



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

**LA PREVENCION EN SALUD MENTAL
EN LOS ALBORES DEL SIGLO XXI.**
**UN ANALISIS DE LAS TENDENCIAS
POLITICAS EN MEXICO,
PERIODO 2001-2006.**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGIA

PRESENTAN

VERONICA DEL CARMEN ALCANTARA QUINTERO
LYDIA GUEL MONTOYA
MAYRA LIZ MEDINA ORDUÑO

DIRECTORA DE TESIS

MTRA. MARIA DEL CARMEN MONTENEGRO NUÑEZ



2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

**LA PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL
EN LOS ALBORES DEL SIGLO XXI.
UN ANÁLISIS DE LAS TENDENCIAS
POLÍTICAS EN MÉXICO,
PERIODO 2001-2006.**

AGRADECIMIENTOS

Con reconocimiento a quienes nos antecedieron.

Con agradecimiento a los que cerca o lejos nos han acompañado en el camino.

Con esperanza y amor a los que nos sucederán.

A nuestros hijos, padres, hermanos, esposos, maestros y amigos.

**A las tres por la entrega y la pasión puestas en esta maravillosa
etapa de nuestras vidas.**

“¿De qué otra manera explicar el cambio periódico de nombre de las «enfermedades» padecidas por los «pacientes mentales» y de las instituciones en que éstos son «tratados»? A lo largo de los trescientos años que constituyen la comparativamente breve historia de la psiquiatría, el estado que ahora se denomina enfermedad mental ha sido sucesivamente denominado locura, insania, idiocia, demencia, demencia precoz, neurastenia, psicopatía, manía, esquizofrenia, neurosis, psiconeurosis, psicosis, fracaso del yo, pérdida del control yoico, enfermedad emocional, trastorno emocional, enfermedad psicológica, trastorno psicológico, enfermedad psiquiátrica, trastorno psiquiátrico, inmadurez, fracaso social, inadaptación social, trastorno de conducta, etc. Similarmente, la institución para recluir a tales «pacientes» ha sido llamada manicomio, asilo para lunáticos, asilo para insanos, hospital estatal, hospital neuropsiquiátrico, hospital para enfermos mentales, hospital para psicópatas, hospital psiquiátrico, establecimiento psiquiátrico, instituto psiquiátrico de investigación y capacitación, centro psiquiátrico y centro comunitario de salud mental...Cuando esos nuevos rótulos se tornan familiares, son, a su vez, descartados, y comienza a circular una nueva cosecha de palabras que suenan terapéuticas.”

Thomas S. Szasz, 1970

Ideología y enfermedad mental

RESUMEN

A partir de la década de los noventa la Organización Mundial de la Salud concibe a la salud mental como un tema que habría de formar parte esencial de la agenda en salud de sus Estados miembro, particularmente en las de América Latina y el Caribe. Desde entonces la OMS ha instado repetidamente a los gobiernos a buscar esquemas novedosos para hacer frente a la llamada epidemia de los trastornos mentales y sus efectos, en los cuales las medidas preventivas debían de asumir un importante papel. México no quedaría al margen de estos llamamientos emitiendo en respuesta un conjunto de propuestas para dar solución a los problemas de salud mental más prevalentes en el país y que dada la línea marcada por ese organismo internacional, era esperable que la prevención ocupara un lugar estratégico complementando al tradicional esquema institucional de tratamiento. Este esfuerzo fue enmarcado en el primer Programa de Acción en Salud Mental emitido en el año 2001.

Con esta plataforma ha sido desarrollado el presente trabajo de tesis, cuyo objetivo general es conocer la naturaleza, alcances y limitaciones de la prevención en salud mental dentro de las políticas, planes y programas de salud pública en México durante el periodo de gobierno 2001-2006. La revisión y análisis de documentos generados por diversas instancias nacionales e internacionales desde las perspectivas económica, epidemiológica, política y social resultaron ser los recursos utilizados para alcanzar el propósito planteado.

Más allá del discurso oficial en el que recurrentemente se coloca a la prevención, interesa acercarse a las motivaciones que la priorizan como estrategia de Estado en ese campo y provocar una reflexión en torno al papel que la psicología ha desempeñado dentro del entramado diseñado para abordar el complejo fenómeno de la salud mental. Tal reflexión esperaríamos diera lugar a una introspección de esa disciplina, derivando de ella una postura más crítica y determinante sobre las formas y términos de su participación.

Palabras clave: prevención, salud mental, trastornos mentales, discapacidad, políticas, modelos.

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	I
1. EL PROBLEMA: IMPACTO DE LOS TRASTORNOS MENTALES	
1.1 LA INTRODUCCION DE UNA NUEVA MEDIDA: LA CUANTIFICACION DE LA DISCAPACIDAD Y LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS	3
1.2 PREVALENCIA: UNA FORMA TRADICIONAL DE CUANTIFICAR LOS TRASTORNOS MENTALES	23
1.3 EL GASTO PARA LAS NACIONES E IMPACTO EN LA PRODUCTIVIDAD	27
1.4 EL PESO DE LA COMORBILIDAD	31
1.5 EL IMPACTO PARA LA FAMILIA	43
2. BREVE RECORRIDO POR LOS PRINCIPALES PRONUNCIAMIENTOS DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD EN MATERIA DE SALUD MENTAL BAJO EL ENFOQUE DE PREVENCION	
2.1 EL PANORAMA MUNDIAL EN EL QUE TRANSITA LA PREVENCION	55
2.2 EL POSICIONAMIENTO DE LA PREVENCION EN SALUD MENTAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD	76
2.2.1 La prevención primaria de trastornos mentales: un asunto aparte	76
2.2.2 La prevención en salud mental: su conceptualización como motivo de disertación	82
2.2.3 La especificidad de la prevención primaria	86
3. LA SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO POLITICO Y SOCIAL DE MEXICO	
3.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA SALUD MENTAL EN MEXICO	115
3.1.1 La orientación de la atención a la salud mental	115
3.1.2 La evolución de las instituciones de atención a la salud mental. Sinopsis	127
3.2 MARCO JURIDICO E INSTITUCIONAL VIGENTE EN MATERIA DE SALUD MENTAL EN MEXICO	131
3.2.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	132
3.2.2 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal	133
3.2.3 Ley General de Salud	134
3.2.4 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud	143

3.2.5	Normas Oficiales Mexicanas en salud mental	147
3.3	TENDENCIAS POLÍTICAS EN SALUD MENTAL EN MEXICO (2001-2006)	153
3.3.1	Panorama de la salud mental en México al año 2000	158
3.3.2	Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. Acciones Hoy, para el México del Futuro	187
3.3.3	Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud	203
3.3.4	Programa de Acción en Salud Mental 2001-2006	216
3.3.5	La prevención en los programas específicos derivados del Programa de Acción en Salud Mental 2001-2006	243
3.4	PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. ENCUESTA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA PSIQUIATRICA 2003. (ENEP)	253
3.4.1	Prevalencia de los trastornos mentales. Resultados de la ENEP 2003	255
3.4.2	Utilización de servicios de salud para la atención de los trastornos mentales	270
3.4.3	Aproximaciones al impacto de los trastornos mentales	275
3.4.4	Los estimados de AVISA desde otra fuente	278
	CONCLUSIONES	285
	REFERENCIAS	321
	ANEXOS	333

INTRODUCCION

En la historia del hombre como ser social, la salud mental ha sido un valor universal deseable casi en cualquier cultura, que construida a partir de códigos morales, éticos, jurídicos y sociales propios de la ideología dominante de la época, ha de asumir las formas necesarias para que tal condición humana sea preservada.

Siendo así, desde un distanciamiento hasta una clara transgresión a ese complejo normativo perfila el camino hacia su pérdida, que con independencia de su significación subjetiva es significada por heterogéneos entes sociales que invariablemente exigen su retorno a la normalidad como expresión de un estado mental saludable. En correlato, la ausencia de salud mental es identificada como enfermedad mental y evaluada a partir de dinámicos referentes, impuestos por las ideologías dominantes y sus intereses.

Fue el siglo XX un periodo de florecimiento de diferentes visiones explicativas sobre los fenómenos de salud y enfermedad mental, que surgieron en estrecha relación a los contextos históricos que les dieron lugar. El siglo XXI parece no ser la excepción, sumándose un nuevo enfoque para abordar la insanidad mental, desde el cual habría de ser conceptualizada, categorizada y medida a más de estipuladas las fórmulas para su intervención.

