta área de la salud; iniciando con el derecho a la protección de la salud y el

bienestar de toda persona, respetando sus garantías individuales al ofrecer un trato digno, tendiente al mejoramiento de la calidad de vida. En torno a esto, la Ley General de Salud establece en sus artículos las disposiciones para la prestación de servicios de salud mental, atribuyendo responsabilidades a la Federación, a las Entidades Federativas y a la Secretaría de Salud.³ Con el fin de uniformar criterios en torno a la prestación de servicios de salud en unidades psiquiátricas, en 1995 se emitió la Norma Oficial Mexicana⁴, lo cual representa un gran avance en la reforma del marco jurídico que sostiene a la salud mental.

Debido a que en el estado de Guerrero existe poca, o a veces nula información, sobre la importancia y alcances que la salud mental puede tener en un individuo, familia y sociedad en general, se puede considerar de gran importancia el crear en nuestro estado centros especializados en la prevención y tratamiento de las enfermedades mentales, padecimientos neurológicos y trastornos emocionales. Con esto se incrementaría y mejoraría la atención a este tipo de pacientes, así como la calidad de vida de los mismos.

Tomando esto como premisa, en el capítulo 5 se analizan los recursos humanos y materiales para el cuidado de la salud mental con los que cuenta el estado de Guerrero, y principalmente Acapulco, encontrando que son severamente insuficientes. La Secretaría de Salud ha aportado los lineamientos para la construcción y funcionamiento de hospitales psiquiátricos, sin embargo, en nuestra entidad hace falta mucho presupuesto para generar la infraestructura y los recursos humanos, necesarios para

³ Ley General de Salud. 1998. Tomo I, 15ª ed., Ed. Porrúa, Mexico., p. 2.

⁴ Secretaría de Salud, Op., cit., p. 94.

ofrecer un servicio de calidad a gran escala, a los pacientes con patologías mentales.

Por tal motivo, se desarrolla una propuesta para la construcción de una Clínica de Salud Mental, sentando así los inicios hacia una cultura orientada a la prevención y al tratamiento oportuno de las enfermedades mentales, en el estado de Guerrero; fijando nuestra vista en el continuo crecimiento de la infraestructura y de los recursos humanos, hasta llegar a ofrecer un servicio a la altura del modelo establecido.

CAPÍTULO 1:

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA SALUD MENTAL

1.1 La locura en la antigüedad

Desde los inicios de la humanidad, siempre hubo "locos" que sufrieron, con el avance del tiempo, médicos que trataron de curarlos y darles alivio, filósofos que se propusieron llegar a la esencia de la esta enfermedad, juristas que se esforzaron por protegerlos, dramaturgos que hicieron de la locura del héroe el tema de sus tragedias, y un sin fin de personajes más, que a lo largo de la historia han hecho de la "locura" lo que hoy conocemos como enfermedad mental.

La preocupación por las enfermedades mentales ha existido siempre, en mayor o menor medida. A lo largo de la historia, y hasta tiempos relativamente recientes, la "locura" no era considerada una enfermedad sino un problema moral, hasta el extremo de la depravación humana o espiritual en casos de maldición o de posesión demoníaca. La enfermedad mental ha sido una de las primeras enfermedades reconocidas en la historia; a pesar de la antigüedad de los documentos médicos en existencia, como lo es el *Eber Papyrus* (probablemente compuesto en 1900 a.C.), el cual según refiere Andreasen, contiene referencias sobre síndromes específicos como la depresión.⁵

⁵ Andreasen, Nancy C. y Donald W. Black. *Introductory Textbook of psychiatry*. 3a ed., Ed. American Psychiatric Publishing, USA:2001, p. 5.

1.1.1 La locura en la Roma y Grecia antiguas.

La enfermedad mental siempre ha ocupado un lugar importante en la historia. A partir de Homero, los escritores griegos reflejaron en sus relatos una gran variedad de comportamientos humanos, que incluían ejemplos lo suficientemente raros como para que los lectores los consideraran anormales y merecedores de una explicación especial. Herodoto registra en su *Historia* algunos de estos casos. Dos de ellos relatan las actuaciones del rey persa Cambises (530-522 a.C.) y de Cleomenes I, rey de Esparta (alrededor de 520-490 a.C.). Ambas son de especial interés porque aclaran las opiniones griegas sobre la enfermedad mental e indican unos de los medios que usaban para tratar a los que la padecían.

Herodoto refiere muchas anécdotas acerca de las impiedades y ultrajes que cometió Cambises contra los egipcios y contra los miembros de su familia y su corte. Relata cómo a su vuelta de una batalla encontró a los egipcios celebrando la fiesta de Apis y sospechando que se alegraban por su derrota, en un ataque de ira amenazó de muerte a todos los presentes en el festejo y ordenó azotar a todos los sacerdotes. Según un relato egipcio, el rey de Persia, que ya antes no estaba en su sano juicio, fue castigado con la locura por este crimen.

Este y muchos otros actos arbitrarios e irracionales que refiere, llevaron a Herodoto a la conclusión de que el rey persa estaba loco. A partir de esto, la pregunta que suscitaba la curiosidad de los griegos era saber la causa de la locura del rey. Algunos lo atribuían a un castigo por sus numerosas impiedades, otra explicación

pretendía que su trastorno era consecuencia de una grave enfermedad, que algunos llaman "enfermedad sagrada", la cual lo afligía desde que nació. La enfermedad en cuestión pudo ser una epilepsia congénita, pero la referencia no es concluyente, porque en la terminología popular, la palabra "enfermedad sagrada" se aplicaba también a dolencias distintas a la epilepsia. Herodoto recoge ambas explicaciones, pero se inclina hacia la segunda, comentando que cuando el cuerpo sufre una grave enfermedad no es raro que la mente se vea también afectada.⁶

A finales del siglo V la mente popular asociaba algunas deidades con ciertos trastornos mentales o psicósomáticos. Un pasaje del *Hipólito* de Eurípides referente a la locura del amor de Fedra, enumera a Pan, Hécate, Cibeles y las Coribantes como deidades causantes de locura. Esta fe en el poder de los dioses de causar trastornos mentales estaba muy extendida entre los griegos. La idea popular era que el dios infligía la locura como castigo a aquellos que incurrieran en su ira con alguna acción u omisión. Así, a los enfermos mentales se le relacionaba con lo sobrenatural y sugerían el respeto que inspira lo misterioso e inexplicable.⁷

Los filósofos griegos y romanos reconocían las diferentes facetas de algunas enfermedades mentales, sin embargo, no concordaban al momento de definir las causas que daban origen a dicha enfermedad. Hipócrates, por ejemplo, argumentaba que la enfermedad mental, al igual que otras funciones cognitivas y emocionales, derivaban principalmente del cerebro.⁸ De acuerdo con

⁶ Rosen, George. *Locura y sociedad*. Ed. Alianza, España: 1974, pp. 93-100

⁷ Idem., pp. 101-107

⁸ Andreansen, Nancy C., Op., cit. p.6

este punto de vista, la salud descansa en el equilibrio de los humores (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra) y en el equilibrio de las cualidades que los acompañan (caliente, frío, seco, húmedo, esencialmente). Por tanto, de acuerdo con Hipócrates, la enfermedad en general tenía por causa el desequilibrio. Todas son enfermedades físicas, todas tienen una explicación fisiológica y a todas hay que darles tratamientos somáticos.⁹

Como podemos observar, este fue el primer gran avance en cuanto a la definición del tratamiento y la etiología de la enfermedad mental; a pesar de ser impreciso, da pie a la nueva perspectiva de tratamiento de dichas enfermedades, que se desarrollarán varios siglos adelante.

Las ideas de Hipócrates quedarían fijas a lo largo de los siglos, y posteriormente fueron retomadas por diferentes corrientes de pensamiento. A partir de entonces, surgirían las escuelas dogmática, empírica, metódica, neumática y ecléctica, las cuales mantienen como único interés en común el estudio de las enfermedades, incluyendo las mentales.

Celso, un enciclopedista del siglo I y el primer gran escritor latino que se interesa sistemáticamente en los problemas médicos, simpatiza también con las ideas de la escuela dogmática de Hipócrates, en cuanto a las enfermedades mentales. Sus gustos son eclécticos, rechaza el espíritu sistemático, y optando por el punto medio, toma de todo lo que le conviene. Celso aplica su división

⁹ Postel, Jacques y Claude Quérel. Traducido del francés por Gonzáles Aramburu Francisco. **Historia de la psiquiatría**. Ed. FCE, México:1987, pp. 11-16 [1º reimpresión en español, 1993].

general de las enfermedades a las enfermedades mentales; a las enfermedades agudas, divididas en locales y generales, se oponen las enfermedades crónicas, locales y generales. La frenesis forma parte de las enfermedades agudas generales; la melancolía (a la que por lo demás no llama de esta manera), es una enfermedad crónica general; los delirios, unos con alucinaciones (que pueden ser tristes o alegres), los demás sin alucinaciones, pero clasificables en delirios generales y parciales, entre los cuales hay que considerar la manía.¹⁰

La referencia de Celso al tratamiento medicamentoso de los enfermos mentales es sólo una alusión a la médica empleada en esos casos. Para la prevención y curación de la locura se usaba una gran variedad de sustancias animales, minerales y vegetales. Probablemente, la que se empleaba con más frecuencia y la más conocida era el heléboro, cuyo intenso efecto purgativo se aplicaba en la antigüedad para el tratamiento normal de la locura. Las numerosas referencias al heléboro en la literatura no médica indican que formaba parte del uso lingüístico de la antigüedad, del mismo modo que la aspirina ha llegado a ser una palabra de ámbito doméstico en nuestros días.¹¹

Entre los antiguos griegos y romanos el enajenado mental era definido como tal, en base a su orientación respecto del concepto de realidad aceptado, en base al estilo y coherencia de su conducta, y a las consecuencias de ésta para él mismo y para los que lo rodeaban. Este último elemento es especialmente importante al examinar los aspectos legales de la locura en la cultura de los griegos y los

¹⁰ Idem., pp. 16-22

¹¹ Rosen, George., Op., cit., pp. 161

romanos. Según un pasaje de *Las leyes* de Platón, los dementes no podían contraer matrimonio, disposición en la que son paralelas la ley romana y la judía de la antigüedad. Platón indica también que a los dementes no se les exigía en general responsabilidad por acciones criminales; en tales circunstancias, si el individuo era juzgado culpable, había de pagar una multa, excepto en los casos de homicidio en los que la pena era el exilio.¹²

Sin lugar a dudas, es el pensamiento grecorromano al que se le puede atribuir mayor peso e importancia en cuanto al pensamiento antiguo sobre las enfermedades mentales. Sus grandes escuelas han aportado un sin fin de ideas sobre la definición y tratamiento de los trastornos mentales y han puesto los cimientos para el desarrollo de nuevos métodos y puntos de vista acerca de la enfermedad mental.

1.1.2 La locura en la antigua Palestina y zonas adyacentes.

La civilización hebrea forma parte de las civilizaciones del Medio Oriente, influyendo en ella las civilizaciones del antiguo Egipto y Mesopotamia. En estos países se ha descubierto hace algunos años testimonios de una medicina que ya se ejercía en el tercer milenio antes de nuestra era, era una medicina de inspiración religiosa. Se sabe que el dios de la medicina era Imhotep en Egipto, e Inurta y su

¹² Idem., pp. 147-151

mujer Gila en Babilonia; a modo de ejemplo, Idpa en Babilonia, era el dios de las enfermedades mentales.

Dos milenios antes de la era cristiana, existía en Babilonia un gremio de médicos, y se ha descubierto un juramento médico mil años más antiguo que el juramento de Hipócrates.¹³

La civilización hebrea se distinguió, entre otras, por el paso del politeísmo al concepto monoteísta. Esta concepción monoteísta va acompañada, entre otros, del sentimiento de culpa que encuentra su expresión en el castigo por causa de los pecados y, por consiguiente, en la concepción de la enfermedad como castigo por las transgresiones.

En el relato bíblico de Samuel se mencionan varios acontecimientos referentes a la locura. Cuando David rompió con Saúl después de que éste tratara de matarlo, huyó hacia el interior de Judea. Después reconociendo su incapacidad para oponerse al poder real, decidió buscar refugio en otra parte. Se dirigió a Aquis el filisteo, rey de Gat, la ciudad natal de Goliat. David, al no estar seguro de la recepción que le harían, ya que había sido enemigo de la ciudad, recurrió a una treta y fingió estar loco.

“...Por lo tanto, cuando estaban por apresarlo, fingió perder la razón y en público, comenzó a portarse como un loco haciendo garabatos en las puertas y dejando que la saliva le corriera por la barba. Aquis dijo entonces a sus oficiales: ¿Pero qué no se fijan? ¡Ese hombre esta loco!, ¿Para qué me lo traen?, ¿Acaso

¹³ Postel, Jacques, Op., cit., pp. 32

*me hacen falta más locos, que encima me lo traen para que me haga sus locuras en mi presencia?"*¹⁴

Este pasaje bíblico, al igual que otros del Antiguo Testamento, muestran claramente que los trastornos mentales se presentaban y eran reconocidos como tales entre los antiguos hebreos y pueblos vecinos.

El Deuteronomio que data del siglo VII a.C. contiene una advertencia de Moisés a su pueblo en el sentido de que "si no obedeces al Señor tu Dios, ni cumples todos los preceptos que hoy te ordeno, vendrán sobre ti y te alcanzaran todas estas maldiciones [...] el Señor te hará sufrir de locura, ceguera y delirio".¹⁵ También el profeta Zacarías, que vivió en el siglo VI a.C. predice que Dios castigará a los atacantes de Jerusalén, "En aquel día espantaré a todos los caballos y enloqueceré a sus jinetes afirma el Señor"¹⁶

Podemos observar a lo largo del Antiguo Testamento, que en aquellos tiempos el pueblo hebreo temía a la locura como un mal o castigo divino, sin embargo, también existía un espíritu de éxtasis que sobrevinía sobre los escogidos y los hacía profetizar. Los profetas representaron también un papel muy activo en la vida política y militar de Israel, sin embargo, surge la duda de por qué entonces eran llamados locos, o por qué "actuar como profeta" significaba "desvariar". El punto esencial era que dichos profetas actuaban de forma diferente a la de sus contemporáneos, diferían en su comportamiento y apariencia, además algunos de sus gestos

¹⁴ Sociedad bíblica internacional. **Santa Biblia**. Nueva versión internacional, USA:1999, 1º Samuel, cap.21, versos 13-15.

¹⁵ Idem., Deuteronomio, cap 28, versos 15,28.

¹⁶ Idem., Zacarías, cap. 12, verso 4.

eran realmente peculiares o dramáticos al momento de realizar sus profecías.¹⁷

La profecía era símbolo de una experiencia íntima con Dios, dirigida a dar orientación y guía al rey y al pueblo, el problema recaía en que los profetas muchas veces se oponían a los criterios dominantes de poderosos grupos políticos o religiosos, además de la existencia de los falsos profetas. En resumen, se permitía al profeta actuar como quisiera, siempre y cuando no amenazara el orden público, de ser así, era sancionado en nombre de la comunidad; ¹⁸ esto tiene estrecha relación con el comportamiento del pueblo en cuanto al enfermo mental.

Cuando las ciudades resultaban amenazantes para el enfermo mental, muchos de ellos huían a los bosques, donde se les olvidaba, empeoraban y se convertían en el terror de los que se tropezaban con ellos; tal es el ejemplo del rey Nabucodonosor, quien "fue apartado de la gente y recibió la mente de un animal; vivió entre los asnos salvajes y se alimentó con pasto como el ganado; ¡el rocío de la noche empapaba su cuerpo! Todo esto le sucedió hasta que reconoció que el Dios altísimo es el soberano de todos los reinos del mundo, y que se los entrega a quien Él quiere".¹⁹ Encontramos nuevamente el concepto de enfermedad mental como un castigo divino, concepción característica y tradicional de la cultura judía.

En esta cultura no se habla mucho del tratamiento de los trastornos mentales, sin embargo, el tratamiento de la musicoterapia es

¹⁷ Idem., 2ª Reyes, cap. 1, versos 8; Isaías, cap. 20, verso 2.

¹⁸ Rosen, George, Op., cit., pp. 84-85

¹⁹ Sociedad bíblica internacional, Op., cit., Daniel cap. 5, verso 21.

mencionado en el primer libro bíblico de Samuel, capítulo 16, verso 23, respecto a la enfermedad del rey Saúl, quien mejoraba de sus delirios cuando David tocaba el arpa. En la antigüedad bíblica se acostumbraba también intentar curar a los enfermos o a los ancianos acostando cerca de él a un ser joven y sano, con la esperanza de transmitirle por el contacto corporal, vitalidad y calor. Además, la tradición era curar a los enfermos por medio de la plegaria, a veces se utilizaban algunos remedios, y era costumbre untar a los enfermos con aceite, saliva u otros líquidos, el cuerpo, y en particular la cabeza.²⁰

1.2 La locura en la Edad Media y el Renacimiento

Respecto a la Edad Media, predomina la impresión de un vasto conservadurismo médico, el cual algunos llaman mediocridad; las supersticiones, el trato brutal, las horribles cazas de brujas, las torturas y las quemaduras en la hoguera de todos aquellos considerados peligrosos para la sociedad.

Durante este periodo medieval las autoridades públicas asumieron sólo responsabilidades limitadas respecto al enfermo mental. Los miembros de la comunidad que padecían trastornos mentales o emocionales gozaban de libertad siempre que no causaran alborotos públicos.

²⁰ Postel, Jacques, Op., cit., pp. 37-38.

Asimismo, la tutela del alienado** recaía generalmente en sus parientes y amigos; las autoridades comunales se ocupaban únicamente de aquellos a los que se consideraba demasiado peligrosos para tenerlos en casa, de los que no tenían a nadie que los cuidara y de los que eran perturbadores para la sociedad.

Sin embargo, existían algunos lugares donde se admitía a los pacientes con trastornos graves y a los agitados en hospitales generales, como en el *Hotel-Dieu* en París. En Inglaterra y Alemania ciertas instituciones tenían habitaciones separadas o un servicio especial para estos pacientes. No era raro que azotaran a los alienados antes de trasladarlos; dicha responsabilidad de llevar al enfermo a su destino correspondiente, generalmente recaía sobre los empleados públicos, carceleros o un ayudante de verdugo. Los gastos de manutención durante el arresto y los de transporte eran sufragados por la municipalidad.

Por otro lado, las opiniones de que los trastornos mentales podían deberse a causas naturales y / o sobrenaturales eran también sustentadas por los médicos. Aunque los doctores presumían que toda enfermedad se debía a causas naturales y prescribían tratamiento de acuerdo con ello, no cabía duda que si las circunstancias eran demasiado extrañas o se apartaban demasiado de sus experiencias pasadas, los médicos aceptarían las explicaciones sobrenaturales.

* Forma de llamar a las personas poseedoras de cualquier perturbación mental incapacitante para actuar de acuerdo a las normas legales y convencionales de su medio social. Estas personas eran tratadas a su vez por un alienista, es decir, un médico especialista en el estudio y tratamiento de las perturbaciones mentales, precursores de los psiquiatras.

Sin embargo, no todos los médicos estaban dispuestos a aceptar la existencia de la posesión, y algunos la negaban absolutamente. Riolan (1538-1606) explicaba el entusiasmo o la posesión por una deidad, como la consecuencia de exhalaciones melancólicas sobre la imaginación, y señalaba que "no es necesario que recurramos a un demonio como último refugio de la ignorancia, puesto que disponemos de una causa natural.

Posteriormente, en los siglos XII y XIII, periodo de expansión económica en Occidente, se multiplicaron las fundaciones de hospitales generales y asilos que recibían a los indigentes, a los enfermos, a los vagabundos, entre otros afectados por la crisis. No obstante, a fines de la Edad Media, rara vez se internaba a los insanos, lo que ha hecho decir muy a la ligera, todavía hoy, que la Edad Media fue la "edad de oro" de la tolerancia respecto a los locos.²¹

Algunos años más adelante, durante la época del Renacimiento, surge nuevamente el interés en el conocimiento clásico, que empezó en Italia en el siglo XV y se esparció por toda Europa durante los siguientes cien años. Los artistas retomaron el estudio de la anatomía, olvidada por la iglesia. Las ideas de Galileo y Copernico desplazaron a los humanos y a la tierra del centro del universo. Algunas voces valientes empezaron a sugerir que las enfermedades mentales eran enfermedades físicas en vez de algún tipo de posesión demoníaca.

²¹ Rosen, George, Op., cit., pp. 167-176

En esta misma línea, en 1584, Reginald Scot publicó *The Discoverie of Witchcraft*, en el cual argumentaba que los individuos acusados de brujería no estaban poseídos por demonios, sino que eran enfermos mentales. Dos años más tarde, en 1586, el físico Timothy Bright, publicó el primer libro en inglés sobre las enfermedades mentales, *The Treatise of Melancholie*; en este libro describe los síntomas clásicos de la depresión, y anticipó las descripciones sobre el trastorno bipolar, argumentando que los síntomas de la enfermedad mental son perturbaciones naturales y alteran tanto al cerebro como al corazón. A pesar de que estas ideas revolucionarias no encontraron pronta aceptación, dieron paso a la psiquiatría moderna.²²

De esta manera, en el siglo XVI se manifestó una creciente tendencia a colocar a los enajenados en instituciones especiales. En 1526, en Brujas, Juan Luís Vives incluyó a los enfermos mentales en su plan de asistencia pública y propuso hospitalización y trato humano para ellos.²³

Durante el siglo XVII se complacían al decir en París: "no todos los locos están en los manicomios". Tal vez era cierto, como es verdad que hoy todavía todos los "locos", o aquellos a los que se les considera como tales, no están bajo los cuidados de instituciones psiquiátricas. Lo esencial de esta reflexión trivial es el suponer la existencia de fuentes cuantificables a partir de esta época, derivados de los internamientos o los encierros, como se decía entonces;

²² Andreasen, Nancy C., Op., cit., p. 7

²³ Rosen, George, Op., cit., p. 171.

además de un avance en la construcción de instituciones especiales.²⁴

Sin embargo, la situación no era tan sencilla para los enfermos mentales en ese entonces. Rosen retoma el siguiente fragmento de René Semelaigne, en el cual en 1785 Jean Colombier, inspector general de los hospitales y prisiones franceses resumía la situación de los enfermos mentales en un informe claro y devastador:

"Miles de lunáticos son encarcelados sin que a nadie se le ocurra aplicarle el menor remedio. A los que están medio locos se les mezcla con los que están totalmente trastornados, a los violentos con los pacíficos; a algunos se les encadena, mientras que otros andan libres por la prisión. Por último, a menos que la naturaleza venga en su ayuda sanándolos, su sufrimiento dura toda la vida, porque desgraciadamente la enfermedad no mejora, sino que se agrava."

La validez de la descripción anterior es apoyada por otros testimonios; entre ellos un historiador de la psiquiatría refiere que hasta finales del siglo XVIII, no existieron verdaderos hospitales en los que se cuidara y tratara a los enfermos mentales.²⁵

Como podemos darnos cuenta, las actitudes sociales hacia el individuo, mental y emocionalmente perturbado, no han sido uniformes en todos los tiempos, sino que han tenido modulaciones y matices. El cambio de actitud social respecto a la enfermedad mental que tuvo lugar en Europa en esa época, se puede analizar y explicar en razón de factores socioeconómicos y filosóficos. De esta manera, fue hasta finales del siglo XVIII y principios del XIX que el concepto de enfermedad mental comenzó a definirse como tal.

²⁴ Postel, Jacques, Op., cit., p. 99.

²⁵ Rosen, George, Op., cit., pp. 180-182.

1.3 Surgimiento de las nuevas perspectivas de tratamiento de las enfermedades mentales

El desarrollo de tratamientos médicos data de mediados del siglo XVIII, después de sus lentos inicios durante el siglo XVI y XVII. La psiquiatría empezó a ser una ciencia respetable en 1790, cuando el médico francés Philippe Pinel y el estadounidense Benjamín Rush introdujeron este tipo de tratamientos como alternativa a los tratos inhumanos que habían prevalecido hasta entonces. Introdujeron una perspectiva psicológica y empezaron a hacer estudios objetivos. A pesar de estas reformas, la mayoría de estos enfermos continuaron en cárceles y asilos, incluso en el siglo XIX. A partir de entonces, y desde que se inició el trabajo en los manicomios, se definirían los principales tipos de enfermedades mentales y sus formas de tratamiento.²⁶

A Phillippe Pinel (1745-1820), se le considera el fundador de la psiquiatría, ya que con la liberación de los enajenados de sus cadenas en el hospital Bicêtre en París, inicia la evolución de la psiquiatría moderna. Pinel pidió en la Asamblea Nacional de Francia el apoyo público para aplicar a los dementes el mismo humanitarismo que se exigía para toda persona, lo cual incluía los derechos de libertad e igualdad. Sentó los cimientos para que en el tratamiento de los enfermos mentales se aceptara el principio humanitario de que el hombre puede mejorar la condición del hombre, a través de sus propios esfuerzos. En este proceso de

²⁶ *"Historia de la salud mental"*. (Feb/2004).
<http://www.enferteruel.org/espacial/mental/general.htm>

ubicar el trastorno mental y las personas que lo presentan, se desarrollaron una serie de conceptos definidos en la línea de la medicina, pasando los enajenados a ser enfermos, y sus extrañas y variadas manifestaciones a ser enfermedades mentales.

En Estados Unidos, Benjamín Rush (1745-1813) fue el primer médico que emprendió estudios serios sobre las enfermedades mentales. Percibió la importancia de la relación médico-paciente para producir ciertas "curas" y animó a los médicos para que se dieran cuenta de la importancia de su posición social de autoridad. Un punto muy importante, es que Rush se dio cuenta de que los actos antisociales se originaban en los trastornos mentales, y recomendó amabilidad en los contactos con el deprimido, firmeza con el maniaco y acciones para llamar la atención del paciente distraído.

Más o menos al mismo tiempo que las reformas humanitarias en el tratamiento, aumentó el interés médico por las enfermedades mentales. Así, el alemán Emil Kraepelin (1856-1926), dio a la psiquiatría la primera descripción global de lo que él creyó que eran entidades de enfermedad mental. Kraepelin supuso que las enfermedades mentales eran entidades patológicas definidas y análogas a las enfermedades físicas que se distinguían por su etiología, sus síntomas, su evolución y su resultado final, lo que le llevó a dar mayor importancia a las observaciones clínicas y a buscar causas físicas de las enfermedades mentales. Su sistema de clasificación se basó en descripciones, síntomas y resultados finales, ya que frecuentemente era imposible hacer el diagnóstico con exámenes de laboratorio; de modo que la clasificación no se basó en la comprensión de los factores etiológicos, que incluían los

procesos psicodinámicos. Según Kraepelin, la esquizofrenia reagrupa las tres formas de la demencia precoz: paranoide, hebefrénica y catatónica, a las cuales añadió la forma llamada simple.²⁷

Así también, Emil Kraepelin estableció en Munich uno de los más grandes centros de psiquiatría de todos los tiempos siguiendo esta misma línea, se considera que si Pinel fue el fundador de la tradición psicosocial en psiquiatría, Kraepelin fue el fundador de la tradición neurocientífica.²⁸

Por su parte, el suizo Eugen Bleuler (1857-1939), en su libro *Demencia precoz* (1911), afirmó que, como no todos los casos de demencia precoz evolucionan hacia la demencia, era más apropiado usar el término "esquizofrenia". Mencionó cuatro síntomas fundamentales en esta enfermedad: autismo, ambivalencia y alteraciones en la asociación y afectividad.²⁹

De esta manera, la psiquiatría del siglo XX ha estado marcada profundamente por los trabajos de tres autores: Kraepelin, Bleuler y el psicoanálisis de Freud, al cual retomaremos más adelante. Estos autores son sólo algunos de la amplia gama de investigadores que existieron y dieron forma a los tratamientos actuales, a las leyes existentes, y en general, a la psiquiatría moderna.

²⁷ Kolb, Lawrence C. **Psiquiatría Clínica Moderna**. 6ª ed., Ed. La Prensa Médica Mexicana. México:1992, pp. 5-7.

²⁸ Andreasen, Nancy C. Op., cit., p.11.

²⁹ "Historia de la psiquiatría" (Feb/2004). <http://www.galenonct.com/Psiq/hispsi.htm>

1.3.1 La evolución de las ideas del sistema nervioso central

Las reformas sociales en cuanto a la enfermedad mental a lo largo de la historia han brindado un panorama diferente a la salud mental, sin embargo, los avances científicos de la psicología, psiquiatría y neurología actuales están basados en los grandes descubrimientos en cuanto al funcionamiento del sistema nervioso central, a partir de los cuales han sido diseñados novedosos instrumentos de detección, prevención y rehabilitación.

Los problemas de la relación existente entre el cuerpo y la "mente" fueron el motor que impulsó el estudio de la psicofisiología. El estudio intensivo del funcionamiento de los órganos sensoriales comenzó alrededor de 1859, aunque antes se poseía ya mucha información al respecto. Entre 1800 y 1850 se habían llevado a cabo nueve descubrimientos importantes que tuvieron implicaciones para la psicofisiología; estos se presentan a continuación:

El primero de ellos pertenece a Charles Bell (1774-1842), quien demostró que las raíces dorsales de la médula espinal son exclusivamente *sensoriales* y que las ventrales son exclusivamente *motoras*. Según Bell, cada órgano sensorial da una respuesta a un estímulo específico y el cerebro almacena e interpreta los impulsos sensoriales.

Posteriormente, Johannes Müller (1801-1858), famoso profesor de fisiología en Berlín, postuló la existencia de cinco *energías nerviosas*

específicas (1838), cada una de las cuales correspondería a una modalidad sensorial. Esto implicaba que las fibras sensoriales se dividían en cinco clases en vez de una sola, como había postulado Bell. Posteriormente, publicó su manual de fisiología humana (1833-1840).

El tercero de ellos se llevó a cabo por el año de 1800, cuando Franz J. Gall (1758-1828) comenzó a propagar sus trabajos sobre *frenología*, que era un medio de estudiar la personalidad analizando las protuberancias del cráneo. El intento de Gall fue hacer una psicofisiología, aunque sólo hizo una pseudociencia que no contribuyó nada a aclarar las relaciones existentes entre cerebro y comportamiento.

A pesar de lo anterior, los trabajos sobre *localizaciones* cerebrales tuvieron mucho éxito, uno de los más importantes fue el realizado por Pierre Flourens (1794-1867), quien demostró que el cerebelo es la base de la coordinación motora y que el cerebro es el centro integrador del organismo. Flourens luchó contra la frenología de Gall y trató de refutarla basándose en la anatomía del cerebro. Habló de funciones específicas localizadas en áreas muy exactas del cerebro y de funciones generales que dependen de porciones mayores del cerebro. Broca, en 1861, dio base a las afirmaciones de Flourens al encontrar un centro del lenguaje.

Posteriormente, con las obras de Huschke, Valentin, Owen y sobre todo, las de Broca (1824—1888), se realizó la descripción de la corteza, se estableció el lugar del gran lóbulo límbico y se organizó definitivamente la división de los hemisferios en lóbulos; gracias a las cisuras, a los lóbulos en circunvoluciones y a los surcos, fue el

producto cultural perfecto, y sigue siendo hasta nuestros tiempos la referencia internacional de neuroanatomía.