En los últimos años de la centuria anterior, una desbordada inquietud por la alta prevalencia de los trastornos mentales y los efectos a ellos asociados, fueron evidentes en los pronunciamientos de organismos técnicos internacionales, especialmente en los emitidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial (BM).

Sin embargo, detrás de ese escenario y desde 1990, el Banco Mundial bajo el argumento de aminorar la pobreza en naciones de limitado desarrollo, preparaba el terreno para el establecimiento de un nuevo orden económico internacional, que podría ser alcanzado con la inserción en esos países de dos elementos: la promoción del uso productivo del bien que los pobres poseen en mayor abundancia -su trabajo- y el

otorgamiento a ese segmento poblacional de servicios sociales básicos, entre ellos la atención esencial de salud *con énfasis en acciones preventivas* y la educación primaria.¹

Un año después y en consonancia con esta particular perspectiva de desarrollo del Banco Mundial, éste enfatizó que el progreso debía ser concebido como la tarea más importante de la humanidad y cuyo ritmo estaría impuesto por el comercio, los mercados y el espíritu de empresa a través del incremento del capital, la fuerza de trabajo y la productividad. Los dos grandes actores en este esfuerzo han sido el mercado y el Estado.

Así, la Reforma del Estado y el Fortalecimiento de las Instituciones Estatales fueron dos de las estrategias fundamentales propuestas; con la primera se hacía necesario introducir reformas para reajustar la función de los gobiernos con la del mercado, llegando al punto de su abstención en aspectos en que éstos “funcionan relativamente bien”; la segunda comprendía la agilización de la reforma de la administración pública, la racionalización de los gastos públicos y la mejora y privatización de las empresas de propiedad estatal.²

Para 1993 todas estas iniciativas fueron dirigidas al rubro de la salud, dejando clara la intencionalidad del BM de asumir el liderazgo en la formulación de políticas en salud en sus países clientes, imponiendo en el sector su visión neoliberal del desarrollo. Aspectos medulares contenidos en el Informe sobre el Desarrollo Mundial de ese año, se pronunciaron por:

1. Limitar la responsabilidad de los gobiernos al otorgamiento de servicios de salud considerados como bienes públicos –información- y a aquellos que

¹ Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial. (1990). *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1990. La pobreza*. Resumen.

² Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial. (1991). *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1991. La tarea acuciante del desarrollo*. Resumen.

conlleven a grandes externalidades, alentando las positivas –inmunizaciones- y desalentando las negativas –conductas imprudentes-.

2. Determinar los servicios de salud a proporcionar a los grupos pobres evaluando su costo-eficacia; incrementando la atención primaria y suministrando servicios clínicos esenciales.

3. Promover una mayor diversidad y competencia en el financiamiento y prestación de servicios, fomentando la participación privada en la prestación de los servicios clínicos no esenciales -seguros privados o sociales-.

4. Reorientar el gasto público a programas más eficaces en función de costos que consideraran medidas como la prevención de transmisibles, de adicciones y lesiones, producto de la ponderación de AVAD's ganados con acciones de bajos costos. El propio BM, advirtió que esta información no garantizaría sin embargo que las intervenciones de tratamiento fueran brindadas por los gobiernos, exhortando entonces a que las familias se hicieran cargo del tratamiento.³

Todas estas orientaciones han sido el cimiento sobre el que se diseñan las acciones en el campo de la salud y particularmente en el de la salud mental. Con la implementación del nuevo indicador de salud –AVAD- quedó expuesta la discapacidad derivada de la presencia de padecimientos neuropsiquiátricos –dentro de los que se incluían a los trastornos mentales-, dando como resultado un importante decremento en los niveles de productividad de las naciones. A esta carga, se adicionarían otras: los aparentes altos costos designados para la atención institucional en el rubro, su comorbilidad vinculada a enfermedades físicas, así como el impacto social y económico para el sufriente y su familia.

Para hacer frente a la diversificada problemática que suponían los trastornos mentales y tras un discurso de corte humanitario, la OMS a lo largo de los años ha propuesto a las naciones el fortalecimiento de marcos legales en salud mental, el diseño de políticas públicas en este ámbito y la generación de programas de acción cuyo criterio rector

³ Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial. (1993). *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en salud*. Resumen.

habría de partir de la selección de intervenciones costo-efectivas de acuerdo a la identificación de necesidades en contextos locales.

En el periodo 2001-2006 México asentó estas iniciativas en un primer Programa de Acción en Salud Mental. De éste se derivaron ocho programas específicos en correspondencia a los trastornos mentales que esa agencia técnica especializada en salud señaló como más discapacitantes, desconociéndose aquellos que habían exhibido las más altas prevalencias según resultados de encuestas nacionales llevadas a cabo en años previos y posteriores. Otro componente incorporado a dicho programa lo constituyó el proyecto denominado Modelo Miguel Hidalgo de Atención a la Salud Mental, que respondía al llamamiento para la organización de servicios de base comunitaria, mismo que de acuerdo al segundo programa de acción 2007-2012 continúa siendo la estrategia central.

En este marco, la *prevención de trastornos mentales dirigida* a conservar la salud mental –y a sortear la discapacidad- con la participación directa de la población y la atención comunitaria dispuesta para satisfacer las necesidades de tratamiento y rehabilitación de los enfermos a bajos costos, pretendieron convertirse en las medidas estratégicas que respondieran a las exigencias impuestas por el Banco Mundial.

El interés por conocer el sentido atribuido a la prevención en nuestro país y dado que consistentemente ha sido ofertada como la vía más óptima para anticiparse al deterioro de la salud mental y contener sus efectos, llevó a elegirla objeto del presente trabajo de investigación. Adicionalmente, comprender su naturaleza, alcances y limitaciones dentro de las políticas, planes y programas de salud pública en México complementaría nuestro objetivo.

Dada la complejidad del fenómeno salud-enfermedad mental, incauto sería suponer que la prevención ahí insertada, así como el discurso edificado para ella, lo fueran menos. Bajo esta premisa su estudio implicó aproximaciones desde algunas de las diversas

perspectivas que construyen y alimentan dicho fenómeno: económica, epidemiológica, política, social, histórica y legal, pretendiendo indagar cómo ocurre en ellas la prevención.

Esta investigación cualitativa se llevó a cabo a través de una revisión documental de fuentes primarias procedentes de organismos públicos, académicos y no gubernamentales, tanto internacionales como nacionales, focalizadas o relacionadas a la salud mental. En virtud de las características de la documentación y en razón de no encontrarse accesible en formatos impresos fue necesario hacer uso de medios electrónicos, de ahí que la mayor parte de las referencias documentales son de carácter cibergráfico.

Del todo esperable resultaba ser que las tendencias en la definición de las políticas en México tendrían que ceñirse a un marco global representado por las directrices emitidas por la OMS y el BM, dadas dos condiciones: en el primer caso, en su calidad de Estado miembro que lo comprometía en su observancia; y en el segundo, por la consabida condicionalidad de los préstamos otorgados. Lo anterior significó introducirse en los principales pronunciamientos de dichos organismos en la época de mayor efervescencia internacional del tema de salud mental, que aunque en estricto sentido algunos de ellos no aluden necesariamente a la prevención, si han determinado y determinarán el destino de la salud mental en general y de la prevención en particular.

La elección del periodo para el análisis de las tendencias políticas públicas relativas a salud mental en México, fue guiada por diversos sucesos: una transición política de relevancia histórica en el país; el reconocimiento de los desafíos demográfico, económico, político, social y en salud que condicionaban el desarrollo nacional; una visión proyectiva de programas sectoriales, entre ellos los de salud, que ponderaban acciones a largo plazo –años de 2025 y 2030- que tendrían la factibilidad de ser reorientadas en caso necesario; y en consonancia con los lineamientos de la OMS, la implementación de los primeros programas específicos encaminados a la salud mental.

Aún con esta delimitación en el tiempo, fue ineludible acercarse a los antecedentes en México del fenómeno salud-enfermedad mental para su comprensión y en otro momento, hacer lo propio con los consecuentes de las políticas propuestas en el periodo elegido, intentando identificar sus logros en materia de prevención.

Caminar en este trayecto nos impuso numerosos retos. El primero ya mencionado fue la accesibilidad a las fuentes de investigación debido a encontrarse dispersas, fragmentadas, ser contradictorias y de limitada disponibilidad en formatos distintos a los electrónicos. Otras complicaciones al paso, fueron la complejidad propia de los fenómenos a estudiar, así como de los documentos y los discursos oficiales intentando descubrir las veladas motivaciones que les dieron origen a la luz de macrocontextos. Amén de las anteriores, el enlace y contrastación de los productos parciales obtenidos de su análisis; la discriminación y límites para el uso de la información; el manejo del lenguaje en relación a los tiempos y modos verbales; el tiempo requerido y consumido para la consecución de los objetivos propuestos y sobre todo, poner fin a un tema del que al término dábamos cuenta, sólo arrancaba en la exposición de las nuevas pero significativas tendencias en el espacio de la salud mental en los albores del siglo XXI. Con seguridad habrá elementos a juicio de otras lupas, que escaparon de nuestra atención y otros insuficientemente analizados.

Con el *Capítulo 1* el lector se acerca por primera vez a la magnitud del problema desde la visión de la OMS y el BM, representada por la carga derivada de la presencia de trastornos mentales que como se había anotado con antelación, se han estimado en términos de morbilidad –cuya expresión más lacerante es la discapacidad-, comorbilidad, prevalencia e impacto económico para las instituciones de salud, la sociedad y las familias. Los sobredimensionados hallazgos en cada uno de esos aspectos, constituyeron de conjunto el poderoso argumento para considerar que los trastornos mentales tendrían la capacidad de provocar un grave deterioro en los sistemas de salud de todas las naciones e incluso en su desarrollo si no se procediera a su rápida contención.

La evolución de un modelo predominantemente médico enriquecido por la OMS con una visión psicosocial dio como resultado un enfoque biopsicosocial, con el que hasta el día de hoy se desarrolla el discurso en torno a la salud y enfermedad mental. En el *Capítulo 2* serán descritas las particularidades en la construcción de este nuevo paradigma, que permite ampliar la base de las afecciones mentales desde su componente biológico hacia los llamados trastornos comportamentales y psicosociales. Desde ahí, la existencia de determinantes individuales, sociales, económicos y ambientales, en su carácter de factores de riesgo y protección, aunados a la predisposición biológica individual, fueron considerados los responsables del desarrollo de padecimientos mentales.

Es en esta ruta en donde la prevención alcanzaría el rango de estrategia para frenar la epidemia de los trastornos mentales y la discapacidad que tanto preocupa por su traducción en costos económicos. No obstante a haber sido construida desde el polo positivo del continuo salud-enfermedad, la prevención fue facultada para actuar en cualquier punto a lo largo de ese continuo, condición que ha jugado un papel fundamental al momento de instrumentar las políticas diseñadas en atención a ella.

En reparo a la influencia de las condiciones contextuales en el estado mental individual, la OMS instaba a cada gobierno a implementar un cúmulo de macroestrategias que fortalecieran rubros como la vivienda, la nutrición, la educación, etc. que por efecto cascada tendrían una repercusión positiva en la salud mental individual y colectiva. En paralelo apuntaba a una propuesta tendente a incidir sobre los factores de protección en especial en aquellos de naturaleza individual, focalización que tendría un efecto decisivo en la implementación de acciones para el combate a la enfermedad mental.

El *Capítulo 3* destinado a abordar la salud mental en el contexto político y social de México, nos llevó a un largo recorrido. Desde la historia es posible reconocer cómo se edifica el constructo de la enfermedad mental y en consecuencia, el paradigma para su atención institucional: prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y

reincorporación social. Desde el marco legal es factible explorar los términos del derecho a la protección de la salud decretado por la Constitución y la forma en que éstos son asentados en otros ordenamientos jurídicos.

Toda política pública requiere ser operacionalizada a través de planes y programas en los que se definan los objetivos, estrategias y líneas de acción que harán asequibles las metas perseguidas. El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2001-2006, desde su visión al 2025 exhibió los principales problemas y desafíos que México tendría que enfrentar a ese presente y en el futuro mediano; la adopción de un enfoque decisivamente social que apuntaba hacia las capacidades, oportunidades y libertades políticas de los ciudadanos como capital social, fue definida base para el desarrollo nacional. El Programa Nacional de Salud 2001-2006 recuperó el sentido de la misión y visión del PND, apostando al fortalecimiento del sistema nacional de salud y a la promoción en el individuo de conductas de autocuidado en aras de preservar su salud; entre los padecimientos emergentes que demandaban especial atención se hallaban los trastornos neuropsiquiátricos.

El Programa de Acción en Salud Mental (PASM) 2001-2006, intentó recuperar esas visiones, autoproclamándose como un programa con pretendido enfoque biopsicosocial. Su propuesta central empataba con las demandas del BM en torno al fortalecimiento institucional y la reforma del Estado, naciendo el Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental (MIHASAME) sustentado en dos líneas básicas: el tratamiento -de bajo costo- y la atención comunitaria, reproduciendo así viejos modelos de atención. En este diseño, la prevención en salud mental ha sorteado numerosas dificultades para asentarse, mismas que no han sido resueltas en el segundo programa específico elaborado durante la administración en curso (2007-2012). Con la misma lógica fueron diseñados los programas específicos de éste derivados.

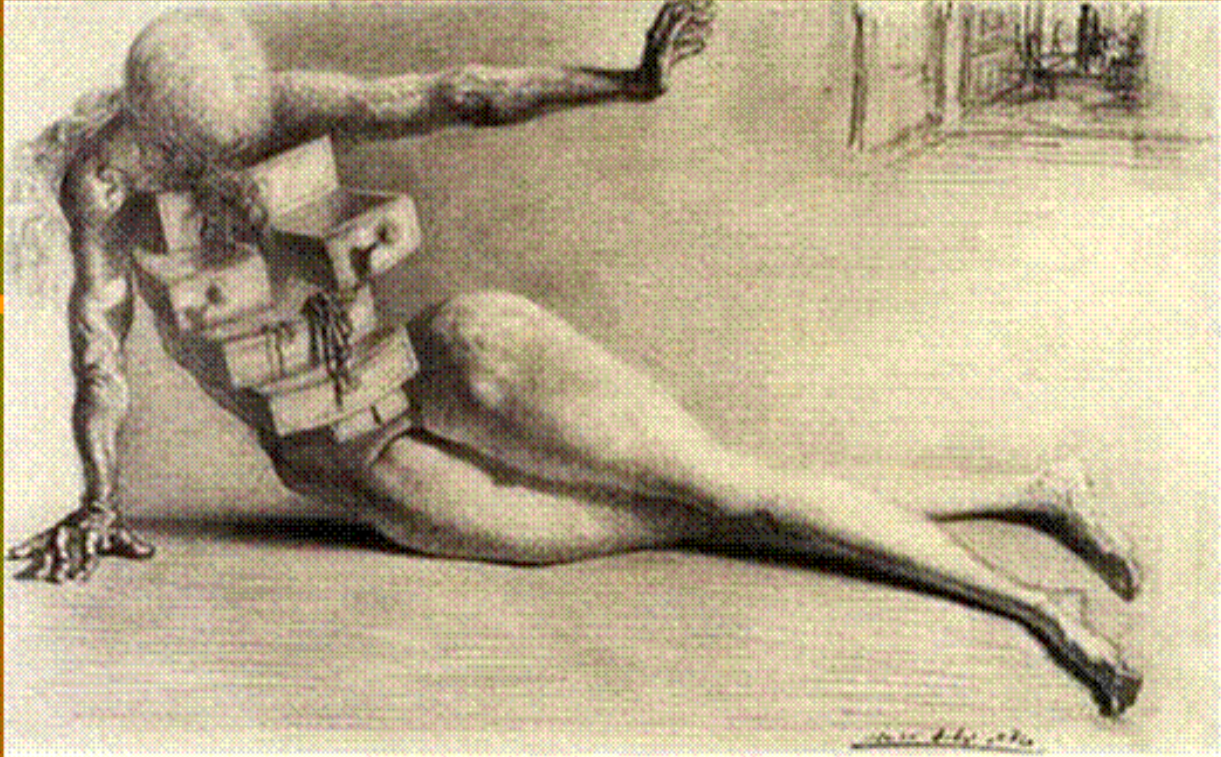
La posibilidad de reorientar políticas en cualquier sector de acuerdo a la visión de México al 2025, fue prevista por el propio PND. La salud mental no debía quedar

eximida de este ejercicio de renovación, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP 2003) pudo haber sido la herramienta propulsora de un cambio en la dirección de prioridades y de un nuevo enfoque en salud mental. No obstante su relevancia, ha sido limitadamente aprovechada.