En la misma línea de descubrimientos, otro enfoque importante de la naciente psicofisiología fue el estudio de los *reflejos*, *la naturaleza eléctrica de los impulsos nerviosos*, y la *velocidad de conducción de los impulsos nerviosos*. Los trabajos de los creadores de la psicología experimental, Weber (1795-1878), Fechner (1801-1887) y Wundt (1832-1920) tuvieron gran importancia sobre la psicología fisiológica, la cual nace como disciplina formal en 1867, principalmente gracias a los trabajos de Wundt.

Más adelante se llevaron a cabo estudios en animales, sobre todo perros, a los cuales se les destruía parte del cerebro con el fin de estudiar los trastornos del comportamiento que se producían como consecuencia de la lesión. Asimismo, en sujetos humanos se comenzaron a estudiar en forma sistemática las lesiones causadas por accidentes y por trastornos neurológicos. Estos trabajos demostraron que en la corteza cerebral existían regiones dotadas de funciones específicas. Los neurólogos estuvieron de acuerdo en que el área situada delante de la cisura de Rolando correspondía al movimiento y que el área situada detrás correspondía a los sentidos de calor, frío, tacto y dolor. La visión se localizó en el área occipital y la audición en el lóbulo temporal. El centro del olfato se encontró en el llamado bulbo olfatorio, pero no se pudo encontrar el centro del gusto. Los investigadores hallaron que las funciones sensoriales y motoras se localizan en áreas simétricas situadas en ambos hemisferios; parecía existir simetría bilateral en el hombre, al menos a nivel del sistema nervioso central.

Por último, los estudios *histológicos* permitieron clasificar muchos tipos de células nerviosas, especialmente gracias al descubrimiento de nuevos métodos de coloración. Se destacan los trabajos de Santiago Ramón y Cajal (1852-1934) y de Golgi (ganadores del premio Nobel en 1906); Además, Ramón y Cajal descubrió que las neuronas no se unen unas con otras en forma anatómica sino fisiológica. De él parte la teoría neuronal, y esta base fisiológica de las funciones psíquicas superiores tuvo gran importancia para la creación de la psicología científica.³⁰

A manera de resumen, a continuación se presenta una lista de los descubrimientos más importantes de la primera era de la neurociencia:³¹

Año	Descubrimiento
1837	Dax: Lateralización del lenguaje
1861	Broca: Identificación del "área de Broca"
1868	Harlow: Descripción de Phineas Gage y el rol de la Corteza frontal.
1870	Fritsch y Hitzig: Lateralización de la función motora.
1876	Wernicke: Localización de la comprensión del lenguaje.
1909	Brodman: Trazo de la citoarquitectura cortical.
1920	Penfield: Trazo de las funciones cognitivas y motoras con microelectrodos.
1921	Foix: Localización del mal de Parkinson en la sustancia nigra.
1937	Papez: Descripción del sistema límbico.

³⁰ Ardila, Rubén. *Psicología fisiológica*. 2ª ed., 1981, Ed. Trillas, México: 1997, pp. 20-26.

³¹ Andreasen, Nancy C., Op., cit., p.10.

A éstos les siguieron una serie más de descubrimientos neurológicos y psiquiátricos muy importantes, acreedores del premio Nobel, entre los cuales se encuentran los siguientes:³²

Año	Investigadores	Descubrimiento
1906	Golgi, Ramón y Cajal.	Trabajo sobre la estructura del sistema nervioso.
1927	Wagner von Jauregg	Descubrimiento de la importancia terapéutica de la inoculación de la malaria en demencia parálitica.
1932	Edgar D. Adrian, Scott Sherrington	Descubrimientos en cuanto a la función de las neuronas.
1936	Henry H. Dale y Otto Loewi	Descubrimientos relacionados a la transmisión química de impulsos nerviosos.
1963	John C. Eccles, Alan Lloyd Hodgkin y A. F. Huxley	Estudio de la transmisión de impulsos nerviosos a través de las fibras nerviosas.
1970	Julius Axelrod, B. Katz y Ulf von Euler	Descubrimientos sobre la química de la transmisión nerviosa.
1971	Earl Wilbur Sutherland Jr.	Estudios de las hormonas, las sustancias químicas que regulan cada función del cuerpo.
1979	Earl Hounsfield y Allan M. Cormack.	Desarrollo de la tomografía computarizada.
1981	Roger Sperry, David H. Hubel y Tosten N. Wiesel	Estudios de la función del cuerpo calloso (funciones del hemisferio derecho e izquierdo); descubrimientos sobre la organización del sistema visual.
2000	Arvid Carlsson, Paul Greengard y Eric Kandel	Estudios de la neurotransmisión y formación de la memoria.

³² Andreasen, Nancy C., Op., cit., p.16.

1.3.2 El nacimiento de la psiquiatría en el siglo XX

La psiquiatría alcanzó su máximo desarrollo durante el siglo XX, con las clasificaciones internacionales, las diferentes psicoterapias y con la aparición de la psicofarmacología. El alienismo iba desapareciendo, y fue hasta 1920 cuando tuvo lugar el surgimiento de una nueva figura, la cual lleva el nombre de psiquiatría.

Hasta principios del siglo XX, la psiquiatría permaneció aislada del resto de las otras ramas de la medicina. Los profesionistas interesados en ella eran pocos y sus actividades se realizaban en instituciones hospitalarias de tipo carcelario, con procedimientos terapéuticos anticuados, muy limitados y en ocasiones inhumanos. Sus actividades preventivas eran prácticamente nulas y su proyección a la comunidad se limitaba a incursiones esporádicas generalmente relacionadas con testimonios judiciales en procesos seguidos a pacientes. Este aislamiento en instituciones carcelarias aisladas y fortificadas determinó lo que muchos psiquiatras contemporáneos han denominado la "alienación de la psiquiatría".³³

Con el advenimiento del psicoanálisis, representado originalmente por la figura de Freud y sus discípulos, con la presencia de las ideas de Kraepelin, además de los grandes avances que se iban teniendo a nivel fisiológico, la psiquiatría sufrió una total transformación en todo el mundo. El entusiasmo despertado por esta novedosa orientación de la psiquiatría, hizo que muchos especialistas abandonaran los viejos manicomios y se dedicaran a practicar en sus propios consultorios el nuevo procedimiento terapéutico que se

³³ Sánchez, Héctor. *La lucha en México contra las enfermedades mentales*. Ed. FCE, México:1974, p. 18.

mostraba alentador por los resultados obtenidos en algunos casos particulares. Sin embargo, no fue sino hasta finalizar la segunda Guerra Mundial cuando se apreció un movimiento en todos los países, tendiente a romper el aislamiento en que se hallaban los psiquiatras.³⁴

Durante el periodo de entre las dos guerras, la psiquiatría se había convertido en un anexo de la neurología. En 1950, el Sindicato francés de Médicos de los Hospitales Psiquiátricos emprendió la tarea de definir la especialidad "psiquiatría" en relación con la neurología. Donde ésta última se ocupaba de tratar las "afecciones del sistema nervioso sin alteraciones del psiquismo" y la psiquiatría de "las alteraciones de la vida de relación que dependen de un trastorno psíquico". Así pues, al terminar la guerra, se produjo una ola que elevó a la psiquiatría al rango de disciplina autónoma y culminó con la creación en las universidades de cátedras de psiquiatría, de las que se había carecido hasta entonces.³⁵ Pero esta ascensión no habría sido posible sin la labor realizada previamente, en donde hubo una profunda transformación de la vida en los asilos y en el ejercicio de la psiquiatría.

³⁴ Sánchez, Héctor. **La lucha en México contra las enfermedades mentales**. Ed. FCE, México:1974, p. 19.

³⁵ Postel, Jacques, Op., cit., pp. 475-476.

1.3.3 El psicoanálisis en la historia de la psiquiatría

Los conceptos derivados del análisis freudiano se aplican extensamente en la formación y la práctica psiquiátrica, y han llegado a ser una parte fundamental de la aproximación a las enfermedades mentales y emocionales. Pocos hombres en el siglo XX cobraron tanta importancia como Sigmund Freud (1856-1939), al grado que se le considera fundador de la psicología y gran influencia en el desarrollo de la psiquiatría moderna.³⁶

El psicoanálisis nació al margen de la psiquiatría, gracias a la desviación vocacional de su autor. A pesar de que Freud se capacitó y trabajó como neurólogo, vio bloqueado su avance profesional dentro de esta disciplina. Al prohibírsele la práctica tradicional de la neurología, comenzó a dar consulta a pacientes cuyos síntomas no podían explicarse mediante enfoques tradicionales de su disciplina. El trabajo de Freud con estos pacientes lo inspiró a formular las teorías y la práctica del psicoanálisis. A la muerte de Freud en 1939, en Londres, el psicoanálisis ya se había internacionalizado definitivamente, y fueron sus seguidores los que se ocuparon de extenderla y mantenerla en pie a lo largo de los años, hasta nuestros tiempos.³⁷

El psicoanálisis como teoría, proporciona un enfoque integral para la comprensión del desarrollo psíquico, la emoción y la conducta así como la enfermedad psiquiátrica. Al desarrollar sus ideas, Freud

³⁶ Goldman, Howard H.. **Psiquiatría general**. 4ª ed., Ed. Manual moderno, México:1996, pp. 7-8.

³⁷ Idem. p.9.

postuló un *aparato psíquico* en tres partes: ello, yo y superyó, y consideraba que las tres estructuras se relacionaban entre sí dentro de un equilibrio dinámico.

Asimismo, otro concepto fundamental del psicoanálisis son las *etapas del desarrollo psicosexual*, en donde postula que una persona tiene que llevar a cabo una serie de tareas desde la infancia hasta la edad adulta con el fin de alcanzar la salud psicológica. Queda implícito en el concepto de las etapas del desarrollo psicosexual que la experiencia temprana moldea la autoimagen del adulto y su potencial para tener éxito en el trabajo y en las relaciones personales. Una contribución crucial de Freud a la comprensión moderna de la enfermedad mental es que el trauma durante el desarrollo causa psicopatología en la vida adulta. Los trabajos realizados por Freud y sus discípulos son muy extensos, así como la serie de nuevos conceptos que dan a la psiquiatría una nueva perspectiva de ver y tratar al enfermo mental.³⁸

1.3.4 Las corrientes psicológicas

Además del psicoanálisis, a la par de los avances tanto en neurología como en psiquiatría, surgieron los grandes descubrimientos en el área psicológica. La palabra "psicología" viene del vocablo griego que significa "estudio de la mente o del alma", sin embargo, en nuestros días se define a la psicología como la ciencia que estudia la conducta y los procesos mentales tanto en

³⁸ Davidoff, Linda L. *Introducción a la psicología*. 3ª ed., Ed. Mc Graw Hill, México: 1989, pp .514.518.

hombres como en animales.³⁹ La psicología procede de muy distintas fuentes, pero sus orígenes como ciencia están relacionados con los orígenes de la filosofía en la antigua Grecia, con las ideas de Platón y Aristóteles, entre otros filósofos griegos.⁴⁰

La psicología moderna se ha dedicado a recoger hechos sobre la conducta y la experiencia, así como a organizarlos sistemáticamente, elaborando teorías para su comprensión. Estas teorías ayudan a conocer y explicar el comportamiento de los seres humanos y en alguna ocasión, incluso a predecir sus acciones futuras, pudiendo intervenir sobre ellas.

En esta misma línea, el campo que más ha contribuido al desarrollo de la psicología científica ha sido la fisiología, es decir, el estudio de las funciones de los diversos órganos y sistemas del cuerpo humano. Los primeros representantes de la psicología experimental fueron el físico alemán Gustav Theodor Fechner y el fisiólogo, también alemán, Wilhelm Wundt. Ambos son considerados los padres de la actual psicología científica.⁴¹

El primero de ellos, Fechner, a principio de la década de 1850 desarrolló métodos experimentales para medir la intensidad de las sensaciones y relacionarla con la de los estímulos físicos que las provocaban, estableciendo la ley que lleva su nombre y que es, aún hoy, uno de los principios básicos de la percepción.

Por su parte, Wundt (1832-1920), fundó en 1879 el primer laboratorio de psicología experimental en la ciudad alemana de Leipzig, y su ambición era establecer la identidad independiente de

³⁹ Idem. p.6

⁴⁰ Idem, p.9

⁴¹ Idem..

la psicología. Wundt pensaba que era especialmente importante estudiar operaciones mentales y diseñó una herramienta llamada *introspección analítica*. Consideraba firmemente que los psicólogos debían investigar “*los procesos elementales de la conciencia humana*”, así como sus relaciones, combinaciones e interacciones.

De la misma manera, William James (1842-1910), hizo una importante aportación referente a la vida mental. Habló de las *aferencias* que son las comunicaciones que se producen entre el interior y el exterior del organismo, y de las *eferencias* que son la respuesta que ejerce el organismo desde el interior al exterior hacia un estímulo. Para James la conciencia es un producto de la evolución, cambia y fluye constantemente.⁴²

Pero la figura más destacada de esta psicología fue sin duda Ivan Petrovich Pavlov (1849-1936), fisiólogo ruso ganador del Premio Nobel en 1904 por sus investigaciones sobre el funcionamiento de las glándulas digestivas. Trabajó de forma experimental y controlada con perros, a los que incomunicaba del exterior en el laboratorio. Estas observaciones le inspiraron para llevar a cabo numerosos estudios que fueron la base del Condicionamiento Clásico.

Al igual que Pavlov, otra figura muy importante fue Frederic Skinner, nacido en 1904, quien consideró que la psicología es una rama experimental de la ciencia natural, donde es posible controlar y predecir la conducta si se hace bajo una observación directa y en condiciones experimentales de estímulo-respuesta. Skinner quiso

⁴² Davidoff, Linda, Op., cit., pp. 9-11.

prescindir completamente de la conciencia y de la introspección del Psicoanálisis y fue el iniciador del Condicionamiento Operante.⁴³

Ya a principios del siglo XX se originaron y desarrollaron distintos movimientos en psicología, los cuales se oponían entre sí. Estos movimientos contribuyeron a dar forma al campo actual de la psicología. Las cuatro principales perspectivas son: el conductismo, fundado por John Watson (1878-1958); el cognoscitivismo, cuyos representantes son Wundt y James, sin olvidar la influencia de Jean Piaget (1896-1980); el humanismo, cuyo exponente y líder fue Abraham Maslow (1908-1970); y el psicoanálisis, fundado por Freud.⁴⁴

En conclusión, desde los inicios de la psicofísica de Fechner y Weber, la fisiología experimental de Helmholtz y los trabajos del Wilhelm Wundt, en el siglo XIX se intentó establecer la psicología como una ciencia que utilizaba los mismos métodos y procedimientos de investigación que otras ciencias naturales como la biología y la física. Aunque las raíces históricas de la psicología estaban en la Filosofía, y aunque muchos de los primeros psicólogos se preocupaban por los problemas filosóficos como el de la relación entre espíritu y cuerpo, esta disciplina enfocó estos y otros aspectos de la conducta humana por medio de investigaciones, utilizando como métodos la observación y la experimentación. Asimismo, 17 años después de que Wundt fundara su laboratorio, comenzó a surgir la llamada Psicología Clínica, impregnada hasta nuestros días de la investigación experimental.⁴⁵

⁴³ "Historia de la psicología". (Enero/2004). <http://www.psicoadactiva.com/histo7.htm>

⁴⁴ Davidoff, Linda, Op .cit., pp. 12-16.

⁴⁵ Bernstein, A. Douglas, Nietzel, Michael T. *Introducción a la Psicología Clínica*. Ed.

1.3.4.1 La Psicología Clínica

Dados los antecedentes más sobresalientes de la Psicología, el nacimiento de la Psicología Clínica tiene lugar en los años de 1896 a 1917. Para este tiempo la Psicología se consideraba ya como ciencia, y algunos psicólogos estaban comenzando a aplicar los métodos científicos al estudio de las diferencias individuales.⁴⁶

La primera época de la psicología clínica abarca desde su nacimiento en 1896 hasta la Segunda Guerra Mundial. En este periodo la psicología clínica apareció como una disciplina, como una división dentro de la psicología científica, y como un participante que aportaba contribuciones al equipo de salud mental, bajo la supervisión de la psiquiatría. Los 35 años a partir de la Segunda Guerra Mundial constituyen el segundo periodo, en los cuales la identidad exclusiva del campo se estableció y se extendió, experimentando una transformación de disciplina académica a una profesión que ofrece sus servicios.⁴⁷

De esta manera, el primer Psicólogo Clínico reconocido como tal fue el estadounidense Lightner Witmer (1896), quien a su vez fundó la primera clínica psicológica del mundo.⁴⁸

Actualmente, los psicólogos que reciben capacitación profesional en clínica, se dedican a una o varias de las siguientes actividades: Evaluación, Tratamiento, Investigación, Enseñanza, Consultoría y Administración.⁴⁹ De hecho, gracias a la Investigación Psicológica

McGraw Hill, México: 1998. p. 29.

⁴⁶ Idem, p.42,43.

⁴⁷ Idem, p. 517.

⁴⁸ Idem, p. 43

⁴⁹ Idem, p. 8.

se ha podido comprobar que existe una relación muy estrecha entre lo que una persona siente, quiere o piensa y sus estados de salud y enfermedad. Asimismo, la angustia, el abatimiento, la frustración, la culpabilidad, etc., pueden ser capaces de alterar funciones mentales y corporales en un individuo.⁵⁰

A manera de resumen, la psicología es una disciplina que se aproxima al hombre sano y enfermo como una totalidad, se nutre de sus propias observaciones y recibe aportaciones tanto de las ciencias biomédicas como de las ciencias humanas, poniendo en práctica los conceptos y observaciones que derivan de las diversas corrientes psicológicas.⁵¹ Por tal motivo, la práctica de la Psicología Clínica mantiene estrechas relaciones con la medicina general y con las especialidades médicas, ya que al identificar y manejar problemas de orden psicológico se pueden apreciar también los eventos adversos que juegan papeles muy importantes en la iniciación, curso y desenlace de muchos trastornos.⁵²

1.3.5 Los inicios de la Psicofarmacología

Por otra parte, antes de la Segunda Guerra Mundial, el tratamiento de los trastornos psiquiátricos consistía en gran medida en tranquilizar, es decir, sedar a los pacientes o restringir sus acciones.

Durante los años que siguieron a la guerra se desarrollaron una serie de fármacos que no sólo proporcionaban sedación, sino alivio a síntomas específicos. Entre los primeros tratamientos utilizados a lo

⁵⁰ De la Fuente, Ramón. **Psicología médica**. 2ª ed., Ed. FCE, México:1992, p. 11.

⁵¹ Idem, p.19

⁵² Idem, p.21.

largo del siglo XX, se encuentra la inducción de malaria, aplicada a pacientes con parálisis general, introducida en 1917 por el alemán Julius von Wagner-Jauregg (1857-1940), lo que le valió el Premio Nobel en 1927. La parálisis general era una manifestación tardía de la sífilis, además de ser regularmente mortal debido al estado de demencia atrófica en un plazo menor de dos años. Su gravedad justificaba todas las tentativas terapéuticas. La técnica llamada "impaludación" consistía en inyecciones del germen del paludismo, tomada de la sangre de un enfermo de malaria.

Otro de los primeros tratamientos fue el coma insulínico, utilizado por el austriaco Manfred Sakel (1900-1957) en 1935 para el tratamiento de la esquizofrenia. Una vez establecida la dosis, se realizaba una cuarentena de comas sucesivos, seis días a la semana; este método terapéutico inducía un proceso de regresión neurológica y psicológica. Por su parte, el electrochoque, usado por los italianos Ugo Cerletti (1877-1963) y Lucio Bini (1908-1964) en 1938, para contrarrestar las depresiones graves.⁵³

Así también, la psicocirugía fue introducida por los neurólogos Egas Moniz (1874-1955) y Walter Freeman (1895-1972) para el tratamiento de pacientes psicóticos y obsesivo-compulsivos intratables, consistía en una lobotomía, un procedimiento quirúrgico que consiste en interrumpir la conexión entre el tálamo y el lóbulo frontal. Gracias a este novedoso concepto de tratamiento Moniz obtuvo el Premio Nobel en 1949.⁵⁴

Siguiendo la misma línea, en 1952 los psiquiatras franceses Jean Delay (1907-1987) y Pierre Deniker (1917-1998) demostraron las

⁵³ Postel, Jacques, *Op., cit.*, pp. 531-532.

⁵⁴ Kolb, Lawrence C., *Op., cit.*, p. 974.

propiedades antipsicóticas de la clorpromazina, fármaco del grupo de las fenotiazinas, que significó el primer tratamiento realmente efectivo contra la esquizofrenia. En los siguientes años aparecieron nuevos antipsicóticos fenotiazínicos y de otros grupos. En 1960 se sintetizó la clozapina, el primero de los denominados antipsicóticos atípicos.

Asimismo, cinco años más tarde (1957) el psiquiatra suizo Roland Kuhn y el psiquiatra norteamericano Nathaniel Kline, demostraron respectivamente los efectos antidepresivos de la imipramina (del grupo de los tricíclicos) y de la fenelzina (del grupo de los inhibidores de la monoaminoxidasa). Y en 1987 se introdujo la fluoxetina, el primer inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina (ISRS).

Por su parte, la aparición del fenobarbital en 1912, dio lugar a la síntesis de 2500 barbitúricos, de los cuales 50 se utilizaron comercialmente. De esta manera en 1957 se sintetizó el clordiazepóxido, que fue la primera de 3000 benzodiazepinas, de las cuales se comercializaron 35. Durante la década de los 60's, los barbitúricos fueron desplazados por las benzodiazepinas. Fue en 1949 que el psiquiatra australiano John Cade (1912-1980), describió los efectos del litio para el tratamiento de pacientes maniacos, sin embargo, debido a los temores que despertaba este elemento por su toxicidad, fue hasta 1970 que se aprobó su uso en los Estados Unidos.⁵⁵

⁵⁵ "Historia de la psiquiatría" (fcb/2004). <http://www.galenonet.com/Psiq/hispsi.htm>

De esta manera, la aparición de los psicofármacos ha significado la mayor revolución en el campo de la psiquiatría, llegando a convertirse en parte imprescindible del tratamiento de muchas enfermedades psiquiátricas, como la esquizofrenia, los trastornos afectivos mayores, el trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos de ansiedad. Actualmente existe una gran variedad de psicofármacos, buscándose cada vez mayor eficacia y selectividad de acción, con menos efectos colaterales.

CAPÍTULO 2: SALUD MENTAL

Las reformas sociales y legislativas, así como el progreso científico y tecnológico del mundo moderno se han reflejado también en mejores opciones de atención a la salud mental de las personas. Las nuevas alternativas de tratamiento farmacológico y los exitosos modelos conductuales y psicosociales, permiten mejorar la calidad de vida de los que sufren trastornos mentales. Sin embargo, no podemos hablar de salud o enfermedad mental sin definir primero cada una de ellas, sus componentes y los métodos diagnósticos utilizados en cada caso.

2.1 Concepto de salud

La salud es concebida como un instrumento fundamental e imprescindible para el buen funcionamiento de los seres vivos. La definición más usada es la dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), quien define a la salud como: "el estado de completo bienestar físico, psicológico y social y no sólo la ausencia de enfermedad".⁵⁶

Sin embargo, hay quienes opinan que dicha definición es un tanto utópica y subjetiva, ya que consideran que la salud requiere más que una definición biológica y debe tomar en cuenta todos los factores que intervienen en su determinación y variación, tales como: el

⁵⁶ Secretaría de Salud. **Programa de Acción: Salud Mental**. México: 2001. p3

ambiente, la ecología, la sociedad y la cultura. Siguiendo la misma dirección, el profesor Lambert, subdirector del laboratorio de antropología de París opina que: "toda definición de salud debe tener en cuenta la facultad de adaptación humana".⁵⁷

Tal parece que resulta complicado definir a la salud en términos absolutos sin ser subjetivos, sin embargo, la salud engloba en sí misma, tanto aspectos subjetivos (bienestar mental y social, alegría de vivir), como objetivos (capacidad para la función) y sociales (adaptación y trabajo socialmente productivo),⁵⁸ es decir, debe necesariamente tomar en cuenta cada uno de los aspectos que integran al ser humano y la sociedad en que se desenvuelve.

2.1.1 Salud Mental

Desde sus inicios, la OMS consideró a la salud mental como parte integral de la definición de salud, asimismo, define a la salud mental como: "la capacidad del individuo, el grupo y el ambiente de interactuar el uno con el otro de forma tal, que se promueva el bienestar subjetivo, el óptimo desarrollo y el uso de habilidades mentales (cognitivas, afectivas y relacionales), la adquisición de metas individuales y colectivas, en forma congruente con la justicia y la adquisición y preservación de las condiciones de equidad fundamental".⁵⁹

⁵⁷ San Martín, Hernan. **Tratado general de la salud en las sociedades humanas. Salud y Enfermedad.** 2ª ed., Ed. Prensa Médica, México:2001, pp. 7-8.

⁵⁸ Idem., p.9

⁵⁹ Secretaría de Salud, Op., cit., p.30

De esta manera, podemos darnos cuenta que el concepto de salud mental abarca directamente cada aspecto de nuestras vidas, sin embargo, es a la salud mental a la que se otorga el crédito de subjetividad dentro de la definición general de salud, mencionada anteriormente, sin dejar de ser objetiva. Por su parte, Guinsberg afirma que "el criterio de salud es irrealizable, pero su definición nos sirve para fijar los objetivos de la psicoterapia"⁶⁰ No obstante, lograr una definición precisa de salud es muy difícil, dado la multifactorialidad de sus componentes que interactúan entre sí, formando complejos sistemas biológicos, psíquicos y sociales.

De este modo, se puede considerar que la salud mental es el resultado de la armonía entre los aspectos biológicos y sociales del individuo, mismos que le ayudan a tener un buen funcionamiento en las diferentes áreas de su vida, de acuerdo con los estándares de la sociedad a la que pertenezca.

2.2 Concepto de enfermedad

En medicina la palabra "normal" se usa comúnmente como sinónimo de salud, por lo que cuando una característica estructural o funcional de nuestro organismo se desvía significativamente de lo normal y produce síntomas no usuales o inconvenientes a nuestro estado biológico, la variación pasa a constituir una "anormalidad" o

⁶⁰ Guinsberg, Enrique. **Normalidad, conflicto psíquico y control social**. Ed. Plaza y Validez, México:1990, p. 89.

enfermedad.⁶¹ Es decir, una enfermedad es un desequilibrio o anomalía en el cuerpo, la psique o en alguna de sus funciones.⁶²

Existen varios factores que influyen sobre el proceso salud-enfermedad, entre ellos se encuentran: la higiene, los aspectos nutricionales y ambientales. La mayoría de las enfermedades y trastornos que representan un alto impacto y carga para la humanidad, tienen una causa multifactorial, determinantes y factores de riesgo y protección que interactúan entre sí, en un complejo sistema biopsicosocial.⁶³

2.2.1 Enfermedad Mental

Se puede pensar que a diferencia de la definición de salud, la definición de enfermedad podría ser formulada más fácilmente, ya que aparentemente representa todo aquello que escapa de la norma establecida, sin embargo, tanto en el lenguaje cotidiano como en el ámbito médico psiquiátrico, la palabra enfermedad, y en este caso la enfermedad mental, se emplea de manera imprecisa, dado que "...lograr una buena definición de enfermedad es muy difícil. Sin embargo, en la práctica clínica cotidiana, esta dificultad no importa mucho, excepto en relación con ciertos hechos legales como la admisión obligatoria al hospital. (...) Si se prosigue la analogía con la medicina general, la enfermedad mental podría definirse de tres maneras: falta de salud, sufrimiento y proceso patológico, ya sea

⁶¹ Idem., p.3

⁶² Warren, Howard C. *Diccionario de Psicología*. 2ª ed., Ed. Fondo de Cultura Económica, México:1991.

⁶³ Secretaría de Salud, Op., cit., p.29

físico o psicológico.⁶⁴ De hecho, el DSM IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª revisión) plantea que no existe una definición operacional consistente que englobe todas las patologías mentales. Los trastornos mentales han sido definidos, al igual que otras patologías médicas, mediante una gran variedad de conceptos y cada uno es un indicador útil para un tipo de trastorno mental, pero ninguno equivale al concepto y cada uno requiere una definición distinta. En el DSM IV, cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar, a una discapacidad o a un riesgo significativamente aumentado de morir o sufrir dolor, discapacidad o pérdida de la libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento en particular. Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica.⁶⁵

Diversos son los factores asociados a la enfermedad mental, y a partir de un enfoque multifactorial, estos pueden ser factores de tipo biológico (genético y ambiental) y psicosocial (económico, cultural y demográfico), los cuales al interactuar afectan de diferentes formas al individuo, familia y grupos sociales. De esta manera, las principales manifestaciones clínicas de la enfermedad mental reflejan una alteración de las funciones cerebrales, como la atención, la memoria, el pensamiento, el estado de ánimo, la

⁶⁴ Gelder, M, et al. **Psiquiatría**. 2ª ed., Ed. McGraw Hill, México:1993, p. 75

⁶⁵ American Psychiatric Association. **DSM-IV**. 3a. ed., Ed. Masson, México:1998, p. XXI.

senso percepción, el aprendizaje y la conducta, entre otros; los cuales intervienen en la vida y la productividad del individuo.⁶⁶

Dada la multifactorialidad de las enfermedades mentales, es necesario prestar atención a cada una de las partes que la componen, por lo cual se cuenta con profesionales en el área neurológica, psiquiátrica y psicológica.

2.2.2 Clasificación de las enfermedades mentales

Algunos psicoterapeutas tienden a hacer críticas severas en cuanto al uso inapropiado de las clasificaciones psiquiátricas, afirmando que no se le da al paciente un trato personal, atendiendo a sus necesidades únicas, sino que sólo se le encasilla en un grupo de signos y síntomas y se le atiende como portador de tal diagnóstico. Sin embargo, toda clasificación es necesaria, dado el universo de objetos, personas, animales, y demás seres vivos que existen a nuestro alrededor. Asimismo, tanto en psiquiatría como en medicina se requieren clasificaciones para que los médicos y otros profesionistas se puedan comunicar con más facilidad, atendiendo de manera óptima la naturaleza del padecimiento, así como el pronóstico y el tratamiento.

A lo largo de la historia de se ha tenido en claro la necesidad de formular clasificaciones de los trastornos mentales, pero siempre se han encontrado con la dificultad sobre qué enfermedades sería

⁶⁶ Secretaría de Salud, Op., cit., pp.36-39.

apropiado incluirse y sobre cuál sería el método óptimo para su organización.

Fue así como los inicios de tal clasificación se dieron en 1840, cuando Estados Unidos quiso por primera vez reunir datos estadísticos sobre la incidencia de los trastornos mentales en el país. Ya en el censo de 1880 se diferenciaron siete categorías de trastorno mental: manía, melancolía, monomanía, paresia, demencia, dipsomanía y epilepsia. En 1917 el Committee on Statistics of The American Psychiatric Association, junto con la National Commission on Mental Hygiene, diseñó un plan adaptado por la oficina del censo para reunir datos estadísticos uniformes de diversos hospitales mentales.

Más tarde, la American Psychiatric Association (APA), colaboró con la New York Academy of Medicine en la elaboración de una nomenclatura aceptable para todo el país, para ser publicada en la primera edición de la American Medical Association's Standard Classified Nomenclature of Disease. Dicha nomenclatura fue creada básicamente para diagnosticar a pacientes ingresados con enfermedades psiquiátricas y neurológicas graves.