En el apartado correspondiente a *Conclusiones* se pretendió hilvanar a la luz de la prevención en salud mental y desde el pretendido enfoque de salud pública con el que se afirma es dirigido el accionar nacional en el rubro, los principales argumentos de las discusiones parciales expuestas en cada capítulo.

Nuevos referentes explicativos fueron incluidos, que aunque ajenos aparentemente al objeto de estudio, en realidad se constituyen en aspectos colindantes que han sido y serán decisivos en las futuras políticas de salud mental. Singulares implicaciones habrá de tener el paulatino acercamiento de éstas a los objetivos para el desarrollo de las naciones propuestos por el BM, que sellarán el destino de la salud mental y en específico de la prevención. En este sentido y más allá de los discursos, interesaría acercarse a las motivaciones que la priorizan como estrategia de Estado en ese campo y provocar una reflexión en torno al papel que la psicología ha estado desempeñando dentro del entramado diseñado para abordar el complejo fenómeno de la salud mental. Tal reflexión esperaríamos diera lugar a una introspección de esa disciplina, derivando de ella una postura más crítica y determinante sobre las formas y términos de su inevitable participación en él.

Introducirse en el tema de políticas públicas en salud mental ciertamente representa un arduo ejercicio; pese a este trance, la psicología, las instituciones formadoras en esta especialidad y el psicólogo como profesional inmerso hoy en el área de la salud mental, no podrán evadirse del alcance de las ideologías dominantes de este tiempo, que las definen, construyen y legitiman vía las políticas públicas.



*"La Ciudad de los Cajones"
Salvador Dalí*

**1.
EL PROBLEMA: IMPACTO DE LOS
TRASTORNOS MENTALES**

En los últimos 20 años la Organización Mundial de la Salud (OMS) se ha dado a la tarea de generar mayor conciencia internacional sobre la necesidad de conceder sustancial importancia al componente de salud mental, indisoluble del concepto general de salud por ella promulgado y admitido por sus Estados miembro con una pretendida visión holística. La histórica inatención a los problemas de salud mental conminaría a imprimir, en principio, cambios en las estructuras sanitarias de esos países orientados a equilibrar la atención brindada por los sistemas de salud a las enfermedades físicas y a los problemas de naturaleza mental, bajo la consideración de la carga que estos últimos representan en términos de salud, financieros y sociales, entre otros y los graves efectos que de ella se derivan con una perspectiva a largo plazo.

Para dimensionar la magnitud de esta carga se adicionarían a los tradicionales estimados de prevalencia, nuevas medidas de evaluación que facilitarían un diagnóstico y pronóstico integral del impacto de los padecimientos mentales, en aras de proceder a una redefinición de políticas públicas en la materia y una subsecuente reestructuración de los esquemas sanitarios locales.

1.1 LA INTRODUCCION DE UNA NUEVA MEDIDA: LA CUANTIFICACION DE LA DISCAPACIDAD Y LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

El proyecto denominado *Global Burden of Disease* (GBD) emprendido en 1992 a iniciativa del Banco Mundial (BM)⁴ y en trabajo conjunto con la Escuela de Salud Pública de Harvard y la Organización Mundial de la Salud (OMS), tuvo como propósitos

⁴ El Banco Mundial, organismo de asistencia económica y técnica de la Organización de las Naciones Unidas, tiene como misión en todos los países combatir la pobreza y fomentar el desarrollo a partir del suministro de recursos y financiamiento en áreas estratégicas para el progreso de los pueblos, entre las que se incluye el rubro de la salud. El desarrollo de investigaciones sería una de las fuentes a partir de las cuales procedería a determinar la naturaleza y dirección de su asistencia. Se tiene conocimiento que desde la década del los 80's ha sido su preocupación explorar el estado de salud de la población de ciertas regiones del mundo, interés que más tarde sería extendido para abarcar a un mayor número de países, dando lugar al proyecto denominado *Global Burden of Disease*.

cuantificar mundialmente los efectos en la salud de más de 100 enfermedades y lesiones en 1990,⁵ e identificar los principales factores de riesgo que las causaban.

Adicionalmente, con este estudio se pretendía subsanar las deficiencias de la información estadística disponible en materia de salud -considerada como fragmentada, inconsistente, de variada confiabilidad, frecuentemente contradictoria y difícil de comparar- lo que impedía conocer la naturaleza y alcances de las causas de las enfermedades y los cambios en los perfiles epidemiológicos a nivel internacional⁶ que habían sido detectados a esa fecha y en proyecciones iniciales al 2020.

Las contribuciones evaluatorias previas, útiles para el diseño de políticas basadas en evidencia, se habían limitado a cuantificar patrones globales de causas de muerte excluyendo los resultados de problemas de salud no mortales, limitando las estimaciones en torno a la carga de morbilidad exclusivamente en términos de prevalencia⁷ e incidencia.⁸ Razón por la cual se consideraba menester desarrollar una medida integral que permitiera evaluar la salud general de la población, sin exclusión de un sinnúmero de enfermedades que impactaban el nivel de salud en diferentes grados y que aunque no eran responsables de muerte directa, sí generaban numerosas implicaciones en términos económicos.

En virtud de lo anterior, el estudio GBD de 1990 aplicó por vez primera un sistema de medición basado en el tiempo para evaluar la carga de la enfermedad en términos de discapacidad, construyéndose un nuevo indicador en salud denominado AVAD (años

⁵ Las enfermedades fueron clasificadas en tres grupos: el Grupo I se refería a enfermedades transmisibles, condiciones maternas y perinatales y deficiencias nutricionales; al Grupo II correspondían las enfermedades no transmisibles y el Grupo III incorporaba las lesiones.

⁶ A. López & C. Murray (1998). The Global Burden of Disease, 1990–2020. *Nature Medicine*, 4 (11), p.1241.

⁷ Prevalencia es definida como la proporción de individuos de una población que presentan una enfermedad u otra condición en un momento o periodo de tiempo. World Health Organization. (2008). *The Global Burden of Disease. 2004 Update*. p.31. La prevalencia difiere según se refiera a las personas que sufren la enfermedad: en un momento determinado (prevalencia puntual), en algún momento a lo largo de un periodo (prevalencia de periodo), o en algún momento a lo largo de la vida del individuo (prevalencia a lo largo de la vida). Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. p.37.

⁸ La incidencia de una condición es el número de nuevos casos en un periodo de tiempo, usualmente un año. *The Global Burden of Disease. 2004 Update*. Op. cit., p.28.

de vida ajustados por discapacidad) que estimaba los años de vida sana perdidos como consecuencia de las enfermedades y lesiones no fatales para ese año.⁹ Esta medida se hallaba a su vez compuesta de dos indicadores: AVP que estimaba los años de vida perdidos a causa de mortalidad prematura y APD que cuantificaba los años de vida saludable perdidos como consecuencia de la discapacidad, ponderados en razón de su severidad.

Uno de los efectos inmediatos de la introducción de esta innovación metodológica para la evaluación de la salud, devino en la visibilidad de una serie de enfermedades cuyo ocultamiento las había mantenido al margen del proceso de definición de prioridades de salud pública en un buen número de países, especialmente del mundo en desarrollo.

Los resultados de este primer estudio GBD reportaron que “las enfermedades no transmisibles y las lesiones...eran... causa importante de carga para la salud en todas las regiones...y ya por mucho, la principal causa de muerte y discapacidad”.¹⁰ Y más específicamente se logró determinar que “los trastornos neuropsiquiátricos y las lesiones en particular, fueron las principales causas de años perdidos de vida saludable, medidos por AVAD, y eran muy subestimados cuando se medía únicamente la mortalidad”.¹¹

La nueva medida incorporada –AVAD- mostró un hallazgo sorprendente al develar que en 1990 dentro de la carga global de enfermedades el peso de las *no transmisibles* (Grupo II) –de las que forman parte los trastornos neuropsiquiátricos-¹² fue del orden del 41%, porcentaje apenas por debajo del correspondiente a las *enfermedades*

⁹ World Bank.(2006). *Global Burden of Disease and Risk Factors*. pp.2-3.

¹⁰ *Ibid.*, p.3.

¹¹ *Ibid.*, p.3.

¹² El estudio GBD consideró los siguientes 14 trastornos neuropsiquiátricos: trastornos depresivos unipolares, trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico, trastornos por consumo de alcohol, trastornos por consumo de drogas, epilepsia, Alzheimer y otras demencias, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, insomnio (primario).

transmisibles (Grupo I) responsables de un 44% de la carga total; en adición un 15% se debió a *lesiones* (Grupo III).¹³

Paralelamente el estudio analizó el impacto en la salud derivado de la exposición a un número seleccionado de factores de riesgo causantes de muerte prematura, pérdida de la salud y discapacidad en diferentes poblaciones y grupos étnicos, cuyos pesos diferían entre los países dependiendo de sus niveles de desarrollo.

Factores como desnutrición, agua contaminada, saneamiento, higiene y prácticas sexuales de riesgo, entre otras; resultaron ser los principales factores de riesgo vinculados a causas de mortalidad y de carga de *enfermedades transmisibles* propias del rezago en salud y de condiciones de pobreza.

Por su parte, la presión arterial y colesterol altos, el tabaquismo, el consumo de alcohol, así como el sobrepeso y la obesidad fueron identificados como factores de riesgo para *enfermedades no transmisibles y lesiones*, los cuales afectaban a gran parte de las regiones del mundo, particularmente a aquellas naciones de altos y medianos ingresos.

Mediante estos análisis se logró estimar que el 45% de la mortalidad global y el 36% de la carga global de enfermedad eran atribuibles al efecto conjunto de los factores globales de riesgo seleccionados.¹⁴ Mientras que para las naciones con altos niveles de ingreso las causas de pérdida de vida saludable, se vinculaban con factores de riesgo relacionados con condiciones de los Grupos II y III, para la mayoría de los países de bajos y medianos ingresos, la situación se tornaba más compleja al verse afectados por la combinación de las causas asociadas a padecimientos de los tres grupos.

A ejemplo baste referir que: una de cada tres muertes en el mundo debidas a causas del Grupo I se concentraron en estas naciones; el 50% de muertes en sus poblaciones

¹³ *Ibíd.*, p.4.

¹⁴ *Ibíd.*, p.255.

adultas (15-59 años) fueron derivadas de causas del Grupo II,¹⁵ amén de entre un 10 y 11% de muertes resultantes de lesiones.

Como se ha señalado uno de los más importantes aportes del estudio fue el descubrimiento de que en todas las regiones del mundo, las condiciones neuropsiquiátricas (pertenecientes al Grupo II) fueron las causas más importantes de discapacidad: Estas concentraron más del 37%¹⁶ de APD dentro del grupo de adultos de 15 y más años y ocuparon cinco lugares de la lista de diez causas de discapacidad encabezada por la depresión mayor unipolar,¹⁷ según se aprecia en la *Tabla 1*.

*Tabla 1. Causas líderes de discapacidad en el mundo, 1990*¹⁸

<i>(Medidos por años de vida vividos con discapacidad APD)</i>	<i>Total APD's (millones)</i>	<i>Porcentaje del total</i>
Todas las causas	472.7	
1. <i>Depresión mayor unipolar</i>	50.8	10.7
2. <i>Anemia por deficiencia de hierro</i>	22.0	4.7
3. <i>Traumatismos</i>	22.0	4.6
4. <i>Uso de alcohol</i>	15.8	3.3
5. <i>Enfermedad obstructiva pulmonar crónica</i>	14.7	3.1
6. <i>Desorden bipolar</i>	14.1	3.0
7. <i>Anomalías congénitas</i>	13.5	2.9
8. <i>Osteoartritis</i>	13.3	2.8
9. <i>Esquizofrenia</i>	12.1	2.6
10. <i>Desórdenes obsesivo-compulsivos</i>	10.2	2.2

Como puede observarse, la depresión unipolar fue responsable de más de cincuenta millones de años perdidos para ese año a consecuencia de la enfermedad, correspondiendo a casi el 11% del total de APD's. Esto mostró el nivel de impacto en la salud de este desorden psiquiátrico, posición que mantendría en las estimaciones

¹⁵ *Ibíd.*, p.7.

¹⁶ *Global Burden of Disease and Risk Factors. Op. cit.*, p.7.

¹⁷ *The Global Burden of Disease, 1990–2020. Op. cit.*, Tabla p.1242.

¹⁸ *Ibíd.*, p.1242.

realizadas en el 2002, aunque con un porcentaje mayor (11.8%) respecto al total de APD's.¹⁹

En términos de AVAD's el diagnóstico ofrecido por este proyecto para 1990, coloreaba un panorama sanitario global caracterizado por una combinación de enfermedades transmisibles y no transmisibles dentro de las 15 causas más destacadas de años de vida sana perdidos por discapacidad; los estimados a esa fecha colocaron a la *depresión mayor unipolar* en el cuarto puesto.

En un escenario de carga mundial de enfermedad proyectado para el 2020 se preveía una contribución mayoritaria de enfermedades no transmisibles²⁰ en el cual la depresión mayor unipolar –única condición neuropsiquiátrica incorporada- mostraría un ascenso de dos lugares.²¹

En continuación con el proyecto, la OMS llevó a cabo una nueva evaluación de la carga mundial de enfermedad para el año 2000 y posteriores, ofreciendo estimaciones sobre muerte prematura y discapacidad por edad, sexo y región para 135 causas mayores o grupos de causas; así como sobre incidencia, prevalencia, duración y mortalidad para más de 500 secuelas resultantes de dichas causas.²²

La estimación correspondiente al año 2001 en el marco de este proyecto, daba cuenta de la presencia de los trastornos neuropsiquiátricos entre las diez principales causas de pérdida de años resultantes de la discapacidad (*Tabla 2*).

¹⁹ World Health Organization. (2003). *Global Burden of Disease in 2002: data sources, methods and results*. p.53.

²⁰ Acorde a las tendencias observadas en 1990, las proyecciones al 2020 colocaron como principales causas de enfermedad en todo el mundo a la cardiopatía isquémica seguida por la depresión, los accidentes de tráfico, los traumatismos, los accidentes cerebrovasculares y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. El VIH que para el 90 ocupó la posición 28 dentro del conjunto de causas principales de AVAD en el mundo, sería una de las diez causas líderes de enfermedad en el 2020. Como puede observarse de acuerdo a estas estimaciones para el año proyectado, la depresión escalaría dos posiciones ubicándose como la enfermedad neuropsiquiátrica con mayor carga a nivel mundial. *The Global Burden of Disease, 1990–2020. Op. cit.*, Tabla p.1241.

²¹ *Ibid.*, p.1241.

²² *Global Burden of Disease in 2002: data sources, methods and results. Op. cit.*, p.3.

Un análisis de la información disponible reveló que independientemente de los niveles de ingresos de los países la depresión unipolar fue compartida como causa líder, concentrando el mayor número de APD's y cuyo peso variaba significativamente dependiendo del grupo de naciones de que se tratara.

Tabla 2. Principales causas de APD por grupos de países, 2001²³

<i>Países de bajos y medianos ingresos</i>		
<i>Causa</i>	<i>APD (millones de años)</i>	<i>Porcentaje del total APD</i>
1. <i>Desórdenes depresivos unipolares</i>	43.22	9.1
2. Cataratas	28.15	5.9
3. Pérdida de audición, inicio en adultos	24.61	5.2
4. Desórdenes de la visión, asociada a edad	15.36	3.2
5. Osteoartritis	13.65	2.9
6. Condiciones perinatales	13.52	2.8
7. Enfermedades cerebrovasculares	11.10	2.3
8. <i>Esquizofrenia</i>	10.15	2.1
9. <i>Desórdenes por uso de alcohol</i>	9.81	2.1
10. Malnutrición por deficiencia de proteínas	9.34	2.0
<i>Países de altos ingresos</i>		
<i>Causa</i>	<i>APD (millones de años)</i>	<i>Porcentaje del total APD</i>
1. <i>Desórdenes depresivos unipolares</i>	8.39	11.8
2. Alzheimer y otras demencias	6.33	8.9
3. Pérdida de audición, inicio en adultos	5.39	7.6
4. <i>Desórdenes por uso de alcohol</i>	3.77	5.3
5. Osteoartritis	3.77	5.3
6. Enfermedades cerebrovasculares	3.46	4.9
7. Enfermedad obstructiva pulmonar crónica	2.86	4.0
8. <i>Diabetes mellitus</i>	2.25	3.2
9. Desórdenes endocrinos	1.68	2.4
10. Desórdenes de la visión asociada a edad	1.53	2.1

Al desagregar la información por sexo, fue evidente que tanto para hombres como para mujeres los trastornos neuropsiquiátricos formaban parte de las 10 causas de carga de discapacidad, dentro de los cuales la *depresión unipolar* figuró en la primera posición, aun cuando para las mujeres representó 31.26 millones de APD's, y para los hombres 20.35.