Posteriormente, el ejército de Estados Unidos confeccionó una nomenclatura mucho más amplia para englobar a los enfermos de la Segunda Guerra Mundial (p. ej. Trastornos agudos, psicofisiológicos y de la personalidad). Al mismo tiempo, la OMS publicó la sexta edición de la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades), que por primera vez incluía un apartado de trastornos mentales.⁶⁷

⁶⁷ American Psychiatric Association, Op.,cit., pp. XVI-XVII.

Más adelante, en 1952, se publicó la primera edición del *Diagnostic and Statistical Manual: Mental Disorders* (DSM-I), el cual consistía en un glosario de descripciones de las diferentes categorías diagnósticas, y fue el primer manual oficial de los trastornos mentales con utilidad clínica. El DSM-II fue similar al DSM-I, pero con la desaparición del término "reacción", influido por la visión psicobiológica de Adolf Meyer, por la cual los trastornos mentales representan reacciones de la personalidad a factores biológicos, psicológicos y sociales.

Al igual que el DSM-I y el DSM-II, la elaboración del DSM-III se llevó a cabo junto a la elaboración de la CIE-9. Su realización empezó en 1974 y su publicación tuvo lugar en 1980. El DSM-III introdujo una serie de importantes innovaciones metodológicas como criterios diagnósticos explícitos, un sistema multiaxial y un enfoque descriptivo que pretendía ser neutral respecto a las teorías etiológicas; sin embargo, el uso del DSM-III constató una serie de inconsistencias en el sistema y un número de casos en el que los criterios diseñados no eran del todo claros. Por ello, la APA sugirió una revisión, dando como resultado el DSM-III-R, publicado en 1987. Posteriormente en 1995, se publicó el DSM-IV, y actualmente ya existe una edición revisada del mismo.⁶⁸

⁶⁸ Idem

2.2.3 Diagnóstico de las enfermedades mentales

Los procesos básicos del diagnóstico son bastante similares en las diversas ramas de la medicina. El médico clínico observa patrones de signos y síntomas característicos de un síndrome o de un trastorno específico y decide sobre el nombre, es decir, diagnostica.

De esta manera, los propósitos básicos del diagnóstico son: predecir el curso de la enfermedad, decidir sobre un tratamiento apropiado, conocer la etiología de la enfermedad (en caso de estar ya determinada), monitorear el tratamiento, en casos con fines legales, y para llevar las cifras epidemiológicas de incidencia y prevalencia de las diferentes enfermedades en el mundo.⁶⁹

Hasta ahora el diagnóstico de las enfermedades mentales es básicamente clínico, ya que no se conoce ningún estudio de laboratorio, de imagen ni de electrofisiología capaz de definir, por sí solo, alguno de los trastornos mentales primarios. Existen enfermedades en donde la utilización de estudios de gabinete son más importantes que en otros, como es el caso de la epilepsia y de la enfermedad de Alzheimer, donde el electroencefalograma, en el primero de los casos y la resonancia magnética en el segundo, proporcionan al médico un gran apoyo para elaborar un diagnóstico certero.

Sin embargo, en los trastornos afectivos, en los de ansiedad, en la esquizofrenia y en los del desarrollo infantil, los estudios paraclínicos

⁶⁹ Secretaría de Salud, Op., cit., p.30

no confirman el diagnóstico; aún así, se realizan para descartar otros padecimientos por comorbilidad o para obtener el diagnóstico diferencial del padecimiento. En este sentido, uno de los grandes avances de la psiquiatría ha sido el establecimiento de los criterios clínicos objetivos para definir los diferentes diagnósticos de los trastornos mentales. Los criterios más utilizados a nivel internacional para la elaboración del diagnóstico clínico son el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), publicado por la APA, y la Clasificación Estadística Internacional de las Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud Mental (CIE-10), publicada por la OMS.⁷⁰

Es bien sabido que la enfermedad psiquiátrica constantemente mantiene comorbilidad con enfermedades médicas, entre las más predominantes se encuentran las endócrinas, las cardiopatías, las inmunológicas, las neurológicas, entre otras; e incluso con otro tipo de enfermedades psiquiátricas como son los trastornos de la personalidad, del estado de ánimo, etc. De hecho, los pacientes con esquizofrenia comúnmente presentan abuso de sustancias; los pacientes con episodio depresivo presentan trastornos de ansiedad, el paciente epiléptico cambios de personalidad y el paciente con demencia hasta en 50% síntomas depresivos y en 30% síntomas psicóticos.⁷¹

Debido a que el concepto de comorbilidad amplía el horizonte de la enfermedad mental, el médico psiquiatra se ve en la necesidad de elaborar un diagnóstico que incluya todos los aspectos de dicha

⁷⁰ Idem.

⁷¹ Secretaría de Salud, Op., cit., pp.30-31

enfermedad, para ello realiza una *evaluación multiaxial*, la cual se compone de los siguientes ejes diagnósticos:

Eje I Trastornos clínicos

Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica

Eje II Trastornos de la personalidad

Retraso mental

Eje III Enfermedades médicas

Eje IV Problemas psicosociales y ambientales

Eje V Evaluación de la actividad global.⁷²

Es así como los avances en las clasificaciones de las enfermedades, han permitido brindar un mejor diagnóstico, y por consecuencia un mejor tratamiento, lo cual a su vez se ve reflejado en la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

2.2.4 Etiología

Son diversos los factores que influyen en las condiciones de salud mental de la población, y éstos se asocian a factores de tipo biológico y psicosocial. Los trastornos mentales emergen por la interacción de una personalidad predispuesta en su composición estructural básica y evolución dinámica, y las causas de *estrés* que se le imponen. A partir de las fuerzas dinámicas asociadas se desarrolla el funcionamiento maduro de la personalidad, dichos procesos y fuerzas actúan sobre la estructura anímica humana a

⁷² American Psychiatric Association, Op., cit., p. 27

través de factores determinantes tanto genéticos como constitucionales. En consecuencia, cada personalidad lleva en sí misma diversas resistencias y predisposiciones que reaccionarán ante el estrés, el cual puede alcanzar un grado abrumador.⁷³

Asimismo, son muchos los *factores predisponentes* que operan desde el principio de la vida y determinan la vulnerabilidad de una persona a la enfermedad mental. Estos incluyen la herencia genética y ambiente *in útero*, así como los factores físicos, psicológicos y sociales durante la infancia y el principio de la niñez. En esta misma línea, los *factores precipitantes* son hechos que ocurren un poco antes del inicio del trastorno y que al parecer lo desencadenan. Pueden ser físicos, psicológicos o sociales. Los factores precipitantes físicos incluyen, por ejemplo, tumores cerebrales o fármacos. Los precipitantes psicológicos y sociales abarcan adversidades personales como pérdida del trabajo y cambios en la rutina de vida como mudarse de casa. Algunas veces, el mismo factor actúa en más de una manera; por ejemplo, un daño cerebral puede incluir un trastorno psicológico, ya sea por cambios físicos en el cerebro o por sus connotaciones estresantes en el sujeto.

Existen también los llamados *factores perpetuantes*, los cuales prolongan el curso de un trastorno después de que se produjo. Los factores predisponentes o precipitantes tal vez hayan cesado en el momento en que se ve al paciente, pero se pueden tratar los factores perpetuantes. Por ejemplo, en sus etapas iniciales muchos trastornos psiquiátricos causan desmoralización secundaria y alejamiento de las actividades sociales, que a su vez ayudan a

⁷³ Lawrence C., Kolb. *Psiquiatría Clínica Moderna*. 6ª ed., Ed. La Prensa Médica Mexicana, México:1992, p.179.

prolongar el trastorno original; es importante prestarles atención y tratarlos de forma apropiada.⁷⁴

No obstante, la influencia de los factores genéticos en la enfermedad mental se encuentra fuera de toda discusión, ya que los diversos estudios realizados con gemelos comprueban su trascendente importancia en este tipo de enfermedades. En el caso de la esquizofrenia, estudios realizados determinaron que un familiar de primer grado de un paciente afectado tiene alrededor del 10% de posibilidad de padecer la enfermedad, posibilidad que aumenta hasta casi el 50% si el afectado es un hermano gemelo monocigótico; el trastorno depresivo presenta una agrupación familiar similar; en los familiares de primer grado es de 8 a 18 veces más probable padecer un trastorno del estado de ánimo que en la población general, mientras que los gemelos monocigotos presentan una concordancia del 50%.⁷⁵

También existen factores ambientales biológicos que influyen en los trastornos psiquiátricos, aunque en menor medida, sin embargo, la asociación de éstos con las enfermedades mentales es cada vez más evidente. Por ejemplo, en el caso de la esquizofrenia, un trauma obstétrico eleva hasta siete veces el riesgo de padecerla; así mismo, se han relacionado las infecciones virales prenatales, la preclampsia, el uso de sustancias tóxicas por la madre durante el embarazo y el trauma obstétrico, en otros trastornos tales como el déficit de atención y la epilepsia, por nombrar algunos. Las agresiones del medio ambiente sobre el sistema nervioso central durante la etapa pre, peri y postnatal, pueden ser la desnutrición, las infecciones, la

⁷⁴ Gelder, M, et. al., Op., cit., pp. 96-97

⁷⁵ Secretaría de Salud, Op., cit., pp.31-32.

incompatibilidad sanguínea, el abuso de sustancias o medicamentos y los accidentes y enfermedades de la madre.⁷⁶

Al parecer, el sexo no es determinante para que se de o no algún trastorno, sin embargo en los hospitales mentales ingresan 6 hombres por cada 5 mujeres. La raza tampoco representa un problema para el padecimiento de algún trastorno, no obstante, se ha observado que en los hospitales psiquiátricos estadounidenses ingresan más negros que individuos de otra raza.⁷⁷

Sin embargo, estudios realizados muestran que la edad sí representa un factor importante en la aparición de enfermedades mentales, ya que las psicosis son raras hasta la adolescencia, en la cual su frecuencia se eleva notablemente y continúa mostrando una tendencia ascendente conforme aumenta la edad. Los puntos críticos del desarrollo en la adolescencia, en la involución y en la senectud, no sólo acarrear cambios físicos, sino también nuevos problemas psicológicos. El rápido aumento de las psicosis en la adolescencia se debe a muchos factores, entre ellos la integración del sexo al modelo de la personalidad, nuevos problemas sociales y de trabajo, entre otros. Después de los 60 años hay un aumento considerable de los trastornos emocionales, y al parecer la inseguridad es un factor contribuyente. De hecho, en hospitales para el tratamiento de trastornos mentales de Estados Unidos, ingresan cinco veces más personas a la edad de 80 años, que a la edad de 20. Sin embargo, esto no excluye a los niños de padecer algún tipo de enfermedad psiquiátrica, psicológica o neurológica, y las cifras de

⁷⁶ Idem., p.33

⁷⁷ Lawrence C., Kolb, Op., cit., p.189

trastornos por déficit de atención, depresión y ansiedad en niños van en aumento cada año.⁷⁸

Otro grupo de factores muy importantes que siempre han estado presentes como condicionantes, en diversa medida, en el desarrollo de trastornos mentales, son los factores psicosociales, los cuales están relacionados con el medio ambiente físico y social. La vida moderna presenta grandes desafíos a los seres humanos, entre ellos la dura competitividad laboral, el desempleo, la ausencia de oportunidades, el estrés, las exigencias en el mundo estudiantil y otros, todos los cuales llegan a deteriorar rápidamente la salud mental de los individuos y, al mismo tiempo, perjudican a núcleos familiares completos, dañando severamente su calidad de vida.

2.3 Prevalencia de las enfermedades mentales en el mundo

La salud mental hoy en día, representa un tema de suma importancia en el mundo entero, la OMS cifra en 400 millones el número de personas en el mundo que padecen trastornos mentales y neurológicos o problemas psicosociales como los relacionados con el abuso de alcohol y drogas. Estima que la esquizofrenia afecta en algún momento de su vida a 45 millones de personas del planeta, sea cual sea el país de procedencia. Asimismo, el 14% de los estadounidenses padece algún trastorno anímico cada año, lo mismo que el 7% de los habitantes de Brasil, el 1% en Alemania o el

⁷⁸ Idem, pp. 190,191.

4.2% en Turquía. En Estados Unidos, el 5% de los niños y adolescentes de 9 a 17 años de edad presenta depresión.⁷⁹

Entre el 5 y 8% de la población española padece ansiedad generalizada, que produce alteraciones cerebrales parecidas a las de la depresión; y estima que la prevalencia de los trastornos psiquiátricos entre la población general oscila entre el 10 y el 20%. Un punto a destacar es que esta cifra es 2.55 veces superior entre los grupos de víctimas del terrorismo en España, mal que se incrementa cada día y que aqueja a cada vez más personas en el mundo.⁸⁰

Además, este mismo organismo de salud señala que el trastorno depresivo y la esquizofrenia son responsables del 60% de todos los suicidios, por lo que la conducta suicida supone un problema de salud pública de primer orden para todos los países, debido al número de personas afectadas por año. No obstante, poder determinar el número exacto de personas afectadas es difícil por las dificultades metodológicas que se presentan. Existe además, una variación considerable en las tasas de suicidio o de intentos de suicidio entre los distintos países. Se puede decir que en países como Escandinava, Finlandia, Suiza, Alemania, Austria o Europa del Este, tienen tasas de suicidio elevadas, por encima de 25/100.000 habitantes y España, Italia o Egipto, tasas por debajo de 5/100.000 habitantes. Estados Unidos está en una situación intermedia. Sin embargo, estas cifras sólo reflejan una parte del problema, ya que

⁷⁹ Jiménez, Oscar. *“La salud mental, tema del día mundial de la salud”*. Barcelona: 06/04/2001. <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=13951>

⁸⁰ Gómez, Ángeles. *“La OMS otorga la mayor prevalencia a las psicopatías”*. Congreso internacional de psiquiatría. 4 de octubre del 2001. <http://www.diariomedico.com/edicion/noticia/0,2458,61372,00.html>

según la OMS, aproximadamente 10,2 millones de personas en todo el mundo realizan algún tipo de conducta autolítica que requiere atención médica, y cerca de 30 millones estarían en riesgo de tener este tipo de conductas, aunque no reclamen atención médica.⁸¹

Por su parte, la enfermedad de Alzheimer representa entre el 50% y 60% de todos los casos de demencia. Se calcula que en el mundo hay 11 millones de personas que padecen esta enfermedad neurodegenerativa, cifra que, según las previsiones de la OMS, se duplicará de aquí al año 2025, debido al envejecimiento de la población. De la misma manera, a pesar de los avances científicos, aún se desconoce la causa de la mitad de los casos de epilepsia, enfermedad que afecta a 45 millones de personas de todas las edades. Esta patología representa el 1% de la carga total de morbilidad del planeta, teniendo en cuenta las muertes prematuras resultantes de la enfermedad y la pérdida de años de vida con buena salud a causa de la discapacidad que conlleva. La prevalencia de la epilepsia es 5 veces mayor en los países en vías de desarrollo que en los desarrollados, y esto implica que la mayoría de afectados no recibe tratamiento, tal es el caso del continente africano, donde el 80% de los pacientes epilépticos no recibe ningún tipo de terapia.⁸²

En cuanto al retraso mental, se calcula que el porcentaje de los niños y jóvenes hasta los 18 años de edad que sufren retraso mental se sitúa en el 4.6% en los países en vías de desarrollo, y entre el 0.5 y el 2.5% en los desarrollados. Todo esto indica que existen diferencias entre tales países en cuanto a acciones preventivas,

⁸¹ García de Jalón, E. y V. Peralta. "Suicidio y riesgo de suicidio". (Feb/2004).
<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple7a.html>

⁸² Jiménez, Oscar. "La salud mental, tema del día mundial de la salud". Barcelona:
06/04/2001.<http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=13951>.

como son mejorar la atención materno-infantil y otro tipo de intervenciones sociales que pueden dar lugar a un descenso general de la incidencia de retraso mental.

Siguiendo la misma línea, este organismo de salud considera la dependencia al alcohol como un trastorno mental, que además puede acarrear otros importantes problemas de salud, desde cardiopatías a cirrosis, sin olvidar el riesgo a accidentes y traumatismos. Las estimaciones actuales cifran en 140 millones el número de personas dependientes al alcohol y a ellas hay que añadir otros 400 millones que beben en exceso. El alcohol es responsable del 1.5% de todas las muertes, y a pesar de esto, el 78% de los alcohólicos no recibe ningún tratamiento.⁸³

Así mismo, la OMS destaca que cinco de las diez principales causas de discapacidad son problemas mentales como la depresión, la esquizofrenia, el alcoholismo y los trastornos obsesivo-compulsivos. Durante la celebración del Día Mundial de la Salud, dedicado en el 2001 a la salud mental, la Dra. Brundtland, Directora General de la OMS señaló que "...la depresión está en la cuarta posición entre las diez principales causas de morbilidad mundial", añadiendo que en el año 2020 ocupará la segunda posición. Como consecuencia de estas enfermedades, el número anual de personas que intentan suicidarse se sitúa entre 10 y 20 millones cada año y se estima que fallecen un millón de personas por suicidio anualmente. No conforme con las cifras anteriores, la Dra. Brundtland refirió que se

⁸³ Idem.

estima que “una de cada cuatro personas sufrirá una enfermedad mental a lo largo de su vida”.⁸⁴

Los desastres naturales y la violencia que han encarado muchos países en los últimos años, no han hecho sino favorecer el aumento de las enfermedades mentales, ya que las personas que han sufrido desgracias son más proclives a desarrollar trastornos psiquiátricos y psicológicos. Esa facilidad, unida a la disminución de los fondos destinados a asistencia, provocan que estos males aumenten el número de casos aparecidos y no tratados, y con ello, la elevada tasa de suicidios.

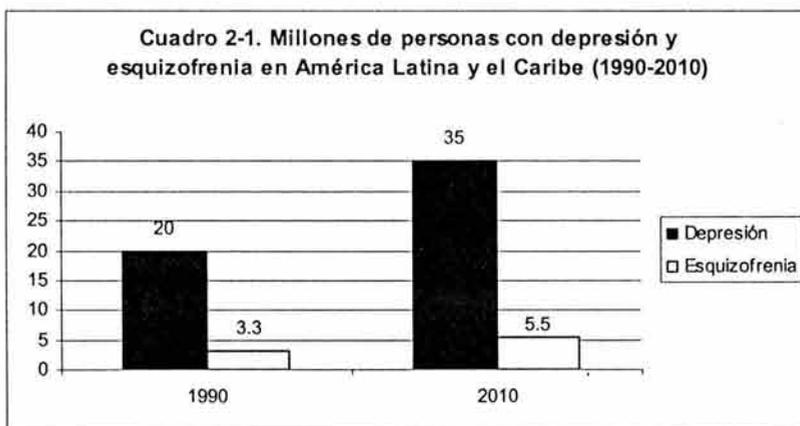
Por otro lado, en América Latina se registran 88 millones de enfermos mentales, lo cual representa un incremento del 48% en los últimos 15 años. Se trata de un mal altamente incapacitante al que nadie es inmune, no siempre es fácil de diagnosticar y menos aún de tratar. Los trastornos mentales en esta parte del mundo han experimentado un incremento debido también al aumento del consumo de alcohol y drogas.⁸⁵

En América Latina y el Caribe son pocas las estadísticas que se tienen en cuanto a la prevalencia e incidencia de los trastornos mentales en específico, sin embargo, en el 2001 la Asociación Panamericana de la Salud, realizó una estimación en cuanto a casos

⁸⁴ “Una de cada cuatro personas sufrirá una enfermedad mental a lo largo de su vida”.
<http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=13927>. (Dic/2003)

⁸⁵ “La situación de los enfermos mentales en América Latina”.
http://www.ucm.es/info/solidarios/ccs/articulos/salud/la_situacion_de_los_enfermos_mentales_en_america_latina.htm. (Sept/2003).

de depresión y esquizofrenia, en la que se observa un incremento considerable en un transcurso de 20 años.⁸⁶ (ver cuadro 2-1).



Por otra parte, el cálculo de los años de vida perdidos por incapacidad reveló en 1990 que, de las diez primeras, cinco correspondían a afecciones psiquiátricas. Para el año 2020, las tres causas principales serán las enfermedades cardíacas, la depresión y los accidentes de tráfico. La depresión será la primera en la población de América Latina, y entre las mujeres de todo el mundo. Se estima que hay alrededor de 25 millones de personas con depresión en Latinoamérica, y sólo el 15% de los casos están diagnosticados y tratados.⁸⁷

Es un hecho que los trastornos mentales existen en todas partes del mundo, sin embargo, pareciera que hay una distribución geográfica de dichas enfermedades, por ejemplo, la depresión es más frecuente

⁸⁶ "Magnitud real y carga de los problemas de salud mental".

http://www.ops.org.ni/info_pub/centenario/conferencias/promocion/259,3. (Nov/2004).

⁸⁷ "Situación de los enfermos mentales en América Latina", Op., cit.

en países desarrollados como Estados Unidos y Canadá, así como en países industrializados de América Latina, más que en África. En cambio, trastornos como la epilepsia, infecciones perinatales o el retraso mental, ocurren con más frecuencia en África o en países de muy bajo desarrollo.

Asimismo, el alcoholismo genera la mayor tasa de enfermedades mentales en Europa del Este, donde Rusia registra el más alto índice de suicidios relacionados con alcoholismo. La intoxicación aguda, el uso nocivo, el síndrome de la dependencia a sustancias tóxicas o alucinógenas, constituyen una pesada carga para la salud mental en el mundo. Además 1.200 millones de personas consumen tabaco, y para el 2025, la OMS prevé que la cifra superará los 1.600 millones. Asimismo, se calcula que en el 2020, las defunciones a causa de tabaquismo se elevarán a 8,4 millones.⁸⁸

Como podemos ver, el tabaquismo es la mayor causa de muerte previsible y el factor de riesgo individual más letal.⁸⁹ En todos los países del mundo la prevención de enfermedades es un factor prioritario de salud en general, de esta manera, en el caso del tabaquismo, por nombrar sólo uno, los psicólogos también son encargados de realizar *campañas de salud comunitaria*. Estos son "proyectos de educación que abarcan a toda la comunidad, diseñados para disminuir una combinación de importantes factores de riesgo."⁹⁰ Estas campañas ayudan a que las personas se den cuenta de riesgos como el estrés, al abuso de alcohol, el colesterol, la depresión, las enfermedades de transmisión sexual, cardiopatías,

⁸⁸ Simón, Mary. "La salud mental se deteriora a nivel mundial". (Feb/2004). http://www.rnw.nl/informarn/html/act011005_saludmos.html.

⁸⁹ Coon, Dennis. *Psicología, exploración y aplicaciones*. 8ª ed., Ed. International Thomson Editores, México:1999. p. 452.

⁹⁰ Idem. p. 453.

entre muchos otros. A esto le siguen los esfuerzos para motivar a las personas a que cambien su comportamiento, la mayoría de las veces a través de *modelos de roles* (ejemplos positivos), que muestran a las personas cómo mejorar su propia salud; también dirigen a las personas hacia los servicios comunitarios para supervisión de la salud, asesoría y tratamiento, en donde intervienen diversos especialistas.⁹¹

⁹¹ Idem

CAPÍTULO 3:

SALUD MENTAL EN MÉXICO

3.1 Antecedentes históricos de la salud mental en México

Durante la época colonial, México se adelantó a otras sociedades de América al tomar bajo su cuidado a los enfermos mentales, que mal alimentados y semidesnudos deambulaban por las calles o eran alojados en las cárceles. El primer hospital en el continente dedicado al cuidado de tales enfermos fue el San Hipólito, fundado en 1566 en la ciudad de México por Fray Bernardino Álvarez Herrera. Posteriormente, en 1698 José Sáyago fundó el Real Hospital del Divino Salvador. Ambas instituciones se mantendrían funcionando por más de 350 y 200 años respectivamente, hasta principios del siglo pasado. En 1794 se fundó en Guadalajara el Hospital de Belén y en 1680 se establecieron en esta ciudad dos asilos, uno para hombre y otro para mujeres. En el mismo año en Monterrey se fundó el Hospital Civil y se dedicó una sección a los enfermos mentales. En 1898 se estableció el Manicomio Estatal de Orizaba, Veracruz y en 1906 el Hospital Psiquiátrico Leandro León Ayala, en Mérida Yucatán.⁹²

Asimismo, en los últimos años del siglo XIX y la primera década del siglo XX abrieron sus puertas otras instituciones privadas y públicas en Jalisco, Puebla y dos en Tlalpan, DF, entre ellos la Clínica San

⁹² Secretaría de Salud, Op., cit., p. 25.

Rafael en 1949, la cual es hasta nuestros días uno de los centros psiquiátricos privados más importantes del área metropolitana.

En 1910 el entonces presidente de la República Porfirio Díaz, inauguró en terrenos de la Hacienda "La Castañeda", en Mixcoac, Cd. De México, el Manicomio General, que durante décadas prestó atención a los asilados. El tratamiento que se dio a los enfermos mentales fue semejante al que se prestaba en otros países, ya que también se carecía de conocimientos y de recursos terapéuticos efectivos y se asumía que el deterioro mental de los enfermos era consecuencia natural, inexorable del avance de su enfermedad y no como resultado en buena parte del aislamiento y el abandono. En esta misma institución, en la década de los años veinte se fundó el pabellón para niños.

De 1940 a 1950 se crearon hospitales del sector público relacionados con la medicina institucional y de seguridad, los cuales generaron los primeros esquemas institucionales de atención a los problemas de salud mental en México y de práctica psiquiátrica en hospitales generales y centros de salud. En este sentido, en 1942 se creó el servicio de psiquiatría del Hospital Español en la Ciudad de México, con 40 camas para hospitalización y un amplio programa de consulta externa, terapia ocupacional y seguimiento de enfermos. En 1952 se fundó el Departamento de Salud Mental en el Hospital Infantil de México de la secretaría de Salud.⁹³

Al finalizar la Segunda Guerra Mundial, nuevos programas de investigación y servicio fijaron las bases de un nuevo movimiento a

⁹³ Secretaría de Salud, Op., cit., pp. 25,26.

nivel mundial, llamado Psiquiatría de la Comunidad, cuyos aspectos más importantes fueron los siguientes:⁹⁴

1. Transformación total de los hospitales psiquiátricos, de instituciones carcelarias a establecimientos abiertos, con un número limitado de camas y nuevos sistemas terapéuticos, en estrecha conexión con la comunidad.
2. Creación del concepto de "ambiente terapéutico", logrando con el nuevo enfoque de puertas abiertas, una mayor participación del enfermo en su propio tratamiento.
3. Intensificación de los nuevos tratamientos farmacológicos que utilizados en forma adecuada, abreviaban la estancia de los enfermos, mejorando su conducta y sus relaciones personales.
4. Incremento del número de camas psiquiátricas en los hospitales generales.
5. Creación de servicios de emergencia y de internamiento parcial, que permitían al enfermo un tipo de convivencia múltiple, tanto con la comunidad como con las instituciones encargadas de su tratamiento terapéutico.
6. Organización de centros comunitarios de salud mental, que promovieran la educación de la comunidad, facilitaran la detección temprana de casos y el seguimiento de los mismos, y permitieran la investigación de los problemas de salud mental y la utilización de programas idóneos para resolverlos, todo ello en contacto estrecho con la comunidad y utilizando los recursos profesionales y no profesionales de la misma (maestros, sacerdotes, voluntarios, etc.).
7. Fomento del establecimiento de "talleres protegidos" que permitan ofrecer el trabajo adecuado y debidamente supervisado de los enfermos que mejoraran de sus problemas psiquiátricos, pero que en forma habitual fueran vistos con desconfianza por la comunidad

⁹⁴ Sánchez, Héctor. *La lucha en México contra las enfermedades mentales*. Ed. FCE, México:1974, pp. 18-21.

que no les brindara la ayuda necesaria que condujera a su rehabilitación social; así como la instalación de hogares sustitutos para los enfermos que lo requirieran.

8. Integración de los programas de salud mental a los programas generales de salud pública, con el objeto de utilizar al máximo todos los recursos oficiales, así como coordinación estrecha con la iniciativa privada en beneficio del enfermo mental.
9. Organización funcional de todos los elementos disponibles que pudieran ser útiles en la lucha por la salud mental, buscando la distribución geográfica más adecuada por medio de la sectorización, con miras a ofrecer las mayores posibilidades de recuperación al paciente.
10. Elaboración de programas eficaces e incremento de la comunicación con los diferentes sectores de la comunidad, con el objetivo de lograr la utilización más razonable de todos los recursos disponibles, en beneficio siempre de la salud mental pública.

En base a estos aspectos se ha ido estructurando todo el programa de Salud Mental Comunitaria en México.⁹⁵ El primer programa institucional específico, para impulsar y orientar los servicios dirigidos a la atención de personas con padecimientos mentales, así como para promover la salud mental, fue esbozado y desarrollado de 1947-1951, coordinado por el departamento de Neuropsiquiatría e Higiene Mental de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). Algunas de las estrategias y líneas de acción consideradas en dicho instrumento eran el ampliar los servicios, impulsar la creación de recursos humanos en el campo de la salud

⁹⁵ Idem

mental, promover la investigación y reglamentar la atención a los enfermos en establecimientos especializados.

En 1959 se restablecieron dichas actividades en la SSA, bajo la coordinación de la Dirección de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación, lo cual desplegó un conjunto de acciones que incluyeron: el establecimiento de módulos de higiene mental en algunos centros de salud; la ampliación de servicios hospitalarios especializados, específicamente de tipo "granja", creándose seis unidades: tres en el Valle de México y otras en Sonora, Oaxaca y Tabasco. También se realizaron actividades de promoción, se auspició el entrenamiento de recursos humanos y se efectuó la investigación sobre trastornos mentales en México. En este periodo, en 1964 abrió sus puertas el Centro Médico Nacional del IMSS, el cual desde su inicio contó con 40 camas dedicadas al servicio de psiquiatría, con un buen funcionamiento y aceptación, sin embargo, siete años después por necesidades del servicio de cirugía, desaparecieron.⁹⁶

Para principios de 1966, el panorama psiquiátrico nacional no podía ser más desconsolador, a pesar de que para entonces se contaba con cinco hospitales-granjas y un magnífico Hospital Nacional de Neurología, subsistía el viejo Manicomio General, que inaugurado en 1910 alojaba a cerca de 3 500 enfermos, cuando su cupo original había sido planeado para sólo 800. Contando en ese año con cerca de 30 mil médicos en toda la república, sólo 400 ejercían la

⁹⁶ Secretaría de Salud, Op., cit. p. 26.

psiquiatría y más de la mitad de ellos lo hacían sólo de manera privada.⁹⁷

Fue así como con la ayuda de altas autoridades del país se elaboró el "Plan Castañeda", que permitió la construcción de seis nuevos hospitales psiquiátricos: el Fray Bernardino Álvarez, con 360 camas, para enfermos mentales agudos; el Psiquiátrico Infantil Dr. Juan R. Navarro, con 200 camas; tres nuevos hospitales campestres con 500 camas cada uno, y un hospital para enfermos crónicos no recuperables, con 650 camas. Desapareciendo así el manicomio de la Castañeda. Al mismo tiempo que se construían las unidades se iniciaron los programas de entrenamiento de personal, creándose la residencia psiquiátrica en la Dirección de Salud Mental, y en coordinación con la UNAM se creó la especialidad de enfermería psiquiátrica en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.⁹⁸

Posteriormente, en cada sexenio de gobierno federal, se dieron avances administrativos en materia de salud mental. De esta manera, durante el periodo administrativo de 1970-1976, la SSA mantuvo la Dirección de Salud Mental, la cual se ocupaba de la planeación, programación y operación de servicios, dependiendo de ella once unidades hospitalarias especializadas y algunos módulos de salud mental integrados a centros de salud. Asimismo, el DIF inaugura el Instituto Nacional de Salud Mental, con prioridad a la atención de la consulta externa de niños y adolescentes. Actualmente se llama Centro Integral de Salud Mental, dependiente de la Secretaría de Salud.⁹⁹

⁹⁷ Sánchez, Hector, Op., cit., pp. 21-22.

⁹⁸ Idem. p.22

⁹⁹ Secretaría de Salud, Op. cit. p. 26.

Más adelante, durante la administración de 1976-1982, la unidad responsable fue la Dirección General de Salud Mental, impulsándose la formación de recursos humanos especializados y la investigación científica en la materia, gestándose también la creación del Instituto Mexicano de Psiquiatría en 1979, antes Centro Médico de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF); se fortalecieron los Centros de Integración Juvenil y se creó el Consejo Nacional contra las Adicciones, el 8 de julio de 1986. Durante el periodo comprendido entre 1982 a 1988, la SSA sufre algunas transformaciones en su organización y funcionamiento, y a partir de entonces se denomina Secretaría de Salud; se deroga el código sanitario y se expide la Ley General de Salud.¹⁰⁰

Finalmente, el Programa de Reforma del Sector Salud, 1995-2000, destaca la importancia de la salud mental como elemento fundamental que determina cada una de las actividades de los seres humanos, así como la necesidad de superar los prejuicios relacionados con estos problemas y servicios, para proceder a actualizarlos y adecuar su funcionamiento, contemplando para ello una mayor apertura y compromiso de las familias, la comunidad y la sociedad en general. Su objetivo general fue promover la salud mental y reducir los efectos sociales que son producto de los trastornos psiquiátricos y de la conducta. Para alcanzar dichas metas, se llevaron a cabo, entre otras, las siguientes acciones:

¹⁰⁰ Idem, p.26,27

- La expedición de la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, que tiene como objeto uniformar criterios sobre la atención hospitalaria psiquiátrica y la protección de los derechos humanos de los pacientes.
- El establecimiento y desarrollo de un subprograma para el fortalecimiento de la calidad de la atención en unidades hospitalarias especializadas, mediante el cual se asigne recursos humanos, materiales y financieros para cubrir las necesidades y posibilitar los procesos de mejorar la atención de los usuarios.
- La creación de la Coordinación de Salud Mental (COORSAME), la cual se establece legalmente en agosto de 1997 y es un órgano desconcentrado que se ocupa de conducir, organizar, vigilar y evaluar el desarrollo de las acciones en materia de estos servicios. Ésta es sustituida el 15 de septiembre del 2000 por el Órgano Desconcentrado de los Servicios de Salud Mental.

En 1996 se crea en Ayala, Morelos, el Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial (CEFEREPSI), dependiente de la Secretaría de Seguridad Pública, para pacientes internos con diagnóstico de enfermedad mental que cumplen una condena.¹⁰¹

¹⁰¹ Idem, pp. 27,28.

3.2 Prevalencia nacional de las enfermedades mentales

A través de diversos estudios epidemiológicos se ha tratado de dimensionar la magnitud de los trastornos mentales en nuestro país. Dentro de las encuestas nacionales de salud mental se cuenta con la que aplicaron conjuntamente la Secretaría de Educación Pública, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SISVEA) y el Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID). Los resultados obtenidos son los siguientes:

Población Adulta.

En 1994, los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Adicciones realizada en zonas urbanas, detectó la prevalencia de los trastornos mentales entre el 15 y el 18% de la población en general; en esta encuesta se observó que la depresión es el trastorno más frecuente tanto, en hombres como en mujeres.

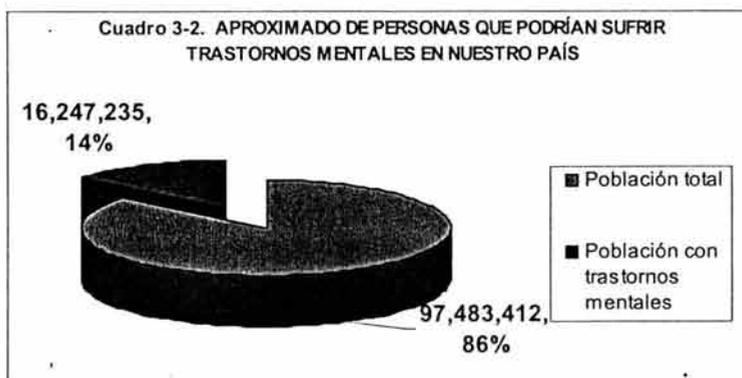
Otro estudio denominado "Características psicopatológicas de la población adulta en México. Resultados de una Encuesta Nacional en Hogares", realizado en 1994, aportó los resultados que se muestran en el cuadro 3-1.¹⁰²

¹⁰² Idem., p.45.

Cuadro 3-1. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en población adulta en zonas urbanas en 1994. México.

Trastorno	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
1. Depresión	4.9	9.7	7.8
2. Epilepsia	3.4	3.9	3.7
3. Probable psicosis	3.2	2.6	2.8
4. Probables trastornos Limitrofes	1.6	0.8	1.1
5. Trastornos obsesivo	1.6	3.0	2.5
6. Probable esquizofrenia	1.2	0.9	1.0
7. Mania	0.3	0.2	0.2
8. Psicosis inespecífica	0.7	0.6	0.6
9. Trastorno bipolar	0.7	0.6	0.6
10. Trastorno de ansiedad	0.3	1.6	1.1

Los resultados de este estudio realizado en 1994 concuerdan con los realizados en otros países, e indican que "...una de cada seis personas sufrirá un problema de salud mental a lo largo de su vida", el cual podría requerir atención médica especializada.¹⁰³ Retomando los datos aportados y tomando en cuenta la cifra poblacional actual, los resultados podrían ser los que se muestran a continuación (ver cuadro 3-2):



¹⁰³ Idem., p.44.

No conforme con las cifras anteriores, tomando en cuenta lo anunciado por la Directora General de la OMS, quien refiere que "...una de cada cuatro personas sufrirá una enfermedad mental a lo largo de su vida",¹⁰⁴ nos lleva a deducir que tan sólo en México podrían existir más de 24 millones de casos.

La magnitud de esta cifra es preocupante, ya que a pesar de los avances científicos, la atención de los enfermos sigue siendo deficiente y los servicios especializados de salud mental existentes resultan insuficientes para la magnitud de la cifra, sin contar a las personas que se irán añadiendo conforme pasen los años.

El reto de atención a los enfermos es grande, Frenk y cols.¹⁰⁵ han estimado que en México, los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad al considerar indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad. De acuerdo con los resultados obtenidos en un estudio reciente, realizado por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, se encontró que el 28.6% de la población mexicana presentó algunos de los 23 trastornos de la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) alguna vez en su vida, el 13.9% lo reportó en los últimos 12 meses y el 5.8 reportó trastornos mentales durante los últimos 30 días.

En este mismo estudio, por tipo de trastorno se encontraron los resultados que se presentan a continuación, (ver cuadro 3-3). En

¹⁰⁴ "Una de cada cuatro personas sufrirá una enfermedad mental a lo largo de su vida". México, (Dic/2004).

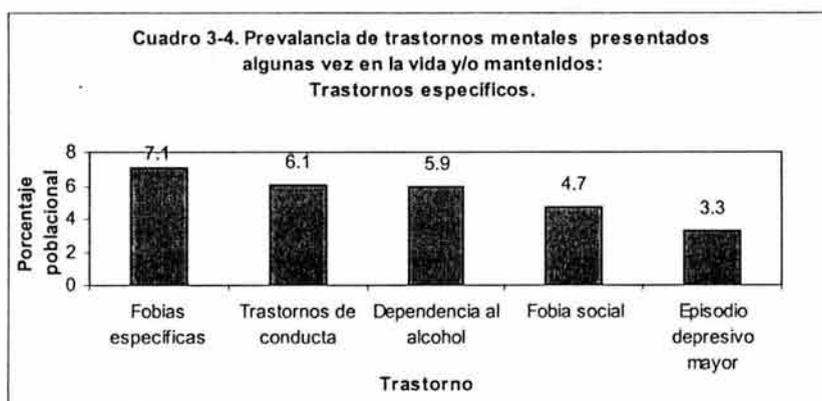
<http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=13927>.

¹⁰⁵ Medina-Mora, Ma. Elena. "Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México". **Revista: Salud Mental**. vol. 26, no. 4, agosto del 2003, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México. p.3

general, los hombres presentan prevalencias globales más altas de cualquier trastorno en comparación con las mujeres para cualquier trastorno alguna vez en la vida.



Siguiendo la misma línea de estudios, al analizar los trastornos individuales se encontraron los siguientes resultados,¹⁰⁶ (ver cuadro 3-4).



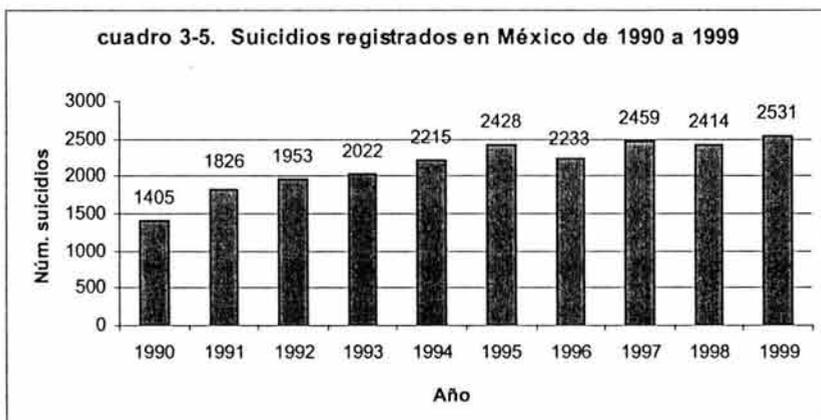
¹⁰⁶ Idem, pp.3-15.

Por otro lado, un estudio comparativo muestra que en 1988 las personas que buscaban ayuda relacionada con problemas de salud mental recurrían primero a familiares y amigos, a la automedicación, al clérigo o al curandero, dejando como cuarta o quinta opción el asistir a los servicios de salud mental. Para 1997 el tipo de ayuda solicitada en orden de importancia fue, en el primer nivel de atención, psicólogos, psiquiatras, clérigo y curanderos. Sin embargo, la detección temprana del trastorno mental está directamente relacionada a la evolución del padecimiento, por lo que una mejor educación sobre las enfermedades mentales ha propiciado un cambio en cuanto a las respuestas de los pacientes y familiares hacia la búsqueda de ayuda profesional.¹⁰⁷ Lo cual reitera la gran necesidad e importancia de las campañas preventivas dirigidas a la comunidad en general, en cuanto a salud mental se refiere; lo cual a su vez propiciaría una atención oportuna de primer o segundo nivel en manos de especialistas, evitando mayores deterioros en la salud, y por consiguiente, en la calidad de vida del paciente.

Por otra parte, la prevalencia de trastornos mentales en la población, entre ellos, los trastornos depresivos, de angustia y el abuso de sustancias, desembocan en un problema mayor, llamado suicidio. El suicidio en México es una situación alarmante, la prevalencia va en aumento cada año y cada día ocurren aproximadamente 7 suicidios en todo el país (ver cuadro 3-5).¹⁰⁸

¹⁰⁷ Secretaría de salud, Op., cit., pp.45-46.

¹⁰⁸ Instituto Nacional de Encuesta Geográfica e Informática (INEGI). 2000. **Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos**. México.



Asimismo, quienes más intentan suicidarse son mujeres, pero los que logran consumarlo con más frecuencia son los hombres; los adolescentes de 15 a 19 años representan la población con más intentos de suicidio, sin embargo, los jóvenes de 20 a 24 años representan la mayor tasa de suicidios a nivel nacional. Entre las causas más frecuentes del suicidio se encuentran: las causas amorosas, las dificultades económicas, los disgustos familiares, el padecer enfermedades graves e incurables, la enfermedad mental y el remordimiento, entre otros. Por su parte, los métodos más frecuentes para llevar a cabo el suicidio son: la estrangulación en primer lugar, uso de arma de fuego, veneno, intoxicación por medicamentos, uso de arma blanca, entre otros.¹⁰⁹

Nota: En los datos de la gráfica anterior, en el año de 1990 se excluye información de los casos registrados en el DF, Guerrero y Campeche. En los años de 1996 a 1999 se excluye información de los casos registrados en el DF.

¹⁰⁹ Idem.

Población infantil y adolescente

Estudios en México reportan alrededor de 15% de prevalencia de trastornos psiquiátricos en niños, esto indica que cinco millones de niños y niñas sufren algún problema de salud mental; de este total, la mitad de la población infantil requiere de una atención especializada e integral.

Del total de niños atendidos en los Centros de Atención Múltiple (CAM) a nivel nacional, en el periodo 2000-2001, tan sólo en el Distrito Federal fueron atendidos un total de 8 137 niños con diferentes discapacidades, de los cuales dos terceras partes, es decir, 5 424 niños corresponden a trastornos mentales.

De la misma manera, los datos reportados por el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" ¹¹⁰ indican que la prevalencia de los trastornos mentales se ha modificado a lo largo de la última década. La prevalencia de la dependencia a sustancias se ubica como la principal causa de internamiento psiquiátrico en adolescentes, el trastorno depresivo ha aumentado colocándose en el segundo lugar, mientras que el trastorno psicótico agudo y transitorio disminuyó, colocándose en tercer lugar. El retraso mental, la epilepsia y los trastornos de conducta de mantienen con la misma prevalencia y se colocan en el cuarto lugar.

El trastorno hiperkinético se cuenta entre los trastornos más frecuentes en niños y niñas del país, y se encuentra representado en la información estadística de la Coordinación de Salud Mental (COORSAME) en el Distrito Federal, de acuerdo al número de

¹¹⁰ Secretaría de salud, Op., cit., p. 47-50

consultas externas otorgadas, (ver cuadro 3-6). Es importante resaltar que la mayoría de los trastornos presenta una mayor incidencia en niños comparado con las niñas, tan sólo en el D. F., en las unidades dependientes de la COORSAME, los diez trastornos principales suman un total de 13 688 casos atendidos en niñas comparado con los 31 376 casos atendidos en niños en el año de 1998.¹¹¹

Cuadro 3-6. Principales causas de demanda en consulta externa en menores de 15 años, en las unidades de la COORSAME en el Distrito Federal. México, 1998.

Diagnóstico	Masculino	Femenino	Total
1. Trastornos hipercinéticos	11 718	3 660	15 378
2. T. mental sin especificación y reacciones a estrés grave	4 123	3 074	7 197
3. Trastornos de adaptación	2 848	1 614	4 462
4. Trastornos disociales	3 408	982	4 390
5. Trastornos de aprendizaje	1 878	1 072	2 950
6. T. del comportamiento social	2 028	655	2 683
7. Trastorno de las emociones	1 392	857	2 249
8. T. generalizados del desarrollo	1 516	522	2 038
9. T. mentales debidos a lesión, disfunción cerebral o a enfermedad.	1 355	568	1 923
10. Retraso mental	1 110	684	1 794
TOTAL	31 376	13 688	45 064

¹¹¹ Idem.

3.2.1 Padecimientos neurológicos y psiquiátricos prioritarios en nuestro país.

Nuestro país no está exento de la carga de enfermedades neurológicas, psicológicas y psiquiátricas, de hecho, el titular de la Secretaría de Salud, Julio Frenk Mora¹¹² aseguró que los problemas de salud se han incrementado drásticamente en las últimas décadas a nivel mundial, y los datos en nuestro país indican que los problemas mentales están entre los que más contribuyen a la carga global de enfermedades y discapacidades.

Según datos presentados por la Secretaría de Salud en el trabajo denominado "*Programa de Acción: Salud Mental*", realizado en el 2001 bajo el marco de celebración del día mundial de la salud, dedicado ese año a la salud mental, los trastornos psiquiátricos y neurológicos con mayor incidencia en el país, y por lo mismo, considerados merecedores de atención prioritaria son: depresión, esquizofrenia, demencias, epilepsia, trastornos en el desarrollo infantil, trastorno por déficit de atención y la enfermedad de parkinson.¹¹³

¹¹² González, Román. "*Los problemas mentales, principal causa de enfermedades y discapacidades: Frenk*". México, 13 de octubre del 2001. <http://www.cimacnoticias.com/noticias/01oct/01101302.html>.

¹¹³ Secretaría de Salud, Op., cit., p.51.

Depresión

La depresión se clasifica dentro de los trastornos del afecto y se caracteriza por cambios involuntarios del estado de ánimo que ocasionan una disfunción significativa del individuo que la padece. Actualmente se considera como una de las enfermedades más discapacitantes y es la principal enfermedad mental en nuestro país. Se calcula que afecta a cerca de 340 millones de personas en el mundo. En México se estima una prevalencia del 12% a 20% entre la población adulta de 18 a 65 años. La Secretaría de Salud estima que cerca del 30% de la población atraviesa, en algún momento de su vida, por una depresión leve o aguda, esta cifra equivale a unos 30 millones de mexicanos.¹¹⁴ La edad media de inicio de un episodio depresivo es de 25 a 40 años, por lo que la depresión afecta en las edades más productivas de la vida.¹¹⁵

Actualmente se cuenta con una amplia gama de medicamentos que solucionan 80% de los episodios depresivos; sin embargo, el manejo de estos medicamentos no son del dominio médico general, familiar y especialista no psiquiatra, que desconocen la información sobre la dosis, duración del medicamento, interacciones medicamentosas o efectos secundarios.¹¹⁶ No obstante, la incorporación de personal capacitado en materia de salud mental, tales como los psicólogos, en las unidades de *atención primaria*, será siempre la mejor opción, ya que permitiría incrementar el nivel de atención, siendo ésta más rápida y oportuna.

¹¹⁴ Vique, Sergio. "Depresión, principal enfermedad mental en México". México, (Feb/2004). <http://www.todito.com/paginas/noticias/141531.html>.

¹¹⁵ Secretaría de Salud, Op., cit., p.51.

¹¹⁶ Idem.

Esquizofrenia

La esquizofrenia es una enfermedad psiquiátrica crónica, controlable en la mayoría de los casos, más no curable, cuya detección temprana y atención oportuna repercute significativamente en el impacto que el padecimiento genera al paciente y su sociedad, ya que puede producir un grado de discapacidad en el 80% de los afectados, si no son atendidos oportunamente. Es un trastorno psiquiátrico severo que se inicia, en más del 70% de los casos, en la adolescencia y adultez joven. Se caracteriza por alteraciones del pensamiento, de la sensopercepción, del afecto y de la conducta principalmente.¹¹⁷ La esquizofrenia es uno de los problemas de salud mental más importantes en México, dado que se calcula que entre las 500 y 600 mil personas que tienen este padecimiento solamente 10% recibe atención médica hospitalaria. Asimismo hombres y mujeres con esquizofrenia pueden manifestar depresión, sueño excesivo, incapacidad para dormir, dificultad para concentrarse, entre muchos otros síntomas.¹¹⁸

En México, la prevalencia de la esquizofrenia es de 0.7%, lo que coincide con los reportes recientes de la OMS sobre este padecimiento en el mundo, por lo que en nuestro país hay aproximadamente medio millón de esquizofrénicos, sin incluir a los individuos en riesgo de padecer la enfermedad.

El descubrimiento de los antipsicóticos ha generado un cambio en la historia natural del padecimiento, actualmente el curso de la

¹¹⁷ Idem, pp.51-52.

¹¹⁸ Magally Silvia. "Hace falta presupuesto para salud mental: Frenk". México, Diciembre del 2002. <http://www.cimacnoticias.com/noticias/24 Dic/24121302.html>.

enfermedad es episódico, por lo que muchos pacientes pueden ser reinsertados a la sociedad y funcionar en ella de manera satisfactoria.¹¹⁹

Demencias

Las demencias son trastornos neurodegenerativos que se caracterizan por una alteración global de las funciones mentales, cuyo origen está en causas diversas. Las principales formas de demencia son la enfermedad de Alzheimer (EA) que representa entre 50 y 70% del total, y la demencia vascular con un 30 a 50%, entre otras formas de demencia. Pocas afecciones repercuten tanto sobre la calidad de vida del enfermo y de su familia como los padecimientos demenciales, y en particular la enfermedad de Alzheimer. Asimismo, en México la cifra de adultos que sobrepasa los 65 años de edad es alrededor de 5 millones de personas, esto permite suponer que más de 500 mil adultos mayores son potencialmente susceptibles de padecer esta enfermedad. La relevancia de la enfermedad de Alzheimer como problema de salud mental, es que a medida que la expectativa de vida aumenta es mayor la prevalencia de la patología, que por cálculos internacionales se sabe que se duplica cada 5 años. Actualmente se conocen factores asociados a la enfermedad como la edad, el antecedente hereditario y el síndrome de Down; todos ellos considerados como factores de riesgo y para los cuales va orientado lo que se puede hacer en materia de prevención.¹²⁰

¹¹⁹ Secretaría de Salud, Op., cit., pp. 51,52.

¹²⁰ Idem

Epilepsia

La OMS define a la epilepsia como una afección crónica de etiología diversa, caracterizada por crisis recurrentes debidas a una descarga excesiva de las neuronas cerebrales, llamadas crisis epilépticas asociadas a manifestaciones clínicas. De hecho, en un estudio realizado en México en 1991, se encontró una prevalencia de epilepsia de 1.4% de la población, lo que significa que existen aproximadamente un millón de pacientes con epilepsia.¹²¹

En nuestro país una de las causas más identificadas de epilepsia corresponde a la neurocisticercosis, enfermedad infecciosa que puede ser prevenida y tratada con cierto éxito; sin embargo, un porcentaje mayor de pacientes con epilepsia no tiene una etiología bien definida y se han asociado factores genéticos y ambientales que pueden ser prevenidos, como el trauma obstétrico, la desnutrición y el traumatismo craneoencefálico.¹²²

Trastornos en el desarrollo infantil

La población infantil en México se estima en más de 33 millones de niños y niñas, de los que un 15% tienen algún problema de salud mental; esto señala que aproximadamente 5 millones de niños presentan trastornos mentales y de éstos, 2.5 millones requieren atención especializada.¹²³

Los datos epidemiológicos nacionales recientes, que ha reportado la Secretaría de Salud sobre trastornos mentales y de comportamiento en niños y adolescentes, indican una alta prevalencia en trastornos

¹²¹ Idem, p.53.

¹²² Idem, p.54.

¹²³ Idem.

hipercinéticos asociados al déficit de atención, trastornos mentales debidos a lesión o enfermedad médica y retraso mental. Se observa también un incremento en la tendencia al consumo de drogas y alcohol, así como una mayor incidencia en depresión, intentos suicidas y violencia.¹²⁴

Sin embargo, de los 200 paidopsiquiatras registrados en el país,¹²⁵ muchos de ellos no ejercen la especialidad y otros se han ido al extranjero y la mayor parte de los psiquiatras que atienden niños están distribuidos en áreas metropolitanas, dando como resultado que la atención a los trastornos del desarrollo sea muy limitada. En 1997, la OMS y la OPS señalaron que los programas de salud mental deben dirigir su atención a la promoción y desarrollo psicosocial de la niñez, considerando dos vertientes: el estímulo al desarrollo temprano y la reducción de las conductas violentas hacia la niñez.¹²⁶

Por su parte, el trastorno por déficit de atención (TDA) es la afección neuropsiquiátrica más frecuentemente diagnosticada en la población infantil. Se caracteriza por la inatención e impulsividad; puede darse con o sin hiperactividad en diversos grados, lo que afecta el rendimiento escolar de 7 de cada 10 pacientes. Además, presenta comorbilidad frecuente de trastornos conductuales como el síndrome oposicionista-desafiante y el trastorno disocial, así como trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y del aprendizaje, lo cual repercute de una manera importante en la relación social y familiar. En términos conservadores, se estima una prevalencia del 4% en

¹²⁴ Idem

¹²⁵ Idem

¹²⁶ Idem

población infantil y adolescente, por lo que en nuestro país existen aproximadamente un millón y medio de niños y adolescentes con este problema, cifra que podría duplicarse al tomarse en cuenta a los adultos que continúan padeciendo TDA.

Por otro lado, este grupo de pacientes es también más vulnerable a sufrir maltrato infantil, rechazo escolar y aislamiento social. Los adolescentes con TDA tienen mayor probabilidad de tener problemas con la justicia en comparación con los que no padecen la enfermedad. La ausencia de tratamiento puede ocasionar fracaso escolar, social y familiar, multiplicando así los riesgos de que presenten otros trastornos como el consumo de drogas. Las consecuencias de este trastorno subrayan la importancia de tratar el padecimiento a tiempo, estableciendo lineamientos generales para su manejo, obteniendo así un beneficio para los enfermos y sus familias.¹²⁷

Enfermedad de Parkinson

En el grupo de enfermedades neurodegenerativas se encuentran aquellas enfermedades o síndromes que involucran la postura y los movimientos, como la enfermedad de Parkinson y los síndromes parkinsónicos. La enfermedad de Parkinson se incluye dentro del rubro de enfermedades hereditarias, donde existe una alteración en el cromosoma 4, que afecta núcleos específicos dentro del sistema nervioso central (SNC). El Parkinson es una enfermedad degenerativa crónica, hasta cierto punto controlable con medicamentos desarrollados actualmente, el pronóstico de esta y

¹²⁷ Idcm, p.56

otras enfermedades, depende en gran medida del compromiso del paciente y de su familia sobre el tratamiento. Las características clínicas de la enfermedad son temblor de reposo, rigidez, lentitud en el movimiento, alteración en las funciones mentales como la depresión con o sin ideación suicida, ansiedad y psicosis, entre otras. Se estima que en nuestro país existen alrededor de 400 mil personas que padecen esta enfermedad. Asimismo, los síndromes parkinsónicos se inscriben dentro de los trastornos de la postura y los movimientos secundarios a una enfermedad o sustancia que afecta de manera directa el SNC.¹²⁸

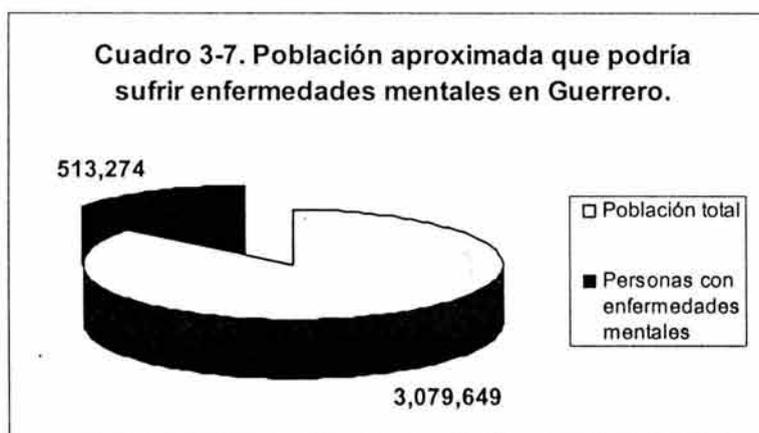
Sin embargo, sabemos que no basta con darle a conocer al paciente su padecimiento o las causas de su padecimiento para que este se adhiera al tratamiento, de manera que se cumplan con fidelidad los regímenes y prescripciones de los médicos. En este caso, los pacientes se benefician con los métodos y programas conductuales, entre muchos otros, llevados a cabo por los psicólogos en las distintas instituciones de salud y de manera privada. En estos casos, el psicólogo busca aliviar síntomas, promover un estilo de vida más sano, afrontar los problemas psicológicos asociados con la enfermedad crónica e incrementar el cumplimiento del tratamiento médico.¹²⁹

¹²⁸ Secretaría de Salud, Op., cit. pp.52-57

¹²⁹ De la Fuente, Ramón, Op., cit., p. 511

3.2.2 El estado de Guerrero

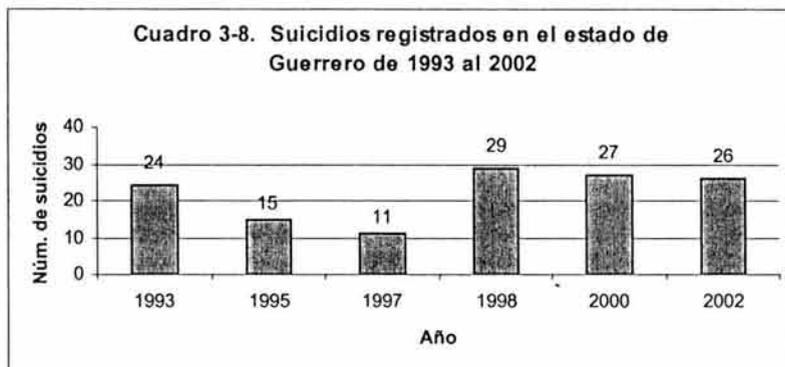
En el estado de Guerrero no se cuenta con cifras de prevalencia e incidencia de enfermedades mentales, sin embargo, guiándonos del patrón anterior, el cual menciona que una de cada seis personas padece enfermedades mentales alguna vez en su vida en el país, las cifras nos llevan a deducir que tan sólo en el estado de Guerrero, podrían existir aproximadamente más de medio millón de enfermos mentales (ver cuadro 3-7).



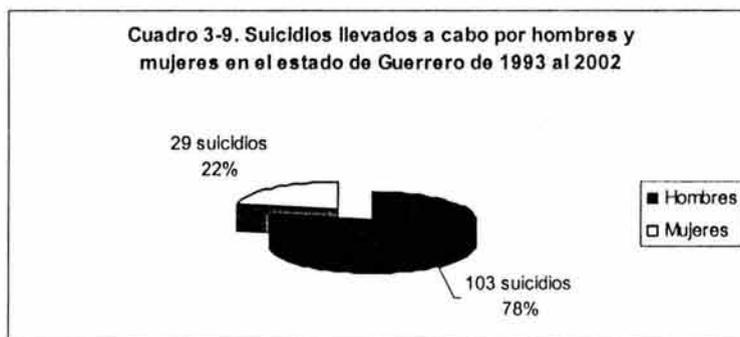
El padecimiento de dichas enfermedades se ve reflejado en la incidencia de suicidios en el estado¹³⁰ (ver cuadro 3-8), no obstante, estamos hablando sólo de los suicidios registrados por las agencias del ministerio público, sin contar todos aquellos casos que quedan

¹³⁰ Instituto Nacional de Encuesta Geográfica e Informática (INEGI). **Anuario estadístico del Estado de Guerrero**. México: 1994, 1995, 1997, 1999, 2000, 2001, 2003; México.

ocultos a las estadísticas, así como los intentos fallidos. Es necesario hacer énfasis en el notable incremento del número de suicidios de 1997 a 1998, manteniéndose elevado en los años subsiguientes.