²³ *Global Burden of Disease and Risk Factors. Op. cit., p.86.*

La naturaleza y peso de otras condiciones neuropsiquiátricas presentaron notables diferencias en función del sexo: por debajo de la depresión y en orden jerárquico descendente, en los hombres se incluyeron los desórdenes por uso de alcohol y la esquizofrenia; mientras que en las mujeres, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, la esquizofrenia y los trastornos bipolares.²⁴

Los cambios en los perfiles epidemiológicos a nivel mundial parecieran evidenciarse en la composición de las causas principales de discapacidad medidos por AVAD's en el mundo ya en el año 2001, llevando al desorden depresivo unipolar a colocarse en el séptimo lugar de un cuarto que ocupaba en 1990 (*Tabla 3*). La razón de este descenso podría ser el resultado del avance de las enfermedades no transmisibles –Grupo II-, aunada a la expansión de la epidemia del VIH/SIDA, combinado con padecimientos del Grupo I aún prevalentes en algunas regiones del mundo.

*Tabla 3. Causas líderes de discapacidad en el mundo, AVAD 2001*²⁵

<i>Causa</i>	<i>AVAD (millones de años)</i>	<i>Porcentaje del total de AVAD</i>
1. Condiciones perinatales	90.48	5.9
2. Infecciones respiratorias de vías bajas	85.92	5.6
3. Enfermedad isquémica del corazón	84.27	5.5
4. Enfermedad cerebrovascular	72.02	4.7
5. VIH/SIDA	71.46	4.7
6. Enfermedades diarreicas	59.14	3.9
7. <i>Desorden depresivo unipolar</i>	<i>51.84</i>	<i>3.4</i>
8. Malaria	39.97	2.6
9. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	38.74	2.5
10. Tuberculosis	36.09	2.3

La diferenciación en el ritmo de este movimiento transicional en los patrones de salud-enfermedad, resulta más evidente a partir de un análisis que diferencia grupos de naciones por niveles de ingreso. Es decir, mientras que en los países de bajos y medianos ingresos en las causas líderes de enfermedad persistía una mezcla de enfermedades transmisibles y no transmisibles, en los de altos ingresos esas causas

²⁴ *Ibíd.*, Tabla 3.3, p.86.

²⁵ *Ibíd.*, Tabla 3.14, p.88.

correspondieron sólo a padecimientos del Grupo II. En este sentido la depresión unipolar, único trastorno psiquiátrico incorporado en ambos casos, figuraba en sitios distintos en función del grupo de naciones definido (*Tabla 4*).

Tabla 4. Diez causas líderes de carga global de enfermedad, por grupos de países, en función del nivel de ingresos, AVAD 2001²⁶

<i>Países de bajos y medianos ingresos</i>		
<i>Causa</i>	<i>AVAD (millones de años)</i>	<i>Porcentaje del total AVAD</i>
1. Condiciones perinatales	89.07	6.4
2. Infecciones respiratorias de vías bajas	83.61	6.0
3. Enfermedad isquémica del corazón	71.88	5.2
4. VIH/SIDA	70.80	5.1
5. Enfermedades cerebrovasculares	62.67	4.5
6. Enfermedades diarreicas	58.70	4.2
7. <i>Desórdenes depresivos unipolares</i>	43.43	3.1
8. Malaria	39.96	2.9
9. Tuberculosis	35.87	2.6
10. Enfermedad obstructiva pulmonar crónica	33.45	2.4
<i>Países de altos ingresos</i>		
<i>Causa</i>	<i>AVAD (millones de años)</i>	<i>Porcentaje del total AVAD</i>
1. Enfermedad isquémica del corazón	12.39	8.3
2. Enfermedades cerebrovasculares	9.35	6.3
3. <i>Desórdenes depresivos unipolares</i>	8.41	5.6
4. <i>Alzheimer y otras demencias</i>	7.47	5.0
5. Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón	5.40	3.6
6. Pérdida de audición, inicio en adultos	5.39	3.6
7. Enfermedad obstructiva pulmonar crónica	5.28	3.5
8. Diabetes <i>mellitus</i>	4.19	2.8
9. <i>Desórdenes por uso de alcohol</i>	4.17	2.8
10. Osteoartritis	3.79	2.5

En los países de ingresos bajos y medianos, aplicando un criterio clasificatorio regional, en las listas relativas a las causas prominentes de carga de enfermedad la depresión unipolar –padecimiento neuropsiquiátrico común entre las regiones dentro del conjunto de trastornos materia de estudio del GBD- se halló presente, figurando en cinco de las seis regiones analizadas²⁷ en posiciones distintas, acordes con la realidad regional.

²⁶ *Ibíd.*, p.89.

²⁷ Este de Asia y Pacífico; Europa y Asia Central; Latinoamérica y el Caribe; Este Medio y Norte de Africa; Sur de Asia; Africa Subsahariana –en la cual no aparece la depresión unipolar-.

Enfatizando en la depresión unipolar, un caso que merecería particular atención resultaba ser la región de América Latina y el Caribe, en razón de dos condiciones:²⁸ a) de acuerdo al grupo de ingresos al que pertenecía esta región –bajos y medianos - dicho padecimiento logró escalar cinco niveles –del 7° al 2° lugar- y, b) mientras que este padecimiento ocupó por región el 6° lugar en el Este Medio y Norte de África, el 5° en el Este de Asia-Pacífico y Sur de Asia y el 3° en Europa y Asia Central respecto a las diez principales causas de carga de enfermedad; en la región de América Latina y el Caribe se posicionó en el 2° sitio, lo que hizo que en esta región la depresión unipolar se constituyera en una carga de mayor peso en términos de AVAD's en comparación con las restantes.

El GBD del 2002 alertaba sobre el aumento de la carga de enfermedades no transmisibles en aproximadamente un 10% respecto al reportado en 1990, representando casi el 50% de la carga mundial de enfermedades para todos los grupos de edad considerados. De las diez causas líderes de APD a nivel mundial, cuatro correspondieron a condiciones neuropsiquiátricas en el orden y contribuciones que se ofrecen en la *Tabla 5*.

Tabla 5. Causas líderes de APD, estimaciones globales para el 2002²⁹

<i>Todos los países</i>	<i>% del total de APD</i>
1. <i>Desórdenes depresivos unipolares</i>	11.8
2. Pérdida de audición, inicio en adultos	4.6
3. Cataratas	4.5
4. <i>Desórdenes por uso de alcohol</i>	3.3
5. Condiciones maternas	3.3
6. <i>Esquizofrenia</i>	2.8
7. Condiciones perinatales	2.7
8. Osteoartritis	2.6
9. Pérdida de visión asociada a la edad y otros	2.5
10. <i>Desorden afectivo bipolar</i>	2.5

De forma consistente con las evaluaciones de años anteriores, las condiciones neuropsiquiátricas figuraron tanto en hombres como en mujeres; la depresión unipolar

²⁸ *Ibíd.*, Tabla 3.16, p.91.

²⁹ *Global Burden of Disease in 2002: data sources, methods and results. Op. cit.*, p.53.

para ambos resultó ser la primera causa de APD's perdidos, equivalentes al 9.6% del total de APD's en hombres y 13.9% en mujeres.

Con arreglo a AVAD's para ese año por su parte, el 36% de la carga de enfermedad y lesiones en el mundo se concentró en niños de 15 y menos años y casi el 50% en adultos de entre 15 y 59 años de edad.³⁰

En el análisis de las causas mundiales de carga de enfermedad y lesiones, los trastornos neuropsiquiátricos perdieron presencia, con excepción de la depresión unipolar que de manera estable se había estado manteniendo como importante agente de discapacidad a lo largo de los años, situándose en el cuarto lugar con un 4.5% de la carga total del grupo de padecimientos, sólo por debajo de las condiciones perinatales, las infecciones respiratorias de vías bajas y el VIH/SIDA³¹ según se aprecia en *Tabla 6*.