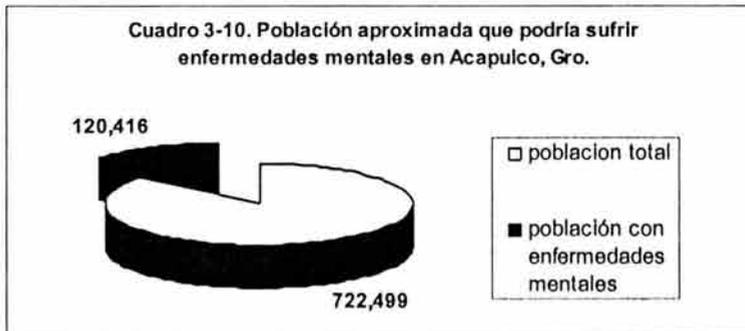
De los 132 suicidios registrados en todo el estado, la mayoría son llevados a cabo por hombres (ver cuadro 3-9), pero al igual que en la incidencia nacional, las mujeres son quienes más lo intentan. La edad con mayor incidencia de suicidios va de los 20 a los 29 años, tanto en hombres como en mujeres. Las causas son diversas, pero un punto notable es que la mayoría de los suicidas son solteros.¹³¹



131

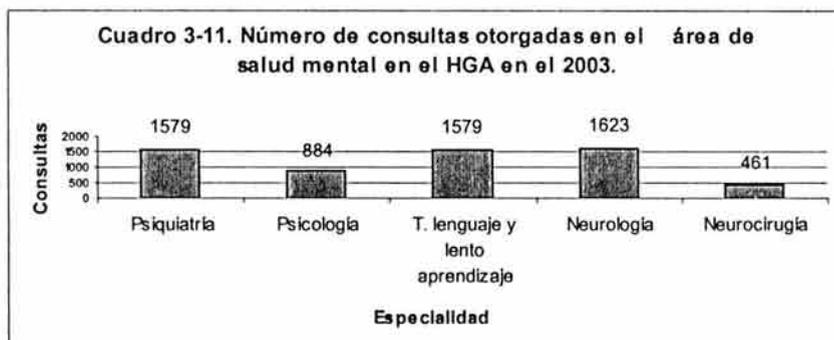
3.2.2.1 Acapulco

El municipio de Acapulco alberga el mayor índice de habitantes de todo el estado, asimismo, es la ciudad más urbanizada y cuenta con los mejores servicios de salud en Guerrero, a los cuales acuden un gran número de personas provenientes de otros municipios. Siguiendo la misma línea tomada desde el inicio del presente capítulo, se puede calcular que el número de pacientes con psicopatologías en Acapulco podría ascender a 120 mil 416 personas.



Para atender a esta población, uno de los hospitales que incluyen la preservación de la salud mental dentro de su estructura, es el Hospital General de Acapulco, el cual cuenta con servicios de Consulta Externa de Psiquiatría, Psicología, Terapia de Lenguaje y Lento Aprendizaje, Neurología y Neurocirugía. El total de las consultas otorgadas en el área de salud mental ascienden a 6 126 en el año 2003 (ver cuadro 3-11).

De los pacientes que acuden a consulta externa de salud mental en este hospital, un gran porcentaje son provenientes de los diferentes municipios del estado, tanto de zonas rurales como urbanas; lo cual para ellos representa un gasto excesivo al tomar en cuenta los costos del viaje, transportes, consulta y medicamentos.



Podemos ver la importancia que tiene el área de salud mental dentro Hospital General de Acapulco, y dentro del estado de Guerrero, al observar que de las 16 especialidades con que cuenta el hospital, un porcentaje importante del total de las consultas otorgadas, corresponden a las 5 especialidades de salud mental (ver cuadro 3-12).¹³²



¹³² Hospital General de Acapulco. Registro hospitalario y estadística. Marzo/2004.

Ante la magnitud de las cifras de enfermos mentales y del número de personas en busca de ayuda, la atención que brinda el Hospital General es muy importante, pero insuficiente. De esta manera podemos resaltar la importancia de la información oportuna, que se pueda traducir a prevención, así como de la necesidad de una cobertura más amplia para este tipo de paciente; labores que bien podría llevar a cabo una Clínica de Salud mental, entre otras cosas.

3.3 Grupos vulnerables

La vulnerabilidad social es la condición de las familias o personas que debido a su edad, género, origen étnico o limitaciones físicas presentan mayores riesgos en su salud, en su integridad física, moral o mental y en su desarrollo como personas plenas, que al hacerse presentes en determinados grupos los convierte en vulnerables.¹³³ Los factores de riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental en individuos, van desde alteraciones genéticas, daños al nacer o accidentes, hasta el abuso físico, aislamiento, violencia intrafamiliar y pobreza, por mencionar sólo algunos. Por su parte, las poblaciones consideradas vulnerables a las enfermedades mentales son: las personas en condición de pobreza, las mujeres trabajadoras, la población rural, los niños y niñas en situación de calle, las personas con discapacidad, los menores farmacodependientes, la población indígena y la población mayor de 65 años, entre otros.¹³⁴

¹³³ Secretaría de Salud, Op., cit., p.35

¹³⁴ Idem

Encuestas recientes han demostrado que las familias pobres tienen una mayor prevalencia de depresión y trastornos de ansiedad; asimismo, los niños que viven en la pobreza se encuentran más expuestos a enfermedades médicas, violencia intrafamiliar, apoyo social inadecuado y a los trastornos mentales de los padres.¹³⁵

Las características de la vida rural en México, como la falta de oportunidades de trabajo, la falta de servicios de salud, la alimentación deficiente, las oportunidades limitadas para contraer matrimonio fuera del círculo familiar, incrementando así los factores de riesgo genéticos, aunado al abuso de sustancias, embarazos adolescentes y limitaciones educativas, son factores que favorecen la prevalencia de padecimientos mentales.¹³⁶

Así pues, un gran porcentaje de la población mexicana se encuentra expuesta a las enfermedades mentales, no importando si vive en zona rural o urbana, ya que las exigencias de la vida actual ocasionan más estrés en los individuos, lo cual repercute directamente sobre su estado de salud físico y mental. Por tal motivo es necesario contar con servicios especializados que atiendan a las necesidades de la población actual, y asimismo, hagan frente a los retos que presenta el futuro de la sociedad mexicana.

¹³⁵ Idem, pp.36,37.

¹³⁶ Idem., pp. 37-42.

3.4 Problemas en la atención de los trastornos de la salud mental

De acuerdo a la investigación realizada por la Secretaría de Salud, los principales problemas que enfrenta la atención de la salud mental en México son:

- a) Infraestructura insuficiente, de 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.¹³⁷

A continuación, se desglosan cada uno de estos incisos:

a) En relación a la infraestructura podemos decir que el promedio de antigüedad de los hospitales psiquiátricos es de 35 años. De los 28 hospitales para la atención de la salud mental existentes en México, sólo 5 se encuentran en "buenas condiciones", ya que cuentan con suficientes recursos humanos, financieros y materiales, su nivel de productividad es adecuado, así como el apego y cumplimiento de la normatividad existente, así también, estos hospitales cuentan con programas de capacitación y formación de recursos humanos, rehabilitación y reinserción social. 18 de los hospitales, que representan el 64% del total, se encuentran en "condiciones regulares", ya que tienen problemas en su ubicación, déficit parcial de recursos humanos, planta física con bajo nivel de

¹³⁷ Idem, p.59

mantenimiento y un relativo apego a la normatividad vigente, debido a la falta de infraestructura y recursos. Los hospitales "con deterioro" son 5 y representan el 18% del total, ya que los recursos humanos son insuficientes para atender a los usuarios y las instalaciones se encuentran en condiciones deplorables.¹³⁸

b) En cuanto al personal especializado, el Distrito federal concentra al 41% de los psiquiatras y psicólogos institucionales para la población abierta, mientras que en Campeche, Chihuahua, Quintana Roo y Zacatecas la carencia de psiquiatras en todos los niveles es casi absoluta; en Campeche y Quintana Roo ocurre la misma situación con relación a los psicólogos. Al interior de los estados estos profesionistas se concentran en ciudades de mayor tamaño y desarrollo. La distribución de hospitales, profesionistas de la salud y servicios en general se encuentran concentrados principalmente en el DF o en estados como Jalisco y Nuevo León, lo que da como resultado una falta de equidad en la distribución de los servicios especializados de salud.

No obstante, en las zonas rurales la situación empeora, puesto que no hay instituciones especializadas para la atención de estos problemas y una visita al psiquiatra representa un día de viaje y un costo elevado, dando como resultado que en este tipo de poblaciones los curanderos tradicionales y otros agentes informales sean consultados¹³⁹, provocando así una inadecuada atención a la patología y por consiguiente, la evolución de la misma. Sin embargo, esto ocurre también en poblaciones urbanas del país, estudios realizados han documentado que las personas con trastornos

¹³⁸ Idem

¹³⁹ Idem, p.59-60

emocionales piden primero ayuda en sus redes sociales, 54% a familiares y amigos, 10% a sacerdotes y ministros, 15% se automedican y sólo secundariamente acuden a medicina general y a los servicios especializados¹⁴⁰. En la Cd. de México, Caraveo y cols.¹⁴¹ (1992) documentaron que tan solo 20% de las personas con un trastorno de depresión mayor buscaban algún tipo de atención especializada.

En el caso de la atención psiquiátrica infantil, el problema es aún más serio, ya que sólo existe en México un hospital psiquiátrico que atiende a este tipo de población y se encuentra ubicado en la Ciudad de México. Aunado a esto, como mencionábamos anteriormente, el número de número de paidopsiquiatras registrados es de 200 en todo el país, número que resulta insuficiente, pues si se toma en cuenta que en México existen poco más de 33 millones de niños, cada uno de estos profesionistas tendría que atender a 200 mil niños, cuando la recomendación de la OMS es un profesionista por cada 10 mil habitantes.¹⁴²

Otro de los problemas importantes que se observa en nuestro país, es que la mayoría de los médicos generales y de especialidades no relacionadas a la salud mental, desconocen los manuales diagnósticos como son el DSM y el CIE, lo cual repercute en la elaboración de diagnósticos erróneos y consecuentemente en tratamientos inadecuados, lo cual a su vez permite que la enfermedad siga evolucionando y aumentan significativamente los

¹⁴⁰ Idem,

¹⁴¹ Medina-Mora, Ma. Elena, [et all], Op., cit., p. 3

¹⁴² Secretaría de Salud, Op., cit., p.60

costos de la atención médica.¹⁴³ Asimismo, la subestimación de los aspectos psicológicos tiene consecuencias adversas en la práctica de la medicina, por ello es importante que el médico general pueda apreciar y tomar realmente en cuenta los distintos eventos de la vida del paciente que pudieran jugar un papel muy importante en el inicio, curso y desenlace de la enfermedad. Por tal motivo, resultaría entonces importante tratar de dotar al médico general de instrumentos sencillos de detección, así como explorar sus actitudes en relación a los trastornos psiquiátricos y psicológicos, su manejo, y su capacidad para referirlos.¹⁴⁴

c) En cuanto a los recursos financieros, del gasto total destinado a la salud pública, sólo se destina un 0.85% a la salud mental, cifra que es insuficiente de acuerdo a los estándares internacionales, ya que la recomendación de la OMS es que se destine un 10% del presupuesto total de salud a la salud mental. De esta manera, el bajo presupuesto se refleja directamente en el nivel de calidad de los servicios.¹⁴⁵

¹⁴³ Velázquez Arellano, Antonio. **La salud en México y la investigación clínica.** UNAM, México: 1985, p. 122.

¹⁴⁴ De la Fuente, Ramón. **Psicología médica.** 2ª ed., Ed. FCE, México:1992, p. 21

¹⁴⁵ Secretaría de Salud, Op., cit., p. 60.

3.5 Acciones del Estado Mexicano en materia de atención a la salud mental

Con el fin de minimizar los problemas financieros y de distribución de recursos, el Estado Mexicano a través del Sistema Nacional de Salud se ocupa de brindar atención médica a la población mediante diversas instituciones como: el IMSS, ISSSTE, los servicios de salud de Petróleos Mexicanos (Pemex), la Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena), la Secretaría de Marina (SM), la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol) y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), entre otras instituciones.¹⁴⁶

Por su parte, la SS lleva a cabo acciones en materia de atención a la salud mental, vinculadas con los gobiernos estatales y sus sistemas e salud. Dichas acciones se han enfocado a programas de tipo preventivo, tratamiento y rehabilitación, formación y capacitación de recursos humanos e investigación. Asimismo, el objetivo fundamental de los servicios para la prevención de las enfermedades mentales establecidos en México consiste en favorecer cambios en los estilos de vida de la población, generando actitudes encaminadas al autocuidado de la salud.¹⁴⁷

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

¹⁴⁶ Idem

¹⁴⁷ Idem

(ISSSTE), cuenta con servicios de salud mental en hospitales regionales y en algunas de sus clínicas.¹⁴⁸

Por su parte, el DIF se rige actualmente por la ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, 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 psicosocial.¹⁴⁹

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. De esta manera las instituciones con recursos para otorgar servicio de hospitalización psiquiátrica en el país son 50 unidades, de los cuales 35 son establecimientos públicos, 4 dependientes del IMSS y el resto son instituciones del sector privado; estas unidades se encuentran distribuidas de manera no homogénea en 25 entidades del país,

¹⁴⁸ Idem, p.61

¹⁴⁹ Idem, p.62

contribuyendo, como mencionamos anteriormente, a la falta de equidad en los servicios de salud mental en México.¹⁵⁰

Asimismo, 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; sin embargo, existen también los servicios mixtos que incluyen las dos anteriores y que representan la mayoría.¹⁵¹

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 los psiquiatras y psicólogos clínicos. 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 del 50% del total, a la Secretaría de Salud le corresponde 30% y el ISSSTE y los otros organismos de seguridad social tiene el 20% restante. En más de la mitad de estos servicios se dispone de médico psiquiatra y psicólogo clínico, el 30% sólo dispone de recursos de psicología y en otros sólo de psiquiatría.¹⁵²

En la actualidad la Secretaría de Salud dispone de 8 servicios de tipo ambulatorio, en donde se proporciona atención médica

¹⁵⁰ Idem, pp. 62, 63, 66.

¹⁵¹ Idem, p.66.

¹⁵² Idem, pp.66-67.

especializada y psicológica a la población. El IMSS y el ISSSTE sólo disponen de un servicio de este tipo para sus derechohabientes.¹⁵³

Por su parte, 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 D.F. 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. Estos centros cuentan con 660 especialistas en audición y lenguaje, deficiencia mental, trastornos neuromotores, ciegos y débiles visuales, problemas de aprendizaje y menores infractores; cuentan con 27 psicólogos, 93 pedagogos, 6 terapeutas físicos, 22 médicos y 105 trabajadores sociales.¹⁵⁴

3.5.1 Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental

Uno de los avances más importantes que se han tenido en el campo de la salud mental en México es la creación del Modelo Hidalgo, denominado así por el nombre del estado donde se encuentra, el cual nació en el año 2000 como propuesta de la Secretaría de Salud, de la Fundación Mexicana para la Rehabilitación de personas con enfermedad mental (IAP) y del Gobierno del estado de Hidalgo, con

¹⁵³ Idem, p.67

¹⁵⁴ Idem., pp. 68-69.

la intención de rehabilitar a los pacientes brindándoles atención integral y de calidad, además de capacitarlos para lograr su autonomía y su reinserción a la sociedad.¹⁵⁵

El 21 de noviembre del año 2000, el trabajo conjunto de estas organizaciones dio como resultado la inauguración de la Villa Ocaranza y dos casa 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).

Este modelo tiene como antecedentes mundiales los de Italia, país que se considera 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. Asimismo, el Modelo Hidalgo 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.¹⁵⁶

En México, 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

¹⁵⁵ Godínez, Lourdes. "*El Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental, una opción curativa*". México, (Feb/2004).

<http://www.cimacnoticias.com/noticias/02jun/02060604.html>.

¹⁵⁶ Secretaría de Salud., Op., cit., p. 70.

detectada y señalada por el Comité Ciudadano de Apoyo de dicho hospital, de acuerdo a sus funciones y actividades referidas en la normatividad vigente. De esta manera 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.¹⁵⁷

Algunos de los objetivos generales del Modelo Hidalgo son los siguientes¹⁵⁸:

- Prevenir el riesgo de la marginalización y/o institucionalización psiquiátrica.
- Posibilitar que los usuarios puedan funcionar y desenvolverse en la comunidad del modo más autónomo posible, facilitando el desempeño de roles sociales.
- Ofrecer apoyo, asesoramiento y formación a las familias.
- Sensibilizar a la comunidad sobre la enfermedad mental a través de la 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.

¹⁵⁷ Secretaría de Salud., Op., cit., pp. 70-71.

¹⁵⁸ Idem, pp.71-72.

- Hacer convenios con organizaciones no gubernamentales para la implementación de programas comunitarios que faciliten la reintegración social de los usuarios.

Por lo tanto, "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 reingreso a la comunidad, para que logren desenvolverse y manejarse en ella con la mayor autonomía y calidad de vida posibles".¹⁵⁹

Sin embargo, para lograr los objetivos planteados es necesario contar con una adecuada red de servicios de atención médica y programas comunitarios, cuyas estructuras están organizadas en Prevención, Hospitalización y Reintegración social.¹⁶⁰

Prevención

Las acciones preventivas a nivel comunitario se llevan a cabo con la realización de campañas informativas por medios publicitarios como la televisión, la 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

¹⁵⁹ Idem, p.72

¹⁶⁰ Idem.

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 de diagnóstico y tratamiento oportuno. En caso de ser necesario, se refiere al mismo a otra estructura de la red de servicios¹⁶¹, lo cuales se desglosan a continuación:

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

Estos centros deben contar con los elementos y equipo necesario para la detección oportuna y la atención inmediata de cualquier enfermedad mental o en su caso para 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, terapeutas, entre otros, y con la infraestructura necesaria para dar el servicio.

¹⁶¹ Idem, p.73

4. Centros Integrales de Salud Mental

Los CISAME además de funcionar con la misma estructura interdisciplinaria que los anteriores, cuenta con el personal y equipo especializado 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 un comité ciudadano.

Hospitalización

Todos los servicios de hospitalización se deben regir según la NOM-025-SSA2-1994 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. Para los pacientes que requieren hospitalización, el Modelo Hidalgo cuenta con: Unidades de psiquiatría dentro de hospitales generales, un hospital psiquiátrico para pacientes con padecimientos agudos y villas.¹⁶²

1. Unidad de Psiquiatría en el Hospital General

Esta estructura forma parte del Modelo Hidalgo de atención, su objetivo es dar el tratamiento especializado en el Hospital General, el cual debe contar con el servicios 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

¹⁶² Idcm, pp.73-74.

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 de estancia breve para usuarios que estén 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 cuentan con un baño cada una, sala de descanso, comedor, cocineta, módulo de enfermería, un consultorio médico, un baño para el personal y un área exterior de lavaderos y tendedores para la ropa. 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, las cuales podrán ser coordinadas tanto por el comité ciudadano como por el personal. 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 a la villa al término de éstas.

Reintegración Social

Una de las características principales del Modelo Hidalgo es la tendencia hacia la reintegración social del usuario al medio 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.¹⁶³

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, además, el personal no debe ser médico ni paramédico.

¹⁶³ Idem, pp.75-77.

1. Casas de Medio Camino

Estas casas se ubican dentro de la comunidad, cuentan con todos los servicios de una casa común y en ellas viven usuarios que están dados de alta o aquellos que viven en la comunidad y que así lo requieran. Sólo pueden vivir los usuarios que lo soliciten voluntariamente y el tiempo de permanencia de los mismos, será de acuerdo a su proceso de evolución. El servicio es gratuito, se cuenta con un acompañante terapéutico y no existen consultorios dentro de las mismas.

2. Residencias Comunitarias

Este espacio cuenta con las mismas características físicas de las Casas de Medio Camino. El tiempo de estancia es de acuerdo a la decisión del usuario, el acompañante es eventual y en algunos casos a solicitud de los usuarios.

3. Departamentos Independientes

Éstos se encuentran 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.

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. 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 por parte del Estado para su funcionamiento.

La innovación que ha representado el Modelo Hidalgo es una de las acciones más destacadas del sistema de salud en México, la cual se ha desarrollado con una amplia participación de la sociedad civil en colaboración con el gobierno. Asimismo, este modelo está dirigido a resolver los retos de equidad, pues es entre los pacientes más desprotegidos y pobres de nuestro país donde existe la mayor presión de problemas de salud mental. De esta manera la intención es ampliar la cobertura de este modelo, en donde se sustituyan los viejos hospitales psiquiátricos. "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".¹⁶⁴

¹⁶⁴ Idcm., p. 77.

Sin embargo, uno de los pretextos para no extender en toda la República Mexicana este modelo, es que es muy costoso, argumento que ha sido debatido por el gobernador del estado de Hidalgo, Manuel Núñez Soto, quien señaló que es igual de costoso que el modelo asilar, es decir, 702 pesos por día.¹⁶⁵

Durante la celebración del segundo aniversario del Modelo Hidalgo, Alejandro Islas Pérez, director del Centro de Salud asentado en Tolcayuca, dio a conocer que en los 24 meses de función, se han otorgado 18 mil 776 consultas psiquiátricas. En el mismo lapso, dijo, se canalizaron 6 mil 630 consultas psicológicas y recalcó que durante todo este tiempo no se ha asilado a ningún paciente. Asimismo, destacó el trabajo realizado por los familiares de los internos, como elemento básico para mejorar sus condiciones de rehabilitación.¹⁶⁶

3.6 Retos y Objetivos del Estado Mexicano en materia de salud mental

La salud mental no ha recibido la atención que merece como problema de salud pública, y los retos que plantea el Estado Mexicano en materia de salud, obligan a tener un enfoque más amplio e integral que rebase los aspectos técnicos y agreguen nuevas dimensiones a la prevención y atención de la enfermedad mental.

¹⁶⁵ *"Falta de presupuesto, pretexto contra el Modelo Hidalgo de rehabilitación"*. México, (feb/2004).

http://www.jornada.unam.mx/2004/feb04/040202/articulos/66_modhidalg.htm.

¹⁶⁶ *"Encabeza el gobernador Núñez Soto el segundo aniversario del Modelo de Atención Mental Hidalgo"*. México, (feb/2004).

<http://www.hidalgo.gob.mx/noticias/noticia.asp?noticialD=2020>.

Retos y Objetivos de Equidad:

Los retos de equidad están dirigidos a lograr un cambio en el perfil de la salud mental en donde se presentan desigualdades sociales y regionales. Se pretende fortalecer y mejorar las instituciones psiquiátricas existentes, los módulos de atención en salud mental y todos los recursos disponibles, así como implantar progresivamente el establecimiento de unidades hospitalarias psiquiátricas en los estados que carecen de este tipo de servicios, promoviendo una equidad en los servicios de salud mental¹⁶⁷.

Es también importante favorecer la participación social y comunitaria, difundiendo información de salud mental a través de campañas dirigidas a las poblaciones vulnerables y población en general. El propósito de la comunicación es divulgar conocimientos, forjar actitudes e inducir prácticas que fomenten en la población el desarrollo de actividades colectivas y personales, para que adopten conductas saludables y se conviertan en protagonistas del mejoramiento de la salud.

Los objetivos de equidad son¹⁶⁸:

- Conocer la magnitud y características del problema de salud mental en nuestro país.
- Desarrollar acciones en materia de prevención, atención, rehabilitación y reinserción, en los tres niveles de atención, adecuándolas a las características, necesidades y recursos específicos de la población y de las instituciones involucradas en el proceso

¹⁶⁷ Secretaría de Salud., Op.,cit., p 101.

¹⁶⁸ Idem, pp.101-106

- Fortalecer y ampliar la infraestructura existente.
- Instrumentar acciones específicas dirigidas a grupos vulnerables.
- Promover la aplicación de programas en el ámbito federal, estatal y municipal.

Retos y Objetivos de calidad:

Estos retos corresponden a la necesidad de pasar de un modelo de atención que ha prevalecido en un marco hospitalario especializado e institucional, a otros en el que promuevan acciones de tipo preventivo, tanto en la familia como en la comunidad. La Secretaría de Salud propone adoptar un Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS), caracterizado por ser comunitario, de atención integral basado en compromisos, orientado al usuario y en congruencia con el cuidado profesional que fomenta el autocuidado; este modelo contaría con personal debidamente capacitado y con la infraestructura adecuada y suficiente. La construcción y consolidación de este modelo representa un reto en salud mental. Asimismo, el reto de calidad tiene dos aspectos fundamentales: el técnico y el interpersonal. El reto de calidad técnico se refiere al desempeño homogéneo y se encamina a mejorar las condiciones de salud de los mexicanos, a través del desarrollo y aplicación de criterios de calidad en la forma de procedimientos y normas, educación y capacitación técnica del personal, dotación de instrumentos e infraestructura aplicables en todo el país. Por su parte, el reto de calidad interpersonal tiene que ver con el trato inadecuado y va encaminado a garantizar un trato correcto,

mediante el desarrollo y aplicación de programas de capacitación sobre relaciones interpersonales y sensibilización acerca de la relación con pacientes con problemas de salud mental. Incluye también programas de certificación de profesionales y de estímulos y recompensas al desempeño con calidad, así como programas de seguimiento del desempeño y aplicación de normas, así como de quejas y recomendaciones sobre la calidad del servicio.¹⁶⁹

La descentralización de los Servicios de Salud Mental es un reto que se inició hace 18 años, que ha tenido altibajos, innovaciones, nuevas épocas y nuevas formas de hacer las cosas. Para enfrentar este reto es necesario que cada estado instrumente la operación de sus servicios de salud mental, en función de sus características y condiciones específicas; así el área central de los Servicios de Salud Mental deberá atender su función de normar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de atención psiquiátrica, neurológica y de rehabilitación psicosocial. Uno de los resultados de estas acciones deberá ser el que se pueda conformar una Red Nacional de Servicios de Atención de la Salud Mental y organizar un esquema de referencia y contrarreferencia a nivel nacional, que permita optimizar los recursos por zonas en todo el país.¹⁷⁰

Algunos de los objetivos de calidad técnica e interpersonal son los siguientes:

- Desarrollar mecanismos para la detección temprana y atención oportuna de los padecimientos de salud mental y según el caso, la canalización a los diversos niveles de

¹⁶⁹ Idem, pp.106-107

¹⁷⁰ Idem, pp. 107-108.

atención, a través de un sistema de referencia y contratransferencia.

- Promover la investigación básica, epidemiológica, farmacológica y social, acerca de la salud mental.
- Establecer vínculos con las instituciones de educación superior relacionadas con la salud mental, a fin de actualizar los programas de estudio.
- Llevar a cabo un cambio de actitud en todo el personal que labora en las unidades de atención para enfermos mentales a través de cursos de sensibilización y de relaciones interpersonales.
- Educar a la población en general sobre los problemas de salud mental a fin de eliminar la discriminación de pacientes con enfermedades mentales.

Retos y Objetivos de protección financiera:

El tratamiento de pacientes con problemas de salud mental enfrenta dos retos particulares en cuanto al costo del tratamiento: el alto costo de los medicamentos y la cronicidad de los padecimientos. Existen medicamentos para el tratamiento de enfermedades mentales que no tienen un alto costo directo, pero que al generar efectos secundarios dan origen a un gasto adicional; aquellos que generan menos efectos secundarios son significativamente más caros, lo que los convierte en inaccesibles para la mayoría de la población. Por lo tanto, el principal reto de la protección financiera en la salud mental es el de disminuir la inseguridad de la población por sufrir gastos catastróficos cuando se presenta alguna

enfermedad, garantizando la justicia en el financiamiento en materia de salud. Asimismo, se deberán evaluar opciones y estrategias de ampliación de cobertura con sistemas de prepago para la atención de estos problemas.

El reto del abasto de medicamentos está en la definición de cuadros básicos de fármacos para los padecimientos en sus diferentes etapas, el abastecimiento oportuno de éstos en unidades médicas y en hospitales de salud mental, en un sistema controlado de prescripción correcta y oportuna y en la distribución selectiva de medicamentos a grupos de menor riesgo, previo análisis de su perfil socioeconómico.¹⁷¹

Los objetivos de protección financiera son los siguientes:

- Difundir en la población información sobre los problemas de salud mental y sus alternativas de atención.
- Garantizar el abasto de medicamentos a través de una acción concertada con la industria farmacéutica.
- Desarrollar un cuadro básico de medicamentos que reduzca costos.
- Promover la incorporación de enfermedades mentales en los esquemas de seguros.
- Promover la creación de un fideicomiso con aportaciones del sector social y privado, para llevar a cabo acciones en materia de prevención, capacitación, tratamiento, rehabilitación e investigación.¹⁷²

¹⁷¹ Idem, p. 109.

¹⁷² Idem, p. 112.

CAPÍTULO 4: MARCO JURÍDICO

El régimen jurídico de la protección de la salud mental ha tomado gran importancia recientemente, debido a la gran complejidad que reviste esta área, tanto en los aspectos económicos, técnicos, asistenciales, jurídicos y humanos, entre otros.

Actualmente la legislación nacional en materia de salud mental pretende:

- Incentivar programas eficientes de prevención y tratamiento de los padecimientos mentales.
- La preservación de los derechos humanos y dignidad de los usuarios de los servicios de salud mental.
- Propiciar la investigación dentro de un marco ético para incrementar paulatinamente el conocimiento de los problemas mentales y su incidencia.¹⁷³

4.1 El derecho a la protección de la salud mental

El derecho a la protección de la salud mental se encuentra establecido en el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el cual señala que: "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del

¹⁷³ Idem., p.89

artículo 73 de esta Constitución. Toda persona tiene derecho a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar".¹⁷⁴

Asimismo, la Ley General de Salud, según señala su artículo 1°, se encarga de reglamentar "el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4° de la Constitución, establece las bases y las modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social".¹⁷⁵

Este derecho público impone al Estado el deber de proteger la salud de los ciudadanos, mediante la organización y puesta en marcha de los medios que se consideren necesarios. En este sentido, los artículos 2° y 3° de la Ley General de Salud se encargan de definir los propósitos que se persiguen con la protección de este derecho fundamental, así como la materia de salubridad general.¹⁷⁶

A este respecto el artículo 2° de la Ley General de Salud¹⁷⁷, menciona las finalidades del derecho a la protección de la salud, las cuales se mencionan textualmente a continuación:

- I. "El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;

¹⁷⁴ Carbonell, Miguel. **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**. 145ª ed., Ed. Porrúa, México: 2003, p.10.

¹⁷⁵ **Ley General de Salud**. Tomo I, 15ª ed., Ed. Porrúa, México: 1998, p.1.

¹⁷⁶ Idem, pp.1,2.

¹⁷⁷ Idem, p.1

- II. La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana;
- III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuven a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;
- IV. La extensión de las actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud;
- V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;
- VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud, y
- VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.”

Asimismo, el artículo 3° ¹⁷⁸, menciona que es materia de salubridad general:

- II. “La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables;
- VI. La salud mental;
- VII. La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud;
- XI. La educación para la salud;
- XIII. La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre;

¹⁷⁸ Idem, p.2

- XVI. La prevención y el control de enfermedades no trasmisibles y accidentes;
- XVII. La prevención de la invalidez y la rehabilitación de los inválidos.”

De esta manera, el derecho a la protección de la salud tiene, entre otras finalidades, el bienestar físico y mental del individuo, con el fin de contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades y su desarrollo integral dentro de la sociedad.

4.2 Facultades concurrentes entre la Federación y las Entidades Federativas en materia de salud mental

El artículo 4° constitucional establece también la facultad concurrente entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, delegando nuevamente a la Ley General de Salud, para que en ésta establezca el marco de competencia de cada uno de estos ámbitos de gobierno.¹⁷⁹

En la misma línea, el artículo 13 de la Ley General de Salud¹⁸⁰ señala cómo quedará distribuida la responsabilidad en materia de salubridad:

¹⁷⁹ Idem

¹⁸⁰ Idem, p.5

A) Corresponde al Ejecutivo Federal, por conducto de la Secretaría de Salud:

- I. "Dictar las normas oficiales mexicanas a que quedará sujeta la prestación, en todo el territorio nacional, de servicios de salud en las materias de salubridad general y verificar su cumplimiento;
- III. Organizar y operar los servicios de salud a su cargo y, en todas las materias de salubridad general, desarrollar temporalmente acciones en las entidades federativas; cuando éstas se lo soliciten, de conformidad con los acuerdos de coordinación que se celebren al efecto;
- IV. Promover, orientar, fomentar y apoyar las acciones en materia de salubridad general a cargo de los gobiernos de las entidades federativas, con sujeción a las políticas nacionales en la materia;
- V. Ejercer la acción extraordinaria en materia de salubridad general;
- VII. Coordinar el Sistema Nacional de Salud;
- VIII. Realizar la evaluación general de la prestación de servicios de salud en materia de salubridad general en todo el territorio nacional;
- IX. Ejercer la coordinación y la vigilancia general del cumplimiento de las disposiciones de esta ley y demás normas aplicables en materia de salubridad general".