*Tabla 6. Causas líderes de carga de enfermedad y lesiones, AVAD 2002*³²

<i>Todos los países</i>	<i>% del total de AVAD</i>
1. Condiciones perinatales	6.5
2. Infecciones respiratorias de vías bajas	5.8
3. VIH/SIDA	5.8
4. <i>Desórdenes depresivos unipolares</i>	4.5
5. Enfermedades diarreicas	4.1
6. Enfermedad isquémica del corazón	3.9
7. Enfermedad cerebrovascular	3.3
8. Malaria	3.0
9. Accidentes de tráfico	2.6
10. Tuberculosis	2.4

Con una óptica de género, persistían variaciones en las posiciones ocupadas por las condiciones neuropsiquiátricas en el listado de causas globales de carga identificadas como más importantes en el 2002. En la población masculina, se hallaban incluidos los trastornos depresivos unipolares (3.4%) y los derivados del uso de alcohol (2.2%), en un séptimo y doceavo lugar, respectivamente. En el caso de las mujeres, únicamente se hallaron presentes los desórdenes depresivos dentro del conjunto de causas descritas,

³⁰ *Ibíd.*, p.54.

³¹ *Ibíd.*, pp.55-56.

³² *Ibíd.*, p.55.

los cuales se instalaron en el cuarto sitio con un porcentaje de AVAD del orden del 5.7%, lo que refleja su alta prevalencia en ese grupo poblacional.³³

Las regiones por su parte mostraban sensibles diferencias: mientras que en los países desarrollados la proporción de la carga de enfermedades no transmisibles se había mantenido estable (alrededor del 85% en adultos de 15 años y más), no resultaba así en los países de medianos ingresos en donde superaba el 70%.

Otro hallazgo lo representó el hecho de que en los adultos de las regiones con altas tasas de mortalidad, las enfermedades no transmisibles fueron causantes de casi la mitad de la carga de enfermedad. Resultados todos que indicaban que el proceso de envejecimiento poblacional en paralelo a los cambios en la distribución de los factores de riesgo, habían estado ejerciendo una influencia decisiva en favor de la proliferación de enfermedades no transmisibles.³⁴ Tales diferencias quedan reflejadas en la *Tabla 7*:

Tabla 7. Principales causas de carga en los países desarrollados y en vías de desarrollo, 2002³⁵

<i>Países desarrollados</i>	<i>% del total de AVAD</i>
1. Enfermedad isquémica del corazón	9.1
2. <i>Desórdenes depresivos unipolares</i>	7.3
3. Enfermedad cerebrovascular	6.4
4. <i>Desórdenes por uso de alcohol</i>	3.6
5. Pérdida de audición, inicio en adultos	2.8
6. Enfermedad obstructiva pulmonar crónica	2.6
7. Accidentes de tráfico	2.5
8. Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón	2.4
9. <i>Alzheimer y otras demencias</i>	2.3
10. Lesiones autoinfligidas	2.3
<i>Países en desarrollo con baja mortalidad</i>	<i>% del total de AVAD</i>
1. <i>Desórdenes depresivos unipolares</i>	6.0
2. Condiciones perinatales	5.9
3. Enfermedades cerebrovasculares	5.0
4. Accidentes de tráfico	3.7
5. Enfermedad isquémica del corazón	3.3
6. Enfermedad obstructiva pulmonar crónica	3.1
7. Infecciones respiratorias de vías bajas	2.6
8. Tuberculosis	2.4
9. Enfermedades diarreicas	2.4
10. Cataratas	2.4

³³ *Ibíd.*, p.56.

³⁴ *Ibíd.*, p.56.

³⁵ *Ibíd.*, p.58.

Tabla 7. Principales causas de carga en los países desarrollados y en vías de desarrollo, 2002 (continuación)

Países en desarrollo con alta mortalidad	% del total de AVAD
1. VIH/SIDA	9.2
2. Infecciones respiratorias de vías bajas	8.5
3. Condiciones perinatales	8.0
4. Enfermedades diarreicas	5.8
5. Malaria	5.1
6. Condiciones maternas	3.1
7. <i>Desórdenes depresivos unipolares</i>	3.1
8. Enfermedad isquémica del corazón	2.9
9. Sarampión	2.8
10. Tuberculosis	2.7

En el 2008 la OMS publicó los resultados del estudio actualizado del proyecto *Global Burden of Disease* del 2004. Según el informe, más de 19 millones de personas en el mundo estuvieron *severamente discapacitadas*³⁶ durante el año evaluado.³⁷

La prevalencia de la discapacidad mostró su tendencia hacia el incremento con el avance de la edad: mientras que el promedio de prevalencia global de discapacidad moderada y severa en el rango de edad de 0 a 14 años fue del orden de 5%; en los grupos de adultos de 15 a 59 años y en los de 60 y más, éste alcanzó el 15% y el 49%, respectivamente.

³⁶ En el documento de referencia se señaló que el GBD utilizaría el término de *discapacidad* para referirse a “la pérdida de salud, donde salud es conceptualizada en términos de capacidad de funcionamiento en un conjunto de dominios de salud, tales como movilidad, cognición, audición y visión”. El GBD definió 7 clases de severidad para estimar la prevalencia de la discapacidad, por ejemplo, a la «*discapacidad severa*», definida como clases de severidad VI y VII equivalían condiciones tales como ceguera, síndrome de Down, cuadriplejía, *depresión severa* o *psicosis activa*, sida sin drogas antirretrovirales, cáncer en fase terminal; la «*discapacidad moderada y severa*» definida como clases de severidad III y IV, era el equivalente a tener angina de pecho, artritis, debilidad visual o dependencia al alcohol. Esto significa que a cada clase de discapacidad a la que le correspondía un peso de severidad, se hallaban asociadas ciertas enfermedades y/o lesiones. *The Global Burden of Disease. 2004 Update. Op. cit.*, p.31.

³⁷ Según estimaciones de la OMS y en concordancia con la definición dada de discapacidad, de una población mundial cercana a los 6.5 billones de personas en el 2004, 18.6% millones (2.9%) estuvieron severamente discapacitados y otros 79.7 millones (12.4%) tuvieron una discapacidad moderada a largo plazo. *Ibíd.*, p.34.

Para todos los grupos etéreos, los niveles de discapacidad severos y moderados, fueron mayores en los países de bajos y medianos ingresos que en los del primer mundo.³⁸

Como era de esperarse los trastornos mentales como la depresión, los desórdenes por uso de alcohol, las psicosis –trastorno bipolar y esquizofrenia- y los desórdenes de pánico se hallaban dentro de las 20 causas más importantes de discapacidad en el mundo, discrepando sus patrones entre los países según sus niveles de ingreso.

La prevalencia de la discapacidad resultante de trastornos mentales se concentraba en el grupo poblacional de 0 a 59 años de edad.³⁹ En términos de años perdidos por discapacidad, ya para el 2004 las condiciones neuropsiquiátricas se constituyeron en “la causa más importante de discapacidad, representando alrededor de un tercio de APD’s dentro del grupo de adultos de 15 y más años”.⁴⁰

Aunque la carga de discapacidad derivada de trastornos neuropsiquiátricos resultó ser la misma para hombres y mujeres, la contribución de las causas registró divergencias por sexo (*Tabla 8*).

Especialmente para los países de bajos y medianos ingresos, el diagnóstico global ofrecido por el estudio GBD en torno a la carga de condiciones de salud que no devenían en muerte, representaba un reto de abrumadoras dimensiones al apuntar que casi el 90% de la misma se hallaba concentrada en dichas naciones.⁴¹

³⁸ En el caso de la población senecta, por ejemplo, cuya proporción era elevada dentro del total poblacional de los países de altos ingresos, sus niveles de discapacidad resultaron inferiores a los ancianos de los países de bajos y medianos ingresos.

³⁹ *Ibid.*, pp.34-35.

⁴⁰ *Ibid.*, p.36.

⁴¹ *Ibid.*, p.36.