B) Corresponde a los gobiernos de las entidades federativas, en materia de salubridad general, como autoridades locales y dentro de sus respectivas jurisdicciones territoriales:

I. "Organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad general a que se refieren en las fracciones II, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX y XX del artículo 3° de esta ley, de conformidad con las disposiciones aplicables;

III. "Formular y desarrollo programas locales de salud, en el marco de los Sistemas estatales de salud y de acuerdo con lo principios y objetos del Plan Nacional de Desarrollo." ¹⁸¹

En el ámbito Federal, de acuerdo al artículo 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y al artículo 7° de la Ley General de Salud, corresponde a la Secretaría de Salud "establecer y conducir la política nacional en materia de salud, servicios médicos y salubridad general con excepción de lo relativo al saneamiento del ambiente; y coordinar los programas de servicios de salud de la administración pública federal, así como los agrupamientos por funciones y programas afines, que en su caso, se determinen". ¹⁸²

¹⁸¹ Idem, p.5.

¹⁸² Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. 30ª ed., Ed. Porrúa, México:1994, pp.45-46.

4.3 Disposiciones para la prestación de Servicios de Salud Mental

El Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (DOF 14-05-86), en su capítulo VII, artículos 121 al 134, establece las disposiciones para la prestación de servicios de salud mental, los cuales se presentan textualmente a continuación:

“Artículo 121.- Para los efectos de este Reglamento, se entiende por prestación de servicios de salud mental, toda acción destinada a la prevención de enfermedades mentales, así como el tratamiento y la rehabilitación de personas que las padezcan.

Artículo 122.- La prevención de las enfermedades mentales quedará a cargo de la Secretaría, el Departamento del Distrito Federal y los Gobiernos de las Entidades Federativas, en coordinación con las autoridades competentes en cada materia.

Artículo 123.- Para la promoción de la salud mental la Secretaría, las instituciones de salud, el Departamento del Distrito Federal y los Gobiernos de las Entidades Federativas, en coordinación con las autoridades competentes en cada materia, fomentarán y apoyarán:

- I. El desarrollo de actividades educativas, socio-culturales y recreativas que contribuyan a la salud mental;

- II. La realización de programas para la prevención del uso de sustancias psicotrópicas, estupefacientes, inhalantes y otras que puedan causar alteraciones mentales o dependencia, y
- III. Las demás acciones que directa o indirectamente contribuyan al fomento de la salud mental de la población.

Artículo 124.- Las acciones mencionadas en los artículos anteriores, serán dirigidas a la población en general con especial énfasis en la infantil y juvenil.

Artículo 125.- Para la prestación de atención ambulatoria los profesionales de la salud mental, se ajustarán a los artículos aplicables del Capítulo III de este Reglamento.

Artículo 126.- Todo aquel establecimiento que albergue pacientes con padecimientos mentales, deberá contar con los recursos físicos y humanos necesarios para la adecuada protección, seguridad y atención de los usuarios, acorde a las Normas Técnicas que emita la Secretaría.

Artículo 127.- Las unidades psiquiátricas que se encuentren ubicadas en reclusorios o centros de readaptación social, además de la reglamentación interna, se ajustarán a la Norma Técnica de prestación de servicios que en materia de salud mental emita la Secretaría.

Artículo 128.- En los hospitales psiquiátricos, el responsable deberá ser médico cirujano, con especialidad en psiquiatría, con un mínimo de 5 años de experiencia en la especialidad. Asimismo, los jefes de servicio de urgencias, consulta externa y hospitalización,

deberán ser médicos cirujanos, con especialidad en psiquiatría debidamente registrados ante las autoridades educativas competentes.

Artículo 129.- Todo el personal que preste sus servicios en cualquier establecimiento de salud mental, deberá estar capacitado para prestarlos adecuadamente, en los términos de las disposiciones legales y reglamentarias correspondientes.

Artículo 130.- El responsable de cualquier establecimiento de esta naturaleza, estará obligado a desarrollar cursos de actualización para el personal de la unidad, de conformidad con lo que señalen las Normas Técnicas que emita la Secretaría.

Artículo 131.- Durante el internamiento, el usuario recibirá estímulos por medio de actividades recreativas y socio-culturales.

Artículo 132.- La Secretaría asesorará a las instituciones públicas, sociales y privadas que se dediquen al cuidado y rehabilitación del enfermo mental.

Artículo 133.- La información personal que el enfermo mental proporcione al médico psiquiatra o al personal especializado en salud mental, durante su tratamiento, será manejada con discreción, confidencialidad y será utilizada únicamente con fines científicos o terapéuticos. Sólo podrá ser dada a conocer a terceros mediante orden de la autoridad judicial o sanitaria.¹⁸³

¹⁸³ Secretaría de Salud, Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario, Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud. **Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.** México: DOF

4.4 Disposiciones que norman el tratamiento y rehabilitación del enfermo mental, respetando sus derechos humanos

En 1995 se emite la Norma Oficial Mexicana **NOM-025-SSA2-1994 (NOM-025)**, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica (DOF 16-11-1995), con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 38 fracción II, 47 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, 3o. fracción VI, 5o., 6o. fracción I, 7o. fracción I, 9o., 14, 32, 33, 72, 73, 74, 75, y 76 de la Ley General de Salud y en los artículos 121, 122, 123, 124, 125, 126, 129, 130, 131, 132, y 133, del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, 8o. fracción IV y 24 fracción II y XV del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.¹⁸⁴

Esta norma señala que los esquemas de atención médica para el tratamiento de personas que padecen enfermedad mental, experimentan cambios continuos en función del desarrollo acelerado de la ciencia, de la mejor comprensión de los múltiples factores que intervienen en el origen y evolución de la enfermedad mental, así como de los recursos terapéuticos, físicos, humanos y financieros para su atención.

14-05-86. (CD).

¹⁸⁴ Secretaría de Salud. Norma oficial mexicana NOM-025-SSA2-1994, para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. México: DOF 16-11-1995. (CD).

Una característica fundamental de este cambio, es la tendencia hacia la reinserción social de la persona enferma al medio al que pertenece, favoreciendo la continuidad del tratamiento a través de la implementación de programas extrahospitalarios y comunitarios tales como hospitales de día, servicios de consulta externa, centros de día, casas de medio camino, talleres protegidos, entre otros, con especial énfasis en la prevención, desde una perspectiva integral que considera la complejidad de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de las enfermedades mentales.

Por tanto, para fortalecer esta tendencia es indispensable continuar el proceso modernizador de la organización y funcionamiento de los servicios de salud, que permita superar los rezagos aún prevalecientes. Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto uniformar criterios de operación, actividades, actitudes del personal de las Unidades que prestan servicios de atención hospitalaria médico-psiquiátrica, la cual se proporcionará en forma continua e integral, con calidad y calidez.

La NOM 025 es de aplicación obligatoria en todas las unidades que presten servicios de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica para enfermos agudamente perturbados y otros de estancia prolongada, de los servicios público, social y privado del país, que conforman el Sistema Nacional de Salud. Esta norma señala que el usuario tendrá derecho a recibir un trato digno y humano por parte del personal de salud mental, no ser sujeto de discriminación por su condición de enfermo mental, no ser objeto de diagnósticos o tratamientos por razones políticas, sociales, raciales, religiosas y otros motivos distintos o ajenos al estado de su salud; también tendrá derecho a que al ingresar al hospital se le informe, a

él y a su representante legal, acerca de las normas que rigen el funcionamiento del hospital y del nombre del personal encargado de su atención, ser alojados en áreas destinadas a tal fin, recibir alimentación balanceada, servida en utensilios decorosos, recibir vestido y calzado, tener acceso a los recursos clínicos, recibir información veraz, concreta y respetuosa del diagnóstico médico.

Asimismo, y de manera relevante, tendrá derecho a recibir atención médica especializada y ética, así como recibir medicación prescrita por un especialista, que la información de su caso sea manejada bajo las normas del secreto profesional y de la confidencialidad; también podrá negarse a participar como sujeto de investigación científica, teniendo el derecho de solicitar reuniones con su médico y los profesionales que lo estén tratando, solicitar la revisión clínica de su caso, recibir atención médica oportuna en caso de sufrir una enfermedad no psiquiátrica, recibir tratamiento orientado a la integración de la vida familiar, social y laboral; a ser protegido contra toda explotación, abuso o trato degradante, no ser sometido a restricciones físicas o reclusión involuntaria, comunicarse libremente con otras personas, tener comunicación con el exterior y recibir visita familiar si ello no interfiere con el tratamiento, gozar de permisos terapéuticos para visitar a sus familias, recibir asistencia religiosa, si así lo desea, y obtener autorización de su médico tratante o de un profesional autorizado para salir de la unidad y relacionarse con su pareja.

Establece también la organización de Comités Ciudadanos de Apoyo, en las unidades hospitalarias médico-psiquiátricas, los cuales deberán estar legalmente integrados de conformación con la legislación civil, y no tendrá fines lucrativos ni partidarios; estarán

conformados por personas interesadas que conozcan el área de salud mental, contribuyendo a que se respeten los derechos humanos de los usuarios y proponiendo acciones para la atención y rehabilitación, así como denunciando ante las autoridades correspondientes las posibles irregularidades que se presenten en las unidades.¹⁸⁵

Esta norma se basa en la gran importancia de la preservación de los derechos humanos y se busca promover la cultura de los mismos que evite la violación de estos en los hospitales psiquiátricos, para lo cual sugiere establecer lineamientos generales que garanticen el respeto al paciente como persona y como sujeto de tratamiento psiquiátrico.

Dichos lineamientos tienden a favorecer el desarrollo de condiciones que tienden a favorecer el desarrollo de condiciones de vida digna dentro del nosocomio, entre los cuales se destaca el derecho a la integridad personal, sin ser sometido a torturas, penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, preservando su condición física y mental; el derecho al respeto de su honra y al reconocimiento de su dignidad, no importando su condición racial, política, económica o de salud; así como el derecho al goce de salud, entendida como el disfrute del más alto bienestar físico, mental y social, que se traduce en la prestación eficiente y oportuna de los servicios de salud mental.¹⁸⁶

¹⁸⁵ Idem

¹⁸⁶ Navarrete M., Tarcisio, et. all. **Los derechos humanos al alcance de todos**. Ed. Diana, México: 1991, pp. 38-43.

Por su parte, el Código Penal para el Distrito Federal en lo referente a los enfermos mentales establece en su artículo 15 que son circunstancias excluyentes de responsabilidad penal: padecer el inculpado, al cometer la infracción, un trastorno mental o desarrollo intelectual retardado que le impida comprender el carácter ilícito del hecho o conducirse de acuerdo con esa comprensión, excepto en los casos en que el propio sujeto haya provocado esa incapacidad intencional o imprudencialmente.¹⁸⁷ El artículo 67 señala, en el caso de los inimputables (personas libradas de responsabilidad penal por no poder comprender la ilicitud de un hecho), que el juzgador dispondrá de la medida o tratamiento aplicable en internamiento o en libertad, previo el procedimiento correspondiente; si se trata de internamiento, el sujeto inimputable será internado en la institución correspondiente para su tratamiento, complementándose con los artículos 68 y 69, que establecen que en este caso será obligación de la autoridad judicial o ejecutora vigilar el cumplimiento de la medida de seguridad antes mencionada.¹⁸⁸

Sin embargo, lo anterior origina que los inimputables permanezcan recluidos en los penales comunes para los sentenciados normales, y a pesar de permanecer generalmente en áreas especiales, es hasta después de concluido el tiempo de internamiento que se ponen a disposición de la autoridad sanitaria como lo marca el artículo 69; esto "afecta de manera significativa su debido tratamiento, ya que estas instituciones no cuentan con los servicios especializados requeridos para el manejo de estos casos."¹⁸⁹

¹⁸⁷ Código Penal para el Distrito Federal. 49ª ed., Ed. Porrúa, México:1991, pp.11,12.

¹⁸⁸ Idem, pp.27-28.

¹⁸⁹ Secretaría de Salud, Op., cit., p.96.

4.5 Normas que tienden a privilegiar la investigación en el área de la psiquiatría y la salud mental

La Ley General de Salud en su artículo 72 ¹⁹⁰señala que la prevención de las enfermedades mentales tiene carácter prioritario y se basará en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control de las enfermedades mentales, así como otros aspectos relacionados con la salud.

La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan:

- "Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos.
- Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social.
- A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios en para la población.
- Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud.
- Al estudio de las técnicas y métodos que se recomiendan o emplean para la prestación de los servicios de salud.
- A la producción nacional de insumos para la salud." ¹⁹¹

Esta ley también establece que la secretaría de Educación Pública, en coordinación con la Secretaría de Salud, y con la participación del

¹⁹⁰ Ley General de Salud, Op., cit., p.15

¹⁹¹ Secretaría de Salud, Op., cit., p.98.

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), orientará el desarrollo de la investigación científica y tecnológica destinada a la salud. Asimismo, indica que el CONACYT y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, apoyarán y estimularán el funcionamiento de establecimientos públicos destinados a la investigación para la salud.¹⁹²

Por su parte, en la declaración final de la XXVII Asamblea Mundial de la Salud de 1974, se recomendó también a los países apoyar la investigación del papel de los factores psicológicos y sociales en la salud y en la enfermedad, dado que "...pueden precipitar o contrarrestar enfermedades físicas y mentales y son de importancia crucial en la prevención y el manejo de todas las enfermedades".¹⁹³

Por último, es importante que existan leyes que regulen el trato a los enfermos mentales y organicen las funciones de las diferentes instituciones, de manera que se complemente unas con otras, no obstante, es bien sabido que en nuestro país aún existen limitantes en cuando a temas jurídicos, lo cual se podría ver reflejado también en la atención integral del paciente con psicopatologías.

¹⁹² Ley General de Salud. Tomo I, 15ª ed., Ed. Porrúa, México: 1998, p.15.

¹⁹³ De la Fuente, Ramón. *Psicología médica*. 2ª ed., Ed. FCE, México:1992, p. 22.

CAPÍTULO 5:

NECESIDAD DE LA CREACIÓN DE UNA CLÍNICA DE SALUD MENTAL EN ACAPULCO, GUERRERO

5.1 Diagnóstico situacional

5.1.1 Recursos humanos

A diferencia de otros estados de la República como Campeche o Quintana Roo, el estado de Guerrero cuenta con personal capacitado en el área de salud mental como psiquiatras, psicólogos, neurólogos y neurocirujanos¹⁹⁴ (ver cuadro 5-1), los cuales se concentran en el puerto de Acapulco y que, a excepción de los psicólogos, continúan siendo insuficientes ante la demanda poblacional de todo el estado.

Cuadro 5-1. Número de profesionales de salud mental laborando en Instituciones de Salud Pública.

Institución de Salud	Psiquiatras	Neurólogos	Psicólogos	Neurocirujanos
HGA	1	1	3	2
ISSSTE	2	1*	0	1
IMSS	3	3	6	2
Cija	1	0	7	0
Total	7	4	16	4

*Mismo que el HGA.

¹⁹⁴ HGA, Registro Hospitalario y Estadística, (marzo/04); ISSSTE, Departamento de Estadística (nov/03); IMSS, Jefatura de consulta de especialidades (nov/03); CIJA, Recepción (nov/03).

Los psiquiatras, neurólogos y neurocirujanos existentes en el puerto, han egresado de diferentes instituciones de educación superior en el país, ya que el estado no cuenta con instituciones que brinden capacitación en este tipo de especialidades. Estos se encuentran laborando en las diferentes instituciones de salud pública, como son el IMSS, ISSSTE, Hospital General de Acapulco, Hospital General de Renacimiento, Cija, CAAPS, Centro de Rehabilitación Cristo de la Misericordia y en el Centro de Readaptación Social de Acapulco (CERESO); algunos dividen su tiempo en dos o más de las mismas, y todos cuentan con consulta privada.

Por su parte, gracias a las instituciones educativas que brindan la Licenciatura en Psicología en el municipio de Acapulco, Guerrero, la población de psicólogos en el estado ha crecido significativamente en los últimos 8 años (ver cuadro 5-2)¹⁹⁵, sin contar a aquellos que han egresado de otras instituciones del país y que actualmente residen en Acapulco. Actualmente, el papel que desempeña el psicólogo en la sociedad es muy importante, ya que, entre muchas otras cosas, este se ocupa del diagnóstico y las causas de las enfermedades, así como del tratamiento de los problemas emocionales y conductuales, tales como la enfermedad mental, delincuencia, problemas ligados al desarrollo, alcoholismo, farmacodependencia, etc.¹⁹⁶ No obstante, a pesar de que la psicología abarca un campo muy importante dentro de la salud mental y de la salud en general, son muy pocos los psicólogos que laboran en instituciones de salud, comparado con la población total egresada de esta licenciatura.

¹⁹⁵ UAG, Coordinación de la facultad de psicología (Nov/03); UAA, Facultad de psicología (Ene/04); CUH, Coordinación académica (Nov/03).

¹⁹⁶ Whittaker, S.J. **Introducción a la psicología**. Ed. Interamericana, México:1985, p.11.

Cuadro 5-2. Población de estudiantes de psicología y egresados de las diferentes instituciones de educación superior en Acapulco

Inst. Educativa Facultad de Psicología	Población actual de alumnos	Número de egresados
Universidad Autónoma de Guerrero	1 162	850
Universidad Americana de Acapulco	89	49
Centro Universitario Hipócrates	70	27
Total	1 321	926

5.1.2 Recursos Materiales

En cuanto a recursos materiales y de infraestructura, en el estado de Guerrero no existe ningún hospital psiquiátrico del sector público que brinde atención a los enfermos mentales, ante esta situación, la Comisión Estatal de Defensa de los Derechos Humanos (CODDEHUM), emitió una recomendación a la Secretaría de Salud a fin de que se gestione la construcción de un hospital psiquiátrico en el estado. Dicha recomendación 008/2004 derivó del expediente Coddehum-VG/176/2002-II, luego de una revisión que realizó el este organismo respecto a la atención que se brinda a las personas afectadas de sus facultades mentales en la entidad.

Del trabajo de campo realizado por el organismo de derechos humanos, a través de sus coordinaciones, se descubrió que en la zona Norte existen 40 enfermos mentales que requieren atención,

divididos en 14 municipios. Mientras tanto en la Costa Chica hay 8 personas detectadas de los municipios de Ometepec, Tlacoachistlahuaca, Copala, San Luis Acatlán y San Marcos, que requieren atención. Asimismo, la Coddehum encontró que en la Costa Grande existen 318 enfermos, 74 de los cuales son atendidos en el Centro de Rehabilitación "Cristo de la Misericordia", ubicado en Tres Palos, en Acapulco, y los pacientes son de Petatlán, Zihuatanejo, Tecpan, Atoyac y San Jerónimo.

Derivado de sus investigaciones, la Coddehum concluyó que en Guerrero "es nulo el apoyo de las instituciones oficiales para brindar tratamiento y rehabilitación, además de que tampoco se cuenta con ningún centro de rehabilitación público para quienes padecen esta alteración de salud" y es un organismo privado el que cuenta con un lugar destinado a este fin, llamado "Cristo de la Misericordia", ubicado en Tres Palos, en Acapulco. De esta manera, los familiares de enfermos en busca de tratamiento se trasladan a Acapulco, Guerrero, o bien a Morelia, Michoacán.

Asimismo, en esta recomendación la Coddehum agregó que el hecho de no adoptar medidas preventivas ni proporcionar tratamiento adecuado a un enfermo mental, "equivale a hacerle nulo su derecho a la protección de la salud".¹⁹⁷

Cabe señalar que el número de enfermos anteriormente referido representa sólo los casos detectados y señalados por familiares e instituciones de salud o penitenciarias, pero no abarca a todos aquellos que deambulan por las calles de todo el estado, huérfanos

¹⁹⁷ Cervantes, Zacarías. "Pide Codehum la construcción de un hospital psiquiátrico en la entidad". Diario El Sur de Acapulco.
<http://www.suracapulco.com.mx/anterior/2004/marzo/10/guerrero.htm>.

y hambrientos (ver Fotos 1). Y tomando en cuenta lo señalado en el capítulo 3, el número estimado de pacientes que padece o ha padecido trastornos mentales en el estado de Guerrero podría ser de aproximadamente de 513 mil 274, de los cuales, el municipio de Acapulco podría albergar aproximadamente 120 mil 416 pacientes. Además, si consideramos que, la enfermedad mental no respeta edades e incluye a niños, adolescentes, jóvenes, adultos y ancianos, el riesgo abarca a toda la población.

Fotos 1. Enfermos mentales en situación de calle.



5.1.2.1 Centro de Rehabilitación: "Cristo de la Misericordia"

El Centro de Rehabilitación "Cristo de la Misericordia" se ubica en Tres Palos, un poblado a una hora y media de distancia del centro de Acapulco. Fue inaugurado en 1992 bajo la iniciativa del C. P. Francisco Román Alarcón Arce, miembro del patronato de las Iglesias católicas de Acapulco.

El proyecto nace de la iniciativa privada y es apoyado al inicio por el Gobierno del Estado, quien al igual que el patronato de la iglesia aportaron el dinero necesario para la construcción del centro, el cual consta de un área administrativa, un área con cuartos grandes para pacientes internados, celdas individuales para pacientes agresivos, consultorios, cocina, lavaderos, y un amplio espacio de áreas verdes.

No obstante, este centro se ha mantenido en funcionamiento gracias al apoyo económico del Patronato integrado por miembros de la iglesia católica, los cuales se encargan de reunir fondos a través de donaciones, cooperaciones de algunas parroquias de Acapulco y eventos especiales organizados con este fin.

Asimismo, el personal de salud con que cuenta este centro consta de dos psiquiatras, tres psicólogos y una enfermera. El centro funciona también como módulo de salud mental, en el que se otorgan consultas psiquiátricas de lunes a domingo, el promedio es de 10 consultas por semana, las cuales tienen un costo de \$100.00.

El personal de salud es proporcionado por la Secretaría de Salud, quien se encarga de realizar los pagos por los servicios correspondientes. Sin embargo, para el funcionamiento del lugar se cuenta con 16 empleados más, distribuidos en las diferentes áreas del centro, cuyos pagos correspondientes los efectúa el patronato, sin contar a los voluntarios que brindan apoyo atendiendo a los pacientes.

Actualmente, este lugar alberga a 125 pacientes, de los cuales 78 son hombres y 47 mujeres. Estos pacientes son llevados por sus familiares, quienes se encargan de sufragar los gastos de estancia en el lugar, el cual es de \$200.00 semanales e incluye el hospedaje, alimentación y consultas; los familiares tienen la obligación de visitarlos regularmente y proporcionar los medicamentos necesarios para la rehabilitación del paciente internado.

No obstante, la mayoría son pacientes llevados y abandonados por sus familiares, además existen pacientes indigentes que llegan solos o que son llevados por terceras personas, los cuales no tienen a nadie que se responsabilice por ellos ni que se haga cargo de sus gastos, por lo cual el centro tiene la necesidad de proveer alimentación y medicamentos para estos pacientes.

Todos los pacientes que llegan a este centro son diagnosticados, sin embargo, debido al elevado costo de los medicamentos, no todos reciben sus dosis correspondientes, lo que provoca un creciente deterioro en el paciente. Además no reciben un tratamiento terapéutico adecuado que los pueda conducir hacia la reintegración social, de hecho, entre las labores que se cuentan como terapia ocupacional, para aquellos pacientes en condiciones de realizarlas,

se encuentran el apoyo en la cocina, en la lavandería o en la limpieza del centro en general.¹⁹⁸

Sin dejar de lado la labor que realizan, debemos tomar en cuenta que dicho Centro de Rehabilitación, no cuenta con las instalaciones ni los recursos económicos necesarios para brindar un servicio y trato digno a los pacientes, ya que en cada cuarto permanecen hasta 20 individuos en completo hacinamiento, asimismo, se observan algunos pacientes desnudos, otros defecan dentro de la habitación, los pacientes con patologías más severas permanecen junto a aquellos en proceso de rehabilitación, los cuartos cuentan sólo con camas de cemento, sin almohadas, y un sin fin más de situaciones que olvidan por completo ofrecer una vida digna a los pacientes.

No obstante, ya que el "Cristo de la misericordia" es el único lugar en donde se pueden internar pacientes psiquiátricos en todo el estado, es necesario prestar atención a las condiciones físicas del lugar, así como a la falta completa de apego a las normas existentes respecto a la atención de pacientes psiquiátricos, a la falta de apoyo por parte del Gobierno municipal y estatal y de la Secretaría de Salud, además de la demanda que tiene como centro psiquiátrico y como módulo de salud mental. Sin embargo, el lugar cuenta con espacio suficiente para ser reacondicionado de tal manera que brinde todos los servicios necesarios para la rehabilitación y, posteriormente, la reinserción de los pacientes a la sociedad, y asimismo ofrecer condiciones de vida dignas a los mismos.

¹⁹⁸ Administración, Centro de Rehabilitación "Cristo de la Misericordia". (Abril/2004).

5.1.2.2 Centro de Readaptación Social de Acapulco (CERESO)

El Centro de Readaptación Social (CERESO) ubicado en el municipio de Acapulco, es el único en el estado que cuenta con un área destinada a pacientes psiquiátricos, la cual fue inaugurada en agosto del 2001. A esta área llegan aquellas personas que han cometido algún delito, y tras un examen psicológico y posteriormente psiquiátrico, han sido diagnosticados con alguna patología mental.

Esta área cuenta con un médico psiquiatra, que visita el penal dos o tres veces a la semana, un médico auxiliar de tiempo completo de lunes a viernes y un psicólogo que se encarga de la terapia ocupacional de los pacientes, la cual debido a la severidad de los trastornos de algunos pacientes, así como lo reducido de las áreas, consiste sólo en juegos y manualidades que posteriormente ponen en venta.

Actualmente existen 50 internos diagnosticados, 48 hombres y 2 mujeres, de los cuales 24 padecen esquizofrenia, 5 retraso mental, 3 trastorno psicótico secundario a sustancias psicoactivas, 1 trastorno psicótico secundario a estrés, 2 traumatismo craneo encefálico con agresividad, 1 trastorno bipolar tipo II, 1 trastorno esquizoafectivo, 1 psicosis orgánica, 1 demencia y 1 epilepsia y traumatismo craneo encefálico.

El penal proporciona los medicamentos necesarios a los pacientes, no obstante, hay ocasiones en que algunos de ellos requieren de

una mayor atención, en tales casos se trasladan al Centro Federal de Rehabilitación Psicosocial (CEFEREPSI) en el estado de Morelos, destinado a la atención de pacientes psiquiátricos provenientes de los penales. Actualmente, 9 internos del penal de Acapulco se encuentran en dicho lugar; al cabo de su tratamiento, el cual es indefinido, regresarán al CERESO.

A estos internos se les hace "válido" su derecho a la inimputabilidad, al ser puestos en un área especial dentro del penal y recibir tratamiento y atenciones especiales. Una vez cumplida su condena, pueden salir libres en caso de tener familiares que se hagan cargo de ellos, de lo contrario permanecen en el penal por tiempo indefinido.

Por otro lado, esta área del penal tiene capacidad para albergar un máximo de 50 pacientes, sin embargo, a pesar de que 9 pacientes internos están ausentes, el área ya se ve sobrepoblada, debido a que el espacio es muy pequeño y sólo cuenta con algunas habitaciones con camas individuales para tres o cuatro personas y un pequeño patio asoleado con piso de tierra en donde los pacientes internos pasan la mayor parte del día. Asimismo, el penal cuenta con habitaciones especiales para los pacientes agresivos, en donde se mantienen hasta que se recuperan y no representan peligro para los demás.

Por lo anterior, la Coddehum recomienda a la Secretaría de Seguridad Pública y Protección Ciudadana, de quien dependen los penales del estado, que provea lo necesario para que el área psiquiátrica del CERESO de Acapulco sea acondicionada en su

totalidad, para que quienes ahí permanecen gocen de las condiciones mínimas de vida digna.¹⁹⁹

Ya que el centro de rehabilitación "Cristo de la misericordia" y el CERESO de Acapulco son los únicos dos lugares en todo Guerrero donde se atienden e internan pacientes psiquiátricos, es sumamente necesario que las autoridades correspondientes presten la debida atención a este problema de salud pública, dada la demanda poblacional que existe.

¹⁹⁹ Cervantes, Zacarías, Op., cit.

5.2 Lineamientos de la Secretaría de Salud para la construcción, equipamiento y funcionamiento de hospitales de salud mental

La Secretaría de Salud se ha preocupado por establecer los lineamientos necesarios para la construcción, equipamiento y funcionamiento de hospitales de salud mental. De esta manera en el hospital para la atención de la salud mental que la S.S. presenta en este trabajo, se favorece la atención ambulatoria, se integra la infraestructura, el mobiliario y el equipo, así como las funciones del personal de salud en tal forma que se puedan efectuar los procedimientos para elaborar los diagnósticos y tratamientos en las mejores condiciones para lograr una atención médica de excelencia.²⁰⁰

Asimismo, el concepto funcional de hospital que la S.S. presenta está provisto de áreas de consulta externa, que atienda: 1) a las personas que demandan consulta para identificar la necesidad de atención médico-psiquiátrica, 2) al paciente con diagnóstico preestablecido y extienda sus servicios a la familia, orientando las actividades de aprendizaje y la conducta emocional y física, para que se emitan correctamente y se integren las actividades comunitarias, en particular, las que favorezcan la prevención de

²⁰⁰ Secretaría de Salud, Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario, Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud, Subsecretaría de coordinación sectorial: coordinación de salud mental. **Lineamientos para la construcción, equipamiento y funcionamiento de hospitales de salud mental.** México: 10 de abril del 2000.

adiciones e induzcan las actividades físicas, recreativas y socioculturales y 3) a pacientes con cuadros agudos.

Por lo tanto, la **Consulta Externa** se integra en tres áreas de atención a pacientes ambulatorios²⁰¹:

1. Consulta externa dirigida principalmente al **discernimiento** del diagnóstico. Proceso que consiste en efectuar revisiones periódicas con fines de identificar y atender precozmente el daño.
2. **De atención inmediata a personas con problemas agudos** que requieren acciones diagnósticas que incluyan pruebas básicas de laboratorio clínico y tratamiento, ya sea del tipo farmacológico o eléctrico. Este servicio cuenta con un consultorio de valoración, con su área de exploración y camas para observación diagnóstica y terapéutica, con duración máxima de tres días. Cuenta con un cuarto de aislamiento con sistemas de monitoreo, así como con el área especial para electroterapia con sistemas para registro de la actividad eléctrica del sistema nervioso.
3. **De seguimiento** con facilidades de infraestructura, mobiliario, equipamiento e instalaciones para medir los cambios conductuales, emocionales y sociales provocados por el tratamiento. El Servicio se completa con los recursos para medir y encauzar las actividades físicas y emocionales, al ejecutar tareas determinadas en trabajos específicos en forma

²⁰¹ Idem

individual o en grupo (terapia ocupacional), inclusive para guiar a los pacientes a desarrollar actividades que repercutan en la obtención de ingresos económicos (Clínica de Día).

A su vez, estos servicios de consulta externa antes descritos, deben funcionar para el seguimiento constante de los pacientes que permita la ejecución de los "modernos" tratamientos con la intervención de la familia, con elaboración completa de la historia clínica y el expediente familiar. El servicio de atención a problemas agudos con tratamiento inmediato de tipo farmacológico o de electroterapia con facilidades para observación continua por un máximo de 72 horas, al cabo de las cuales el paciente debe egresar o bien hospitalizarlo. Asimismo, el área de hospitalización para estancia máxima de 30 días, cuenta con cuartos de 6 o de 3 camas y uno de una cama, con facilidades de aislamiento (módulo de 20 camas).

Por otro lado, todos los servicios, desde el punto de vista arquitectónico, están diseñados en términos modulares que prevén su posible crecimiento, el cual se propone no sobrepase las 80 camas. Todos los otros servicios del hospital están diseñados para responder a esa demanda máxima. En caso necesario cuando se justifique un incremento por arriba de las 80 camas se deberá analizar la conveniencia de establecer este tipo de hospital en otra parte de la ciudad.

Asimismo, el funcionamiento de este nuevo tipo de hospital debe inducir además el diseño y establecimiento de "Centros Comunitarios" integrados a la comunidad y en gran medida operados por ella, que funcionen como unidades de atención primaria y de

acuerdo a los procedimientos de referencia y contrarreferencia. Para completar este sistema de atención a los enfermos mentales es necesario que este tipo de Hospital disponga de áreas especiales para la programación y realización de las actividades de enseñanza-aprendizaje, del personal de salud que labora en el propio hospital y para preparar a los recursos que trabajan en los Centros Comunitarios, así como a estudiantes de la materia en los niveles académicos. Este tipo de unidad debe permitir la ejecución de actividades de investigación básica, clínica y sociológica.²⁰²

Objetivos Específicos de la Secretaría de Salud en torno a los lineamientos para la construcción de hospitales de salud mental:

- ✓ Orientar a las autoridades estatales respecto a los elementos técnico-administrativos que coadyuvan a la evaluación del programa médico, proyecto médico arquitectónico, planos y memoria descriptiva, con el propósito de que se tramite con oportunidad tanto el permiso sanitario de construcción como la licencia de funcionamiento; el primero a cargo de la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud y la segunda de la Coordinación de Salud Mental.

- ✓ Proporcionar información básica, a los médicos, arquitectos e ingenieros que participan en la planeación, diseño y construcción de los Hospitales de Salud Mental respecto a los mínimos necesarios de infraestructura y equipamiento y a los

²⁰² Idem

directivos estatales del funcionamiento y plantillas de personal para este tipo de Unidad.²⁰³

Funciones Generales de un Hospital de Salud Mental:

Instrumentar los sistemas de atención médico-psiquiátrica integral que permitan efectuar acciones preventivas de enfermedades mentales incipientes, diagnósticos tempranos y tratamientos que logren la reinserción social de los pacientes. Para ello se da mucha proyección a las actividades de consulta externa que incluye los talleres para la rehabilitación integral de los pacientes, llevándolos a los niveles de obtención de oficios productivos. El hospital extiende sus acciones al coordinar las actividades en los Centros Comunitarios de salud o casas de medio camino.

Funciones a desempeñar por áreas dentro de un Hospital de Salud Mental:

Dirección

Es responsable de planear, programar, coordinar, dirigir, controlar y evaluar las actividades de la unidad; administrando los recursos humanos, materiales y financieros en forma tal que se alcancen las metas del área médica en materia de salud, con el mínimo costo y el máximo de eficiencia.

Coordinación de atención médico-psiquiátrica

Debe supervisar el funcionamiento de los módulos interdisciplinarios de Psiquiatría, Psicología, enfermería y de trabajo social en la

²⁰³ Idem

consulta externa; supervisar el funcionamiento de los módulos interdisciplinarios en la atención de pacientes externos en la clínica de día; supervisar el funcionamiento de la actividades en la atención a pacientes agudos, tanto en el consultorio de valoración como en la terapia eléctrica y en las camas de observación, así como en las áreas de encamados. Así también, controla el servicio de enfermería como uno de los ejes fundamentales en la asistencia, por ser quien más tiempo convive con los pacientes, revisa su funcionamiento e integración a los módulos interdisciplinarios, y su participación en las sesiones de tratamiento individual o de grupos, en las reuniones y seminarios de la Unidad. Así también, coordina las actividades de la farmacia para que se lleve el control de entradas y salidas de los medicamentos y en particular de los medicamentos controlados. Se deben formular oportunamente los pedidos de medicamentos para garantizar el surtido oportuno y en cantidad de las recetas emitidas por los médicos.

Coordinación de enseñanza, capacitación e investigación

Debe promover y realizar actividades de enseñanza e investigación, orientadas al desarrollo y capacitación de los recursos humanos en el área de psicología, psiquiatría y las tecnologías apropiadas. En colaboración con las autoridades correspondientes de la institución educativa, se encarga también de establecer los programas de los cursos formales de licenciatura a realizarse en la unidad y proponer los profesores e instructores, así como controlar las actividades docentes teóricas y prácticas de licenciatura; supervisando las materias que se imparten y los profesores que lo realizan, ya que esta actividad debe complementar los servicios asistenciales y no

disminuir los tiempos de atención a los pacientes. Así también, se encarga de elaborar y supervisar la ejecución de las actividades de capacitación del personal profesional, técnico y paramédico que labore en la unidad y en los centros de atención a la salud mental, con base en el diagnóstico establecido por las evaluaciones de los conocimientos, habilidades y capacidades del personal. Además de supervisar el funcionamiento de los servicios bibliográficos y evalúa sus aplicaciones y con base en los resultados propone modificaciones.

Por otra parte, dirige el taller de equipos médicos donde además de llevar el inventario funcional del equipamiento, las bitácoras de calibración y mantenimiento de los equipos se realizan las actividades de capacitación en la operación de los dispositivos médicos. Cuenta con un área de electrónica médica que desempeña múltiples funciones en las que destacan la realización de la calibración de los equipos, el mantenimiento preventivo y supervisa la contratación de los servicios de mantenimiento correctivo por compañías expresamente contratadas para esos fines. Participa en la capacitación de usuarios de los dispositivos médicos. Asimismo, controla la elaboración de los proyectos de investigación dentro de los programas preestablecidos de la Unidad con base en el diagnóstico de salud y necesidades de la población, los presenta al Comité de Investigación y Ética y, en su caso, al de Bioseguridad. Supervisa la ejecución de dichos proyectos poniendo particular énfasis en la integración del informe de resultados y su posible aplicación en las actividades asistenciales del propio hospital o de todos los de la República Mexicana.

Coordinación administrativa

Vigila y controla la elaboración del anteproyecto del presupuesto por programa y su ejercicio, incluye las cuotas de recuperación. Dirige los estudios de costo-beneficio para proponer a las autoridades correspondientes los montos de las cuotas de recuperación y las propuestas para su aplicación.

Supervisa los programas de mantenimiento de la infraestructura e instalaciones y con la Coordinación de enseñanza y el personal del taller de equipo médico, definen las prioridades de mantenimiento correctivo y las propuestas de asimilación de nuevas tecnologías propuestas por la coordinación de atención médico-psiquiátrica. Supervisa las atribuciones, funciones y actividades que garanticen las condiciones sanitarias del medio ambiente del hospital.

Recursos humanos

Lleva el control administrativo del personal que labora en la unidad, actualiza la currícula e informa a la Dirección lo correspondiente para mantener actualizado los niveles de conocimientos, habilidades y capacidades del personal incluyendo al profesional. Se encarga también de integrar y mantener actualizada la plantilla del personal, así como de elaborar y cuantificar las nóminas del personal.

Recursos financieros

Registro del ejercicio presupuestal y control de las Cuotas de recuperación incluyendo su ejercicio, integra las conciliaciones bancarias, dirige las evaluaciones costo-beneficio, define y propone los montos de las cuotas de recuperación y tramita y efectúa el seguimiento de donativos.

Recursos materiales

Revisa las necesidades de insumos por los servicios, integra y elabora los pedidos que aseguren el suministro adecuado en tiempo y cantidad. Con el personal de farmacia establece las características de los pedidos, establece y supervisa el cumplimiento del cronograma de los pedidos. Se responsabiliza de mantener actualizado el Censo de Equipamiento de la Unidad e informar a las Coordinaciones respectivas cualquier cambio. Supervisa las actividades de mantenimiento de la infraestructura y presenta la bitácora de mantenimiento al Consejo Directivo cada semestre.

El área de Mantenimiento tiene la responsabilidad de la conservación y mantenimiento de los bienes muebles e inmuebles de las distintas áreas del Hospital. Realiza el mantenimiento de instalaciones, máquinas y equipamiento no médico, debe asegurar el abastecimiento continuo y funcionamiento permanente de diversos servicios generales como: agua, electricidad, sanitaria, gases y de la recolección de la basura en el hospital.

Talleres para terapia

El diagnóstico de la situación de salud de la comunidad incluye la evaluación del tipo de materiales o productos generados con herramientas de bajo riesgo, lo cual indica el tipo de talleres de terapia ocupacional que resultan útiles en la comunidad donde se construye el hospital de Salud Mental.

El trabajo en los talleres se organiza de acuerdo al sistema llamado "dual" en el cual el instructor toma la ejecución inicial de las acciones o actividades en forma directa, manual y no únicamente de tipo pizarrón, es decir, el instructor ejecuta directamente las acciones en

las cuales desea se capaciten los participantes y poco a poco les va dejando la "iniciativa".

En el caso de los Talleres de los establecimientos de atención a enfermos con alteraciones mentales se establecerán cuáles son las actividades que tienen riesgo y éstas siempre estarán a cargo de los instructores. Es más, el diseño de los talleres incluye el área separada pero con visibilidad bidireccional, donde se instalan todos los equipos o herramientas de riesgo que son operadas por los instructores. La propuesta fundamental de los talleres de actividades manuales, es buscar que tengan productos específicos que puedan generar pequeños ingresos, tratando como mínimo, de lograr el automantenimiento de los talleres.

Actividades culturales y deportivas

Gimnasio: para el desarrollo de la coordinación psicomotriz gruesa y fina, así como para la prevención y atención a deformidades físicas en cada paciente. Sala de promoción y mantenimiento de vínculos socio-afectivos entre pacientes y con el personal de la institución, los familiares y las amistades de los pacientes y en general con la comunidad.²⁰⁴

²⁰⁴ Idem

Capacidad de Atención a pacientes que debe tener un Hospital de Salud Mental:

Consulta de discernimiento:

Considerando que la Consulta psiquiátrica de primera vez dure 60 minutos y las consecutivas 30 minutos, se propone que el médico psiquiatra en su turno de 7 horas puede atender 4 y 6 pacientes respectivamente dando un total de 10 pacientes por turno. El Hospital cuenta con tres consultorios por lo tanto podrán trabajar tres psiquiatras dando un total de 30 consultas por turno por 20 días, con ello se otorgarían 600 consultas al mes, al año considerándolo de 11 meses significan 6600 consultas. Al Incrementar el turno vespertino se proporcionarían otras 6600 consultas por lo tanto se otorgarían 13200 consultas al año.

Por otro lado la atención psicológica, por lo general indicada por el médico-psiquiatra, podría en el turno de 7 horas atender 10 pacientes; como se cuenta con dos consultorios se atenderían 20 personas turno, por 20 días se tiene una cobertura de 400 personas y en 11 meses 4400, al incrementar el turno vespertino se suman otras 4400 y en total se tiene la posibilidad de otorgar 8800 servicios de psicología dando un total de 22 000 servicios al año.²⁰⁵

Atención de pacientes agudos:

Se supone que se pueden atender 6 pacientes por turno, en 30 días se atenderían 180 personas, lo cual en el año significa 2160 pacientes, al agregar el turno vespertino se suman 2160 pacientes dando un total de 4320 pacientes agudos, a los cuales se les otorgó

²⁰⁵ Idem

el tratamiento farmacológico o electro terapéutico necesario. En camas de observación aguda, se pueden tener 6 pacientes, considerando una permanencia de 2 días en promedio, se cubriría la demanda de 15 personas al mes, que significa 180 al año.

Clínica de Día:

Cuenta con dos consultorios de psiquiatría, dos de psicología y un taller para terapia de grupos. En los consultorios se podrá atender a tres pacientes por hora, ya que todos cuentan con un expediente clínico completo, lo que significa 12 pacientes por hora por turno de 7 horas 84 personas que se atenderán. Por 20 días 1680, al año se otorgarán 20 160 servicios (atenciones de pacientes).

Estos servicios se pueden duplicar al indicar el turno vespertino (40320). En los cuatro talleres aceptando que reciban de 10 a 20 pacientes en promedio significa de 40 a 80 personas en el turno matutino para dejar el turno vespertino para los pacientes hospitalizados. El número de servicios que pueden otorgarse a la semana son de 200 a 400, por 20 días de 4000 a 8000 y al año de 48 000 a 96 000.

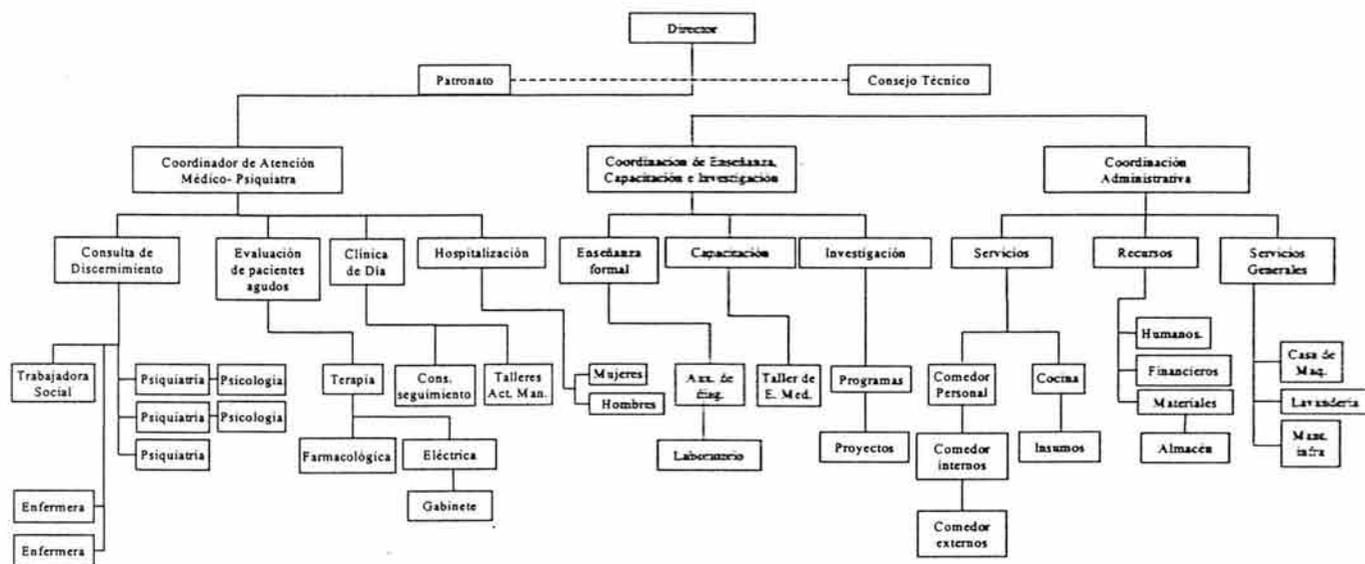
Hospitalización:

Se proponen 20 camas considerando una permanencia promedio de 15 días; se podrán hospitalizar 40 pacientes al mes, multiplicado por 12, se podrán otorgar 480 servicios al año. Como se mencionó el diseño del hospital es de tipo modular en el cual fácilmente se pueden incluir otras 20 camas (480 servicios) y en total se recomienda que se incremente hasta 80 camas, lo que significa poder otorgar 1920 servicios de hospitalización de estancia media, al año.

Este proyecto incluye también el organigrama funcional del hospital (ver cuadro 3-13), así como el proyecto médico-arquitectónico y planos arquitectónicos que se presentan a continuación, en donde se detalla la propuesta de diseño de dicho hospital, con el propósito, como se mencionaba anteriormente, de orientar a las autoridades estatales, médicos y arquitectos en el tipo de necesidades que debe cubrir un hospital de salud mental.²⁰⁶

²⁰⁶ Idem.

ORGANIGRAMA FUNCIONAL DE UN HOSPITAL DE SALUD MENTAL



Cuadro 3-13.

PROYECTO MÉDICO-ARQUITECTÓNICO

1. ACCESO PRINCIPAL
Vestíbulo
Control
2. GOBIERNO
Dirección
Sanitario
Sala de Juntas
Subdirección
Administrador
Recursos Materiales
Recursos Humanos
Recursos Financieros
Apoyo secretarial (4)
Sanitarios personal
Hombres y Mujeres
Cuarto de aseo
3. ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
Jefatura
Secretaria
Sala de espera
Aula 25 plazas
Biblio Hemeroteca
Taller de equipos médicos
Sanitarios alumnos
Hombres y Mujeres
4. CONSULTA EXTERNA
Sala de espera
Sanitario Público Hombres y Mujeres
Admisión con baño
Archivo y Estadística
Farmacia
Trabajo Social (2)
Consultorios de Psicología (2)
Consultorios de Psiquiatría (3)
Cámara Gessel
5. CLÍNICA DE DIA
Vestíbulo y control
Consultorios de Psicología (2)

Consultorios de Psiquiatría (2)
Cámara Gessel (1)

Trabajo Social (2)
Cámara Gessel para terapia de grupos
Sanitarios público
Hombres y Mujeres
Area de Talleres (5)
Comedor Clínica de día
6. AUXILIARES DE DIAGNOSTICO
Laboratorio
Control
Oficina
Peines (2)
Contenedores apropiados de reactivos
Toma de muestras
Sala de espera
7. ATENCIÓN A PROBLEMAS AGUDOS
Sala de espera
Consultorio
Electro-Terapia con gabinete para registros de la actividad eléctrica
Observación (5 camas)
Aislado (1)
Baño pacientes
Central de enfermeras
Sanitario personal
Séptico

8. HOSPITALIZACIÓN
HOMBRES
Consultorio
Curaciones
Baños pacientes
Camas (9)
Aislado (1)
Sala de día
Central de enfermeras
Sanitario personal
Ropería
Séptico
Cuarto de aseo

9. HOSPITALIZACIÓN
MUJERES
Consultorio
Curaciones
Baños pacientes
Camas (9)
Aislado (1)
Sala de día
Central de enfermeras
Sanitario personal
Ropería
Séptico
Medicamentos
Cuarto de aseo

Usos Múltiples
Actividades de la vida diari

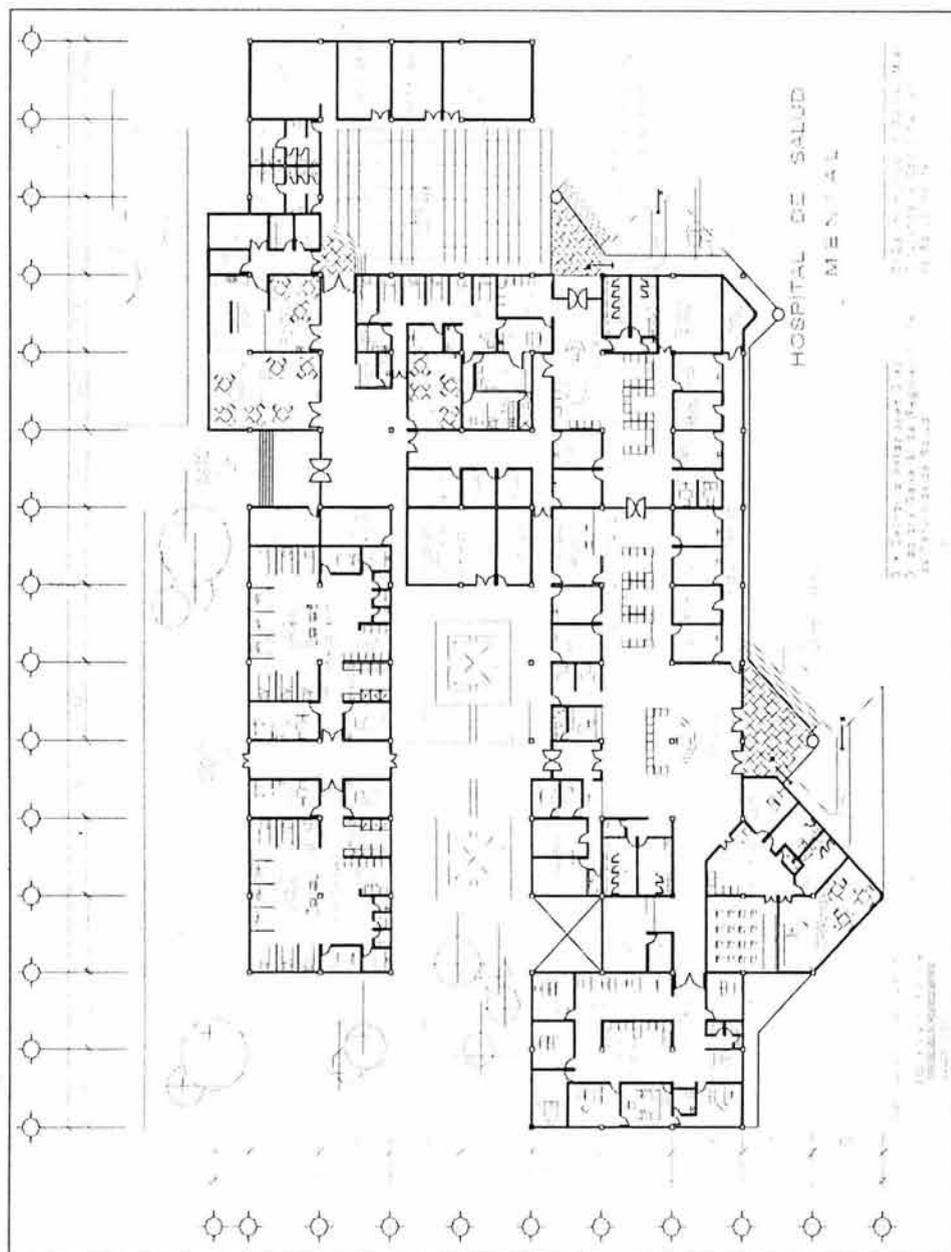
10. SERVICIOS GENERALES
Control de asistencia
Area de nutriología y
dietología
Comedor pacientes
internos, de la clínica de
día y personal
Cocina
Cuarto Frío
Almacén
Alacena
Vajillas
Almacén
Lavandería
Mantenimiento
Cuarto de máquinas
Bodega

Baños y vestidores de personal

Hombres
Mujeres

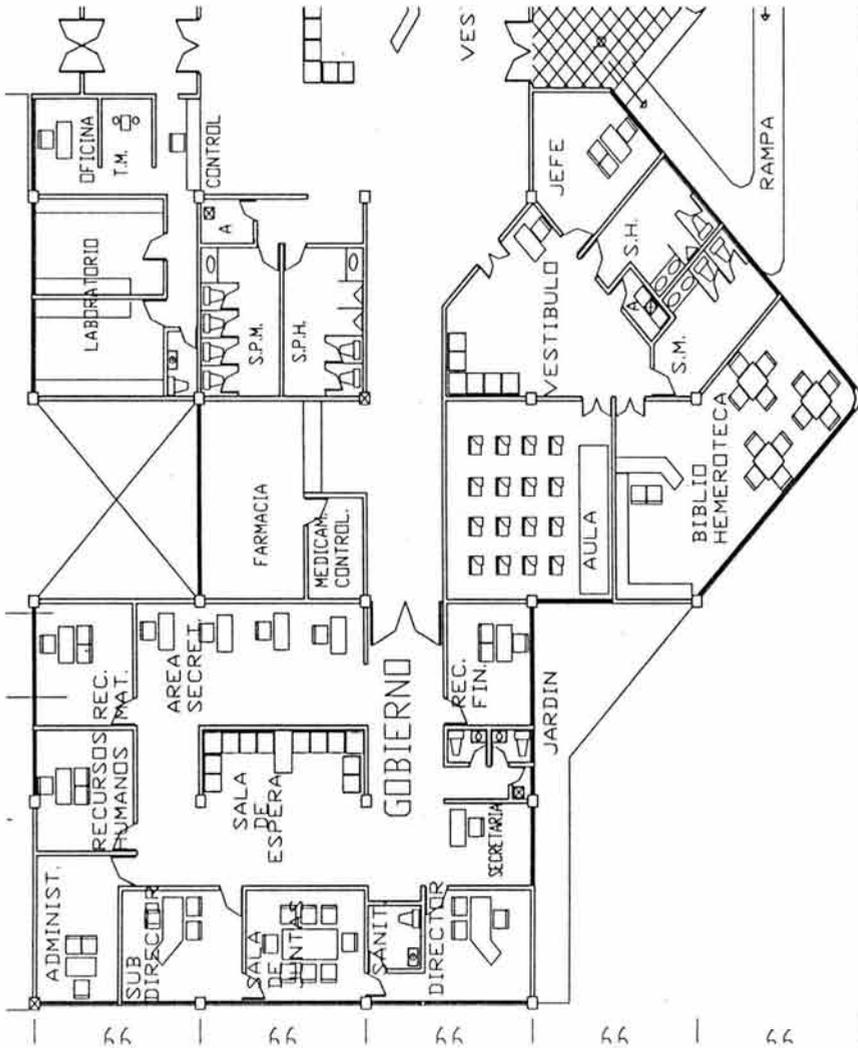
Caseta de control

PLANOS ARQUITECTÓNICOS DE UN HOSPITAL DE SALUD MENTAL

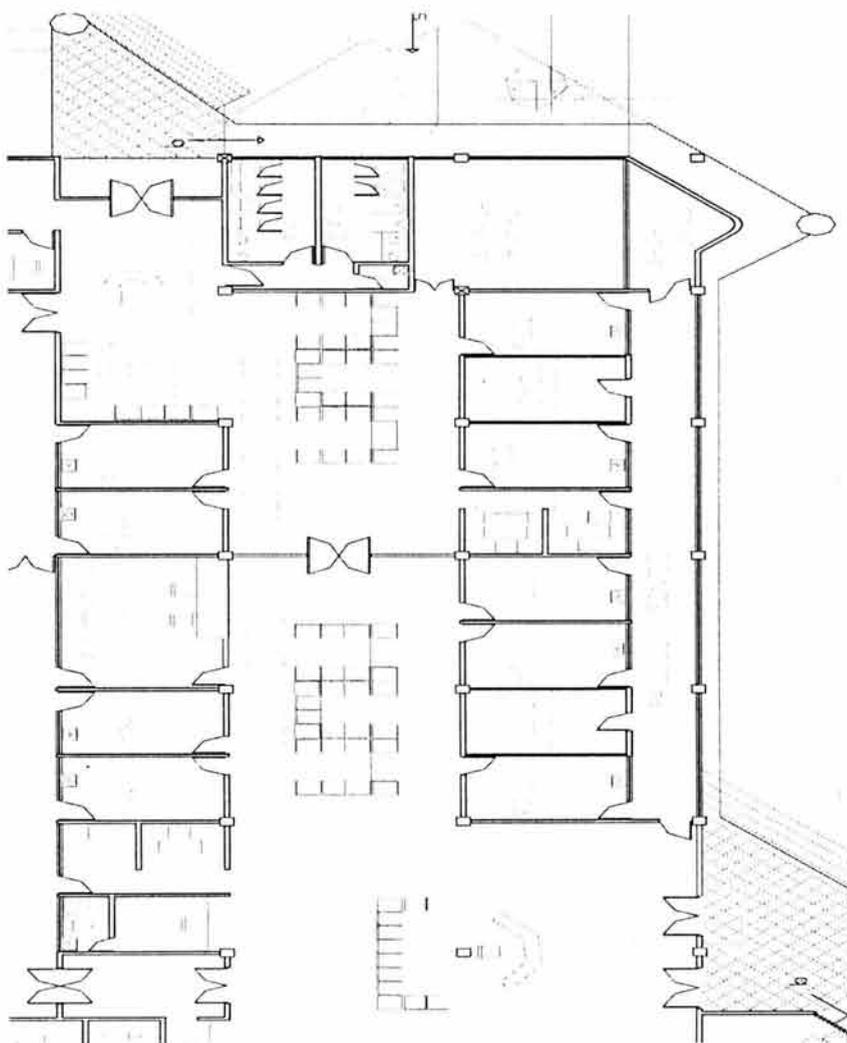


A continuación se presentan los diferentes módulos del hospital psiquiátricos ampliificados:

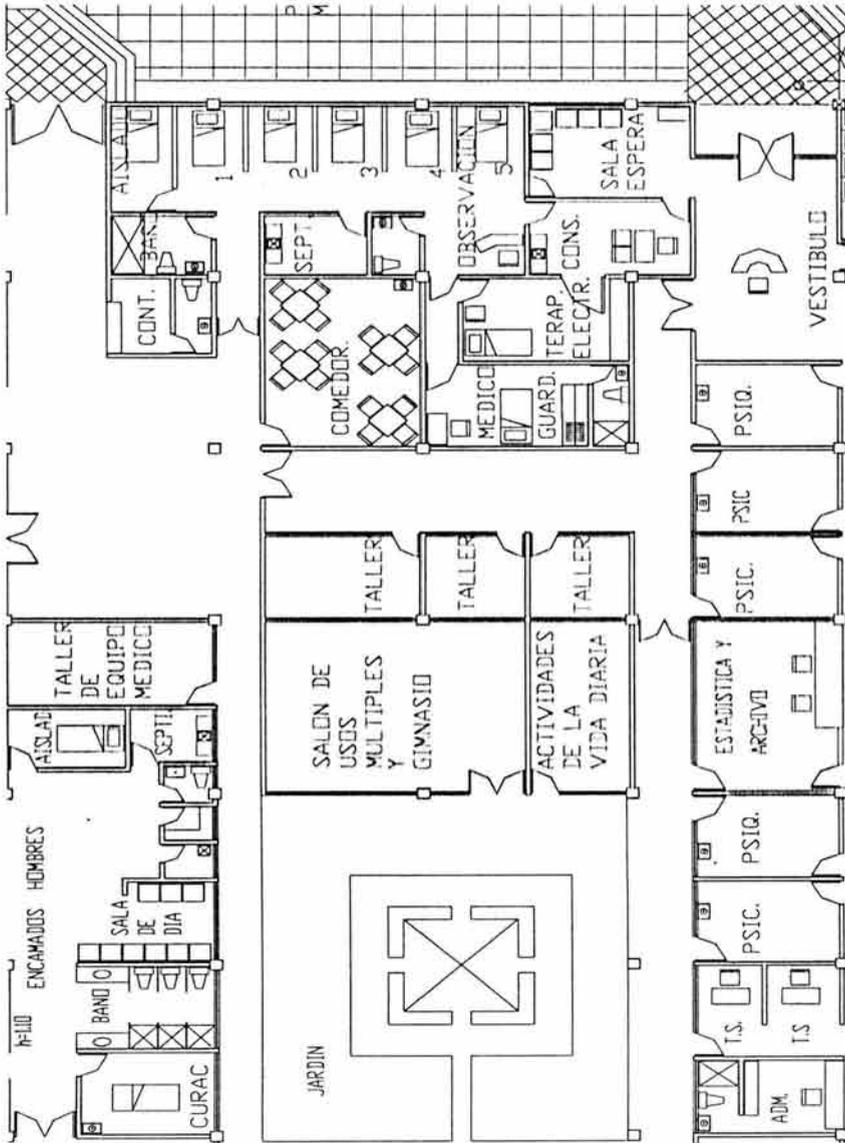
1. Gobierno y enseñanza



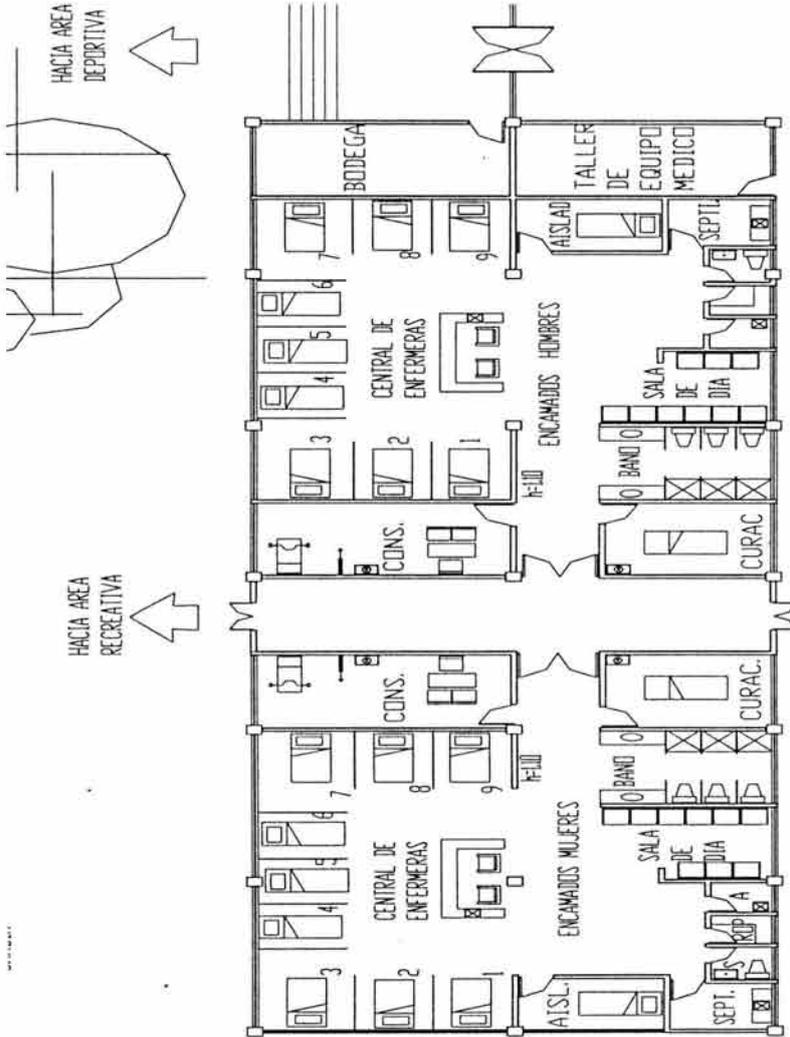
2. Consulta externa y clínica de día



3. Atención a problemas agudos y taller de actividades manuales.



4- Módulo de encamados (Estancia máxima 1 mes)



5. Servicios Generales



5.3 Propuesta de la Secretaría de Salud para el funcionamiento de un hospital psiquiátrico

Existen aproximadamente, más de 16 millones de mexicanos con algún trastorno mental que podrían requerir atención especializada, de los cuales el 95% corresponden a pacientes que necesitan servicios de tipo ambulatorio. Cerca de 20 mil pacientes requirieron de hospitalización psiquiátrica en las unidades de la Secretaría de Salud, por presentar un episodio agudo durante el año de 1999, lo que equivale al 3.4% de los pacientes vistos en consulta externa ese mismo año; de éstos, cerca de 2 mil estuvieron internados de manera permanente bajo el modelo asilar tradicional.²⁰⁷

Tomando en cuenta la experiencia previa, la Secretaría de Salud dio conocer los aspectos a considerar para el funcionamiento óptimo de los hospitales psiquiátricos en el país²⁰⁸:

Población Objetivo. Atenderá principalmente a pacientes en su primer episodio psicótico agudo, en episodios agudos de enfermedades crónicas que requieran hospitalización temporal, a pacientes con episodios psicóticos continuos, a pacientes con episodios afectivos en los que exista riesgo de agresión, a pacientes con difícil diagnóstico, a pacientes refractarios a tratamiento, así como a pacientes con trastornos crónicos descompensados.

Personal. Se dispondrá del personal en número y preparación suficiente para llevar a cabo las funciones con un nivel adecuado de

²⁰⁷ Secretaría de Salud, Op., cit., , p. 161

²⁰⁸ Idem, pp.163-165.

calidad técnica e interpersonal. Las funciones serán: preventivas, de tratamiento, de rehabilitación, de enseñanza y de investigación, siguiendo un modelo médico de atención integral, basado en la NOM-025-SSA2-1994.

Hospitalización de larga estancia. Ha sido proporcionado bajo el esquema de hospitalización asilar, para aquellos pacientes con patología mental que no puedan valerse por sí mismos y que carezcan de familiares que puedan hacerse responsables de ellos. La propuesta de este modelo es que estos enfermos sean reubicados en el servicio de tipo residencial especializado, en donde se les proporcionen las mejores condiciones de vida y de cuidados.

La SS deberá de convenir con las instituciones públicas, las de asistencia social, las asociaciones privadas y con la sociedad en su conjunto para que se atienda esta problemática, en los distintos niveles de gobierno.

Unidad de hospitalización de corta estancia. Estas unidades son necesarias para el internamiento transitorio del paciente con episodio agudo que requiere contención, para evitar daños a sí mismo o a los demás, o bien para pacientes que, aunque no son de riesgo, requieran de un internamiento temporal para elaborar un diagnóstico o suministrar el tratamiento bajo la supervisión estrecha del personal médico.

Servicio de hospitalización parcial. Es para aquellos pacientes en donde el objetivo primordial es la rehabilitación para la reinserción a la vida familiar, social y laboral en la modalidad de hospital de día, noche o fines de semana.

Consulta externa. Estarán destinadas a la atención de:

- a) Pacientes que estuvieron hospitalizados en la institución, para llevar a cabo una supervisión ambulatoria estrecha del paciente, con el objetivo de evitar recaídas.
- b) Pacientes que tratados en los Centros Comunitarios de Salud Mental (CECOSAM) no hayan tenido una respuesta terapéutica satisfactoria.
- c) Pacientes que cumplan criterios para entrar a algún protocolo de investigación que se este realizando en la institución.
- d) Pacientes referidos desde el CECOSAM para la precisión del diagnóstico y el establecimiento de un tratamiento adecuado, posterior a ello se contrarreferirá a estos usuarios al centro que les corresponde para que continúe el tratamiento. Se tiene contemplada la creación de clínicas de atención continua para los diferentes trastornos psiquiátricos y neurológicos para los cuales se contará con programas específicos.

Departamentos de enseñanza. Su principal objetivo es la formación de recursos humanos en la especialidad de psiquiatría y capacitación continua del personal que labora en la institución, como son: médicos adscritos, residentes, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, personal administrativo y otros.

Departamento de investigación. Los estudios que se lleven a cabo serán preferentemente de tipo clínico, epidemiológico, de servicios y farmacológico; este departamento apoyará y en su caso dará asesoría a los estudios y protocolos que se lleven a cabo en los CECOSAM y otros servicios relacionados con la

salud mental. Este departamento estará integrado por un área de investigación clínica y otra de bioética, corresponsables de la investigación clínica y farmacológica.

Departamento de auxiliares de diagnóstico. Se realizarán estudios de psicodiagnóstico, psicosociales, así como de laboratorio clínico básico como biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, coproparasitoscopia y específicos como electrolitos séricos, niveles anticonvulsivantes y litio. Además se realizarán estudios de imagen y de gabinete.

Área de rehabilitación para la reinserción social. Se realizará en conjunto con el servicio de hospital parcial, conformando un área de escuelas y talleres que capaciten a los pacientes en actividades laborales que faciliten su autonomía y con ello su reinserción social.

Comité ciudadano. Su labor estará encaminada a la vigilancia de los derechos humanos de los pacientes con trastorno mental, tanto en hospitalización como en la consulta externa, además de buscar patrocinios con instituciones públicas y privadas para el financiamiento del tratamiento del paciente.²⁰⁹

²⁰⁹ Idem.

CONCLUSIÓN Y PROPUESTA

La necesidad apremiante de la creación de un centro destinado al cuidado integral de la salud mental en el estado de Guerrero, no tiene discusión, ya que es obligación del Gobierno Federal, Estatal y Municipal, así como de la Secretaría de Salud, proporcionar los servicios necesarios para el cuidado de la salud en general, según lo establecen las leyes vigentes.

Dado el marco de referencia en cuanto a la prestación de servicios de salud mental en el estado, podemos decir drásticamente que se empezaría de cero. La falta de información en la población genera un rezago cultural, el cual se ve reflejado en la falta de búsqueda de ayuda profesional y en la falta de conocimientos para identificar una enfermedad de este tipo, en los demás o en sí mismos; aún en nuestros días, existen pacientes con trastornos mentales cuyos familiares mantienen encadenados, por temor o ignorancia.

A pesar de la labor que realizan los hospitales de Acapulco, existe una carencia de recursos, tanto humanos como materiales. Aunado a esto, la cifra estimada de prevalencia de trastornos mentales en la entidad, no pasa desapercibida; y no son sólo aquellos cientos que deambulan por las calles, son también niños, amas de casa, trabajadores, ancianos, o jóvenes que dejan sus huellas en las estadísticas de suicidios.

Asimismo, el único centro en el estado de Guerrero que presta atención a pacientes con patologías mentales, es de tipo no gubernamental, y no cuenta con la estructura, el personal, la higiene, los recursos económicos, y por consiguiente, ni con el funcionamiento necesario para la mejora de los usuarios. De esta manera, al ver los grandes avances que se han tenido en otros estados en cuanto a temas de salud mental, la situación en Guerrero sólo refleja la falta de compromiso por parte de las autoridades, en esta área de la salud. Por lo tanto, es necesario que las autoridades correspondientes presten atención urgente a esta necesidad, se ocupen de ella, y se preocupen por hacer frente al aumento progresivo de los trastornos mentales, debido al ritmo de vida que la sociedad actual exige. En base a esto y a la investigación previamente analizada, se propone la creación de una Clínica de Salud Mental en Guerrero.

No obstante, antes de continuar es necesario establecer la diferencia entre una clínica de salud mental y un hospital psiquiátrico. Para ello, comenzaremos explicando los 3 niveles de atención en los que se divide el Sector Salud para un mejor funcionamiento:

Los servicios de *Primer Nivel* están constituidos por centros de salud, consultorios médicos, dispensarios y unidades de medicina familiar. En ellos sólo se presta atención de consulta externa. Además de ser los más numerosos, las unidades de atención médica de primer nivel son la base de todo nuestro sistema de salud. En estos centros se lleva a cabo la mayor y más importante labor de *Prevención* a través de diferentes programas.²¹⁰

²¹⁰*Hospitales*. <http://www.virtual.epor.br/material/healthcare/spanish/50101.PDF>.

Por su parte, los servicios de *Segundo Nivel* están constituidos por unidades médicas más complejas donde se atienden problemas que requieren algunos recursos que no se tienen en el primer nivel de atención; cuentan también con análisis de laboratorio y servicio de rayos X. Su característica fundamental radica en que cuentan con área de hospitalización para encamar pacientes y casi siempre cuentan con un servicio de Urgencias abierto las 24 horas del día.²¹¹

Por último, los servicios de *Tercer Nivel* están constituidos por Hospitales en los cuales se imparte consulta de alta especialidad en padecimientos del corazón, riñón, cerebro, hígado, cáncer, VIH-SIDA, salud mental, entre otros.

De esta manera, un Hospital puede brindar servicios de *segundo* o *tercer nivel*, dependiendo del tamaño y del nivel de especialización; dentro de sus funciones, además de diagnosticar y tratar la enfermedad de los pacientes, incluye la práctica de la investigación y la enseñanza, labores que llevan a la formación de nuevos profesionales en el área de la salud y al descubrimiento de nuevos métodos de tratamiento. Además la infraestructura, los recursos humanos y financieros, así como el nivel, calidad y cantidad de servicios son mayores en un hospital que en cualquier otro establecimiento sanitario.²¹²

Por su parte, una Clínica es un establecimiento sanitario que puede ofrecer atención de *primer* o *segundo nivel*, dependiendo también del tamaño y del nivel de especialización con que cuente. En esta se diagnostica y trata la enfermedad de un paciente, el cual puede estar ingresado o ser atendido en forma ambulatoria. Dentro de sus

²¹¹ *Niveles de Atención:* <http://www.mipediatra.com.mx/infantil/niveles-atención.htm>

²¹² *Hospitales, Op.,cit.*

funciones principales se encuentra la prevención de enfermedades a través de la difusión informativa en la comunidad.

Sin lugar a dudas, la construcción de un Hospital Psiquiátrico en la entidad sería la mejor respuesta ante los problemas de salud mental que se presentan. Sin embargo, al darnos cuenta de la magnitud de recursos que se requieren para la construcción y funcionamiento de un hospital, optamos por proponer la creación de una Clínica de Salud Mental que brinde servicios de *segundo* nivel, con el objetivo de iniciar una apertura ante este tipo de trastornos en la sociedad; no dejando de lado la posibilidad de ubicarla en un área extensa que pueda dar pie a la ampliación de los servicios cuando así se requiera, logrando alcanzar poco a poco la cantidad y calidad de servicios que brinda el Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental.

Asimismo, se propone el municipio de Acapulco para el establecimiento de la Clínica de Salud Mental, ya que es aquí donde se concentra el mayor número de población de todo el estado, es la zona más urbanizada y por lo tanto, cuenta con los mejores servicios de salud de todo Guerrero, a donde acuden personas procedentes de diferentes partes de la entidad e incluso de estados vecinos. Además, es aquí donde se concentran el personal médico psiquiátrico y neurológico, al parecer de todo el estado; de igual manera, las diferentes instituciones públicas y privadas de educación superior que imparten la Licenciatura en Psicología, así como la mayoría de los egresados de dichas instituciones, se encuentran en este municipio.

De esta manera, empezaremos por definir los Objetivos y servicios que se proponen para esta Clínica:

Objetivos:

1. Ofrecer servicio médico psiquiátrico, psicológico y neurológico de calidad a pacientes de todas las edades y de ambos sexos.
2. Asistencia médica y psicológica especializada, tanto en consulta externa como en hospitalización.
3. Propiciar las acciones de prevención, orientación y rehabilitación del paciente.
4. Facilitar al paciente un ambiente terapéutico que apoye su pronta recuperación.
5. Promover la participación de la familia en la rehabilitación del paciente.
6. Promover la sensibilización de la comunidad en cuanto a temas de salud mental.

Servicios:

- Consulta externa de especialidades: psiquiátrica, neurológica y psicológica.
- Servicio de urgencias las 24 horas, todos los días del año.
- Unidad de hospitalización de corta estancia.
- Departamento de auxiliares de diagnóstico.
- Terapia individual, grupal y familiar.
- Talleres ocupacionales.

En este sentido se dispondría del personal en número y preparación suficiente para llevar a cabo las funciones con un nivel adecuado de calidad. Entre dicho personal se contaría con enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, neurólogos, psiquiatras, personal administrativo, entre otros. Además, debido a la gran cantidad existente de niños con patologías neurológicas, psicológicas o psiquiátricas, sería necesario contar con personal capacitado en atención a las psicopatologías infantiles.

Asimismo, las funciones de la Clínica de Salud Mental serían enfocadas a la prevención, tratamiento y rehabilitación:

Funciones preventivas

Las acciones preventivas a nivel comunitario, se llevarían a cabo con la realización de campañas informativas por medios publicitarios y a través de conferencias y orientación a grupos escolares y laborales en todos los niveles. Estas acciones se realizarían con el objetivo de crear una cultura de prevención de la enfermedad mental.

La intervención de los psicólogos en las funciones preventivas es de gran importancia, ya que en la comunidad el psicólogo encuentra un campo amplio para desenvolverse como agente activo de la promoción de la salud, relacionándose con grupos e instituciones y explorando los recursos a su alcance.²¹³ De hecho, el programa de salud mental de la OMS señala cuatro actividades de la salud en los cuales los psicólogos pueden jugar un papel central:

²¹³ De la Fuente, Ramón. Op., cit., p. 521.

1. El desarrollo de políticas de salud mental y su promoción, evaluación y apoyo,
2. Aplicación de conocimientos psicosociales en la salud y el desarrollo humano,
3. La prevención y el control del abuso de alcohol y otras drogas adictivas, y
4. La prevención y el manejo de enfermos mentales y neurológicos.²¹⁴

Tratamiento

Por su parte, el tratamiento se llevaría a cabo a través de la consulta externa de las diferentes especialidades. Aquí se atenderían a aquellas personas que requirieran identificar la necesidad de atención psiquiátrica, psicológica o neurológica (consulta de discernimiento) y a pacientes con diagnósticos preestablecidos que requirieran seguimiento. La unidad de consulta externa contaría con dos consultorios de psiquiatría, dos de neurología y tres de psicología, los cuales otorgarían servicios en dos turnos: matutino y vespertino.

Asimismo, la unidad de hospitalización de corta estancia albergaría a aquellos pacientes que requirieran internamiento transitorio en los episodios agudos de la enfermedad y a los pacientes que aunque no fueran de riesgo, requirieran de un internamiento temporal para elaborar un diagnóstico o suministrar el tratamiento bajo

²¹⁴ Idem, p.522.

supervisión. La permanencia máxima sería de 30 días, de acuerdo a los lineamientos de la Secretaría de Salud.

Rehabilitación

Como resultado de una enfermedad crónica, un accidente, un trastorno neurológico o psiquiátrico, o por los procesos normales del envejecimiento, algunos pacientes sufren deterioro de sus funciones cognoscitivas, sensoriales o motoras. De esta manera, el objetivo de la rehabilitación es ayudar al paciente, independientemente de las causas y el deterioro que presenten, a desarrollar al máximo las capacidades que aún conservan, con el fin de recuperar la competencia física, psicológica, social y económica de que es capaz.

En este proceso de rehabilitación es relevante la aplicación de técnicas modificadoras de la conducta, las cuales incluyen cambios de las condiciones que impiden al individuo aprender conductas adaptativas. Por tal motivo, dentro de las funciones de rehabilitación se incluirían las terapias individuales, grupales y familiares, así como los talleres ocupacionales; todo esto a cargo de profesionales en psicología. Asimismo, uno de los propósitos principales de las funciones de rehabilitación en la Clínica de Salud Mental, sería propiciar una integración del paciente a su familia, pieza fundamental para la mejora continua, y posteriormente para la reinserción del paciente a la sociedad; además se conformarían talleres que capacitaran a los pacientes en actividades laborales que facilitarían su autonomía.

De acuerdo a los servicios que se proponen para la Clínica, las instalaciones básicas requeridas serían:

- Área de gobierno
- Área de Urgencias
- Área de consulta externa, con 6 consultorios (2 de psiquiatría, 2 de neurología y 2 de psicología).
- Área de hospitalización corta, con una habitación amplia para mujeres y otra para hombres. Estas habitaciones deberán contar con 8 camas cada una, sala de descanso y áreas verdes.
- Dos aulas para terapias de grupo y familiar
- Sala amplia para talleres ocupacionales
- Departamento de auxiliares de diagnóstico (laboratorio, imagen, gabinete, psicometría)
- Farmacia
- Áreas verdes
- Cafetería

Esta Clínica sólo ofrecería atención de consulta externa durante el día y la tarde, por la noche sólo se atendería a los pacientes que hubieran sido internados temporalmente y a los que llegasen a la sala de Urgencias. No obstante, debido a la extensa demanda es necesario que los diferentes hospitales de la zona se ocupen también de seguir brindando atención y de destinar un número de camas a los pacientes psiquiátricos, de acuerdo a los lineamientos establecidos por la Secretaría de Salud.

Por otra parte, la Clínica a su vez podría beneficiar y ser también beneficiada con la realización de servicios sociales dentro de sus instalaciones. Con este fin, se propondría también la creación de un Servicio de Apoyo Telefónico, basado en el Servicio Telefónico que ofrece la Cruz Roja en el Distrito Federal. Este servicio sería proporcionado por profesionales de la salud mental y pasantes de psicología y trabajo social de diversas universidades de la ciudad, los cuales estarían adecuadamente capacitados y supervisados. Dentro de las labores a realizar se brindaría consejo psicológico e intervención en crisis por teléfono, de forma gratuita, las 24 horas del día, todos los días del año.

Asimismo, ya que se pretende promover ampliamente la prevención de los trastornos mentales, la creación de una Clínica de Salud Mental en el estado, entre muchas otras ventajas, daría empleo directa e indirectamente a los egresados de la licenciatura en psicología de las diferentes instituciones del estado y evitaría la emigración de los mismos hacia otras ciudades. Además, con las campañas informativas se podría incrementar el conocimiento de la población en general respecto a las enfermedades mentales, lo cual se podría ver traducido en un mayor porcentaje de personas en busca de apoyo psicológico y psiquiátrico, previniendo así el desarrollo de patologías más severas.

Finalmente, el proyecto médico-arquitectónico y los planos arquitectónicos del hospital psiquiátrico aportados por la Secretaría de Salud, podrían servir como referencia para la construcción de la Clínica de Salud Mental, tomando en cuenta las necesidades anteriormente señaladas. Asimismo, la clínica podría ser ubicada

de tal manera que facilitara en determinado tiempo la ampliación de la construcción, sin obstaculizar la prestación de servicios.

Sin lugar a dudas, la existencia de un centro destinado a la salud mental, además de ser una necesidad, representaría un gran avance para el estado de Guerrero, el cual podría ponerse al margen de la demanda poblacional; además podría representar también una ventaja en el ámbito turístico, ya que probablemente también iría disminuyendo gradualmente el número de enfermos mentales que deambulan por las calles ofreciendo un panorama poco agradable a los visitantes.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association. **DSM-IV**. 3ªed. Ed. Masson, México:1998.

Andreasen, Nancy C. y Donald W. Black. **Introductory Textbook of psychiatry**. 3ª ed., Ed. America Psychiatric Publishing, USA:2001.

Ardila, Rubén. **Psicología Fisiológica**. 2ª ed., 1981, Ed. Trillas, México: 1997.

Baron, Robert A. **Psicología**. 3ª ed., Ed. Prentice Hall, México: 1996.

Bernstein, A. Douglas, Nietzel, Michael T. **Introducción a la Psicología Clínica**. Ed. McGraw Hill, México: 1998.

Boeing, Edwin G. **Historia de la psicología experimental**. Ed. Trillas, 2ª ed, 1990, México:1995.

Cabello, Vicente P. **Psiquiatría forense en el derecho penal**. Tomo 3, Ed. Hammurabi, Argentina:1984.

Carbonell, Miguel. **Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**. 145ª ed., Ed. Porrúa, México: 2003.

Centro de Rehabilitación "Cristo de la Misericordia". (Abril/2004).

Centro Universitario Hipócrates. Coordinación Académica. (Nov/2003).

Centro de Integración Juvenil Acapulco, Recepción. (Nov/2003).

Centro de Readaptación Social de Acapulco (CERESO). Área psiquiátrica, (Abril/2004).

Comisión de Defensa de los Derechos Humanos, coordinación regional Acapulco. (Marzo/2004).

Comisión Estatal de Arbitraje Médico, Guerrero. (Marzo/2004).

Código Penal para el Distrito Federal. 49ª ed., Ed. Porrúa, México:1991.

Coon, Dennis. **Psicología, exploración y aplicaciones.** 8ª ed., Ed. International Thomson Editores, México:1999.

Davidoff, Linda L. **Introducción a la psicología.** 3ª ed., Ed. Mc Graw Hill, México: 1989.

De la Fuente, Ramón. **Psicología Médica.** 2ª ed., Ed. FCE, México:1992.

Gelder, M, et. all. **Psiquiatría.** 2ª ed., Ed. McGraw Hill, México:1993.

Goldman, Howard H.. **Psiquiatría General.** 4ª ed., Ed. Manual Moderno, México: 1996.

Guinsberg, Enrique. **Normalidad, conflicto psíquico y control social.** Ed. Plaza y Validez, México:1990.

Hospital General de Acapulco. Registro hospitalario y estadística.
(Marzo/2004).

Instituto Nacional de Encuesta Geográfica y Estadística (INEGI).
Agenda Estadística de los Estados Unidos Mexicanos. México: 2003.

Instituto Nacional de Encuesta Geográfica y Estadística (INEGI).
Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos. México:2000

Instituto Nacional de Encuesta Geográfica y Estadística (INEGI).
Anuario estadístico del Estado de Guerrero. México:1994.

Instituto Nacional de Encuesta Geográfica y Estadística (INEGI).
Anuario estadístico del Estado de Guerrero. México:1995.

Instituto Nacional de Encuesta Geográfica y Estadística (INEGI).
Anuario estadístico del Estado de Guerrero. México:1997.

Instituto Nacional de Encuesta Geográfica y Estadística (INEGI).
Anuario estadístico del Estado de Guerrero. México:1999.

Instituto Nacional de Encuesta Geográfica y Estadística (INEGI).
Anuario estadístico del Estado de Guerrero. México:2000.

Instituto Nacional de Encuesta Geográfica y Estadística (INEGI).
Anuario estadístico del Estado de Guerrero. México:2001.

Instituto Nacional de Encuesta Geográfica y Estadística (INEGI).
**Cuaderno estadístico municipal de Acapulco de Juárez,
Guerrero.** México:2000.

Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital "Vicente Guerrero",
Jefatura de consulta de especialidades. (Nov/2003).

ISSSTE, Acapulco, Departamento de Estadística. (Nov/2003).

Lawrence C., Kolb. **Psiquiatría Clínica Moderna**. 6ª ed., Ed. La Prensa
Médica Mexicana, México:1992.

Ley General de Salud. Tomo I, 15ª ed., Ed. Porrúa, México: 1998.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal. 30ª ed., Ed.
Porrúa, México:1994.

Medina-Mora, Ma. Elena, [et all]. *"Prevalencia de trastornos mentales y
uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología
Psiquiátrica en México"*. **Revista: Salud Mental**. vol. 26, no. 4, agosto
del 2003, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, México.

Navarrete M., Tarcisio. **Los derechos humanos al alcance de todos**.
Ed. Diana, México: 1991.

Postel, Jacques y Claude Quérel. **Historia de la psiquiatría**. Ed. FCE,
México:1987, [1º reimpresión en español, 1993].

Rosen, George. **Locura y sociedad**. Ed. Alianza, España: 1974.

San Martín, Hernan. **Tratado general de la salud en las sociedades
humanas. Salud y Enfermedad**. 2ª ed., Ed. Prensa Médica,
México:2001.

Sánchez, Héctor. **La lucha en México contra las enfermedades
mentales**. Ed. FCE, México: 1974.

Secretaría de Salud. **Programa de Acción: Salud Mental**. México: 2001.

Secretaría de Salud, Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario,
Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud,
Subsecretaría de coordinación sectorial: coordinación de salud mental.
**Lineamientos para la construcción, equipamiento y funcionamiento
de hospitales de salud mental**. México: 10 de abril del 2000. (CD)

Secretaria de Salud, Subsecretaria de Regulación y Fomento Sanitario,
Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud. **Reglamento
de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de
Atención Médica**. México: DOF 14-05-86. (CD)

Secretaría de Salud. **Norma oficial mexicana NOM-025-SSA2-1994,
para la prestación de servicios de salud en unidades de atención
Integral hospitalaria medico-psiquiátrica**. México: DOF 16-11-1995.
(CD)

Sociedad Bíblica Internacional. **Santa Biblia**. Nueva versión
internacional, USA:1999.

Thuillier, Jean. **El nuevo rostro de la psiquiatría**. Ed. Planeta,
España: 1981.

Universidad Americana de Acapulco. Facultad de psicología.
(Ene/2004).

Universidad Autónoma de Guerrero. Coordinación de la facultad
de psicología. (Nov/2003).

Velázquez Arellano, Antonio. **La salud en México y la
investigación clínica**. Ed. UNAM, México: 1985.

Warren, Howard C. **Diccionario de Psicología**. 2ª ed., Ed. FCE, México:1991.

Whittaker, S.J. **Introducción a la psicología**. Ed. Interamericana, México:1985.

PÁGINAS DE INTERNET

Cervantes, Zacarías. "*Pide Codehum la construcción de un hospital psiquiátrico en la entidad*". *Diario El Sur de Acapulco*.
<http://www.suracapulco.com.mx/anterior/2004/marzo/10/guerrero.htm>.

García de Jalón, E. y V. Peralta. "*Suicidio y riesgo de suicidio*". (Ene/2004)
<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol25/sup3/suple7a.html>.

Gómez, Ángeles. "*La OMS otorga la mayor prevalencia a las psicopatías*".
Congreso internacional de psiquiatría. 4 de octubre del 2001.
<http://www.diariomedico.com/edicion/noticia/0,2458,61372,00.html>.

González, Román. "*Los problemas mentales, principal causa de enfermedades y discapacidades: Frenk*". México DF, 13 de octubre, 2001.
<http://www.cimacnoticias.com/noticias/01oct/01101302.html>.

Godínez, Lourdes. "*El Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental, una opción curativa*". México, (feb/2004)
<http://www.cimacnoticias.com/noticias/02jun/02060604.html>.

Jiménez, Oscar. "*La salud mental, tema del día mundial de la salud*".
Barcelona, (06/04/2001).
<http://db.doyma.es/cgibin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=13951>.

Magally Silvia. *"Hace falta presupuesto para salud mental: Frenk"*. México, Diciembre del 2002.

<http://www.cimacnoticias.com/noticias/24 Dic/24121302.html>.

Simón, Mary. *"La salud mental se deteriora a nivel mundial"*. (Feb/2004).

http://www.rnw.nl/informarn/html/act011005_saludmos.html.

Vicke, Sergio. *"Depresión, principal enfermedad mental en México"*.

México, (feb/2004). <http://www.todito.com/paginas/noticias/141531.html>.

"Encabeza el gobernador Núñez Soto el segundo aniversario del Modelo de Atención Mental Hidalgo". México, (Feb/2004).

<http://www.hidalgo.gob.mx/noticias/noticia.asp?noticialD=2020>.

"Falta de presupuesto, pretexto contra el Modelo Hidalgo de rehabilitación". México, (feb/2004).

http://www.jornada.unam.mx/2004/feb04/040202/articulos/66_modhidalgo.html.

"Salud mental". (feb/2004).

<http://www.enferteruel.org/espacial/mental/general.htm>.

"Psiquiatría" (feb/2004). <http://www.galenonet.com/Psiq/hispsi.htm>

"Magnitud real y carga de los problemas de salud mental". (Nov/2004).

http://www.ops.org.ni/info_pub/centenario/conferencias/promocion/259,3.

"Una de cada cuatro personas sufrirá una enfermedad mental a lo largo de su vida". (Dic/2004).

<http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=13927>.

"Situación de los enfermos mentales en América Latina". (Sep/2003).

http://www.ucm.es/info/solidarios/ccs/articulos/salud/la_situacion_de_los_enfermos_mentales_en_america_latina.htm.