Tabla 8. Principales causas mundiales de APD por sexo, 2004⁴²

Hombres Causas	APD's (millones)	Porcentaje del total APD's
1. <i>Desórdenes depresivos unipolares</i>	24.3	8.3
2. <i>Desórdenes por uso de alcohol</i>	19.9	6.8
3. Pérdida de audición, inicio en adultos	14.1	4.8
4. Errores refractivos	13.8	4.7
5. <i>Esquizofrenia</i>	8.3	2.8
6. Cataratas	7.9	2.7
7. <i>Desorden bipolar</i>	7.3	2.5
8. Enfermedad obstructiva pulmonar crónica	6.9	2.4
9. Asma	6.6	2.2
10. Traumatismos	6.3	2.2
Mujeres Causas	APD's (millones)	Porcentaje del total APD's
1. <i>Desórdenes depresivos unipolares</i>	41.0	13.4
2. Errores refractivos	14.0	4.6
3. Pérdida de audición, inicio en adultos	13.3	4.3
4. Cataratas	9.9	3.2
5. Osteoartritis	9.5	3.1
6. <i>Esquizofrenia</i>	8.0	2.6
7. Anemia	7.4	2.4
8. <i>Desorden bipolar</i>	7.1	2.3
9. Asfixia en el nacimiento y trauma al nacer	6.9	2.3
10. <i>Alzheimer y otras demencias</i>	5.8	1.9

Adicionalmente, conviene señalar que la naturaleza de los desórdenes neuropsiquiátricos difería en función del nivel de ingreso de los países (Tabla 9), compartiendo exclusivamente a la depresión unipolar y a los desórdenes derivados del consumo de alcohol.

Si a los cálculos relativos a la carga de los trastornos mentales estimados por APD's, se consideran los correspondientes a años de vida ajustados por discapacidad (AVAD's), dos padecimientos psiquiátricos (depresión unipolar y trastornos derivados del uso de alcohol) figuraron entre las veinte causas líderes de carga de enfermedad en el 2004, mismos que junto con otros dos de nueva incorporación (inicio de pérdida de audición

⁴² En las mujeres, la carga de depresión era 50% mayor que en los hombres, además de reportar una mayor carga derivada de desórdenes de ansiedad, migraña, Alzheimer y otras demencias. En los hombres, la carga de trastornos provocados por el uso de alcohol y drogas era casi 7 veces mayor que en las mujeres, representando cerca de *un tercio* de la carga de enfermedades neuropsiquiátricas en los hombres. *Ibid.*, p.36.

en adultos y errores refractivos visuales) sumados a los preexistentes, ratificaban la importancia de las enfermedades no transmisibles (Grupo II) como factores de pérdida de salud en la población del orbe.

Tabla 9. Principales causas globales de APD, en países de bajos y medianos y de altos ingresos, 2004⁴³

<i>Países de bajos y medianos ingresos</i>	<i>APD's</i>	<i>Porcentaje del</i>
<i>Causas</i>	<i>(millones)</i>	<i>total APD's</i>
1. <i>Desórdenes depresivos unipolares</i>	55.3	10.4
2. Errores refractivos	25.0	4.7
3. Pérdida de audición, inicio en adultos	23.2	4.4
4. <i>Desórdenes por uso de alcohol</i>	18.4	3.5
5. Cataratas	17.4	3.3
6. <i>Esquizofrenia</i>	14.8	2.8
7. Asfixia en el nacimiento y trauma al nacer	12.9	2.4
8. <i>Desorden bipolar</i>	12.9	2.4
9. Osteoartritis	12.8	2.4
10. Anemia por deficiencia de hierro	12.6	2.4
<i>Países de altos ingresos</i>	<i>APD's</i>	<i>Porcentaje del</i>
<i>Causas</i>	<i>(millones)</i>	<i>total APD's</i>
1. <i>Desórdenes depresivos unipolares</i>	10.0	14.6
2. Pérdida de audición, inicio en adultos	4.2	6.2
3. <i>Desórdenes por uso de alcohol</i>	3.9	5.7
4. Alzheimer y otras demencias	3.7	5.4
5. Osteoartritis	2.8	4.1
6. Errores refractivos	2.7	4.0
7. Enfermedad obstructiva pulmonar crónica	2.4	3.5
8. <i>Diabetes mellitus</i>	2.3	3.4
9. Asma	1.8	2.6
10. <i>Desórdenes por uso de drogas</i>	1.7	2.4

En esta nueva composición global no habría de demeritarse la significativa presencia de las enfermedades transmisibles (Grupo I) y la decidida escalada de aquellas condiciones que el GBD integró en el Grupo III –lesiones- (Tabla 10).

En los países de altos ingresos las causas de enfermedad se concentraron casi en su totalidad en padecimientos no transmisibles entre ellos, *depresión unipolar*, enfermedades isquémicas del corazón y enfermedad cerebrovascular, exceptuando a los accidentes de tráfico.

⁴³ *Ibíd.*, p.37.

Tabla 10. Causas más importantes de carga de enfermedad, AVAD's para todas las edades, 2004⁴⁴

<i>Enfermedades o lesiones</i>	<i>AVAD's (millones)</i>	<i>Porcentaje del total AVAD's</i>
1. Infecciones de vías respiratorias bajas	94.5	6.2
2. Enfermedades diarreicas	72.8	4.8
3. <i>Desórdenes depresivos unipolares</i>	65.5	4.3
4. Enfermedad isquémica del corazón	62.6	4.1
5. VIH/SIDA	58.5	3.8
6. Enfermedad cerebrovascular	46.6	3.1
7. Nacimiento prematuro y bajo peso al nacer	44.3	2.9
8. Asfixia en el nacimiento y trauma al nacer	41.7	2.7
9. Accidentes de tráfico	41.2	2.7
10. Infecciones neonatales y otras	40.4	2.7
11. Tuberculosis	34.2	2.2
12. Malaria	34.0	2.2
13. Enfermedad obstructiva pulmonar crónica	30.2	2.0
14. Errores refractivos	27.7	1.8
15. Pérdida de audición, inicio en adultos	27.4	1.8
16. Anomalías congénitas	25.3	1.7
17. <i>Desórdenes por uso de alcohol</i>	23.7	1.6
18. Violencia	21.7	1.4
19. Diabetes <i>mellitus</i>	19.7	1.3
20. Lesiones autoinfligidas	19.6	1.3

En las naciones de ingresos medios fueron predominantes los padecimientos de Grupo II, en menor medida los transmisibles y con escaso peso aquellos del Grupo III, de tal suerte que los tres primeros sitios fueron ocupados por enfermedades no transmisibles en el siguiente orden: *depresión*, enfermedad isquémica del corazón y enfermedad cerebrovascular.

Padecimientos del Grupo I dominaron la lista de causas de carga de enfermedad en los países de bajos ingresos, con excepción del desorden depresivo unipolar único de naturaleza no transmisible que logró instalarse en los últimos lugares; los padecimientos de Grupo III no figurarían en esta relación⁴⁵ (Tabla 11).

⁴⁴ *Ibíd.*, Tabla 12, p.43.

⁴⁵ *Ibíd.*, p.43.

Tabla 11. Principales causas de carga de AVAD, grupos de países por niveles de ingreso, 2004⁴⁶

<i>Países de altos ingresos</i>		<i>AVAD's</i>	<i>Porcentaje del</i>
<i>Causas</i>		<i>(millones)</i>	<i>total AVAD's</i>
1.	<i>Desórdenes depresivos unipolares</i>	10.0	8.2
2.	Enfermedad isquémica del corazón	7.7	6.3
3.	Enfermedad cerebrovascular	4.8	3.9
4.	<i>Alzheimer y otras demencias</i>	4.4	3.6
5.	<i>Desórdenes por uso de alcohol</i>	4.2	3.4
6.	Pérdida de audición, inicio en adultos	4.2	3.4
7.	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3.7	3.0
8.	<i>Diabetes mellitus</i>	3.6	3.0
9.	Cáncer de tráquea bronquios y pulmones	3.6	3.0
10.	Accidentes de tráfico	3.1	2.6
<i>Países de medianos ingresos</i>		<i>AVAD's</i>	<i>Porcentaje del</i>
<i>Causas</i>		<i>(millones)</i>	<i>total AVAD's</i>
1.	<i>Desórdenes depresivos unipolares</i>	29.0	5.1
2.	Enfermedad isquémica del corazón	28.9	5.0
3.	Enfermedad cerebrovascular	27.5	4.8
4.	Accidentes de tráfico	21.4	3.7
5.	Infecciones respiratorias de vías bajas	16.3	2.8
6.	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	16.1	2.8
7.	VIH/SIDA	15.0	2.6
8.	<i>Desórdenes por uso de alcohol</i>	14.9	2.6
9.	Errores refractivos	13.7	2.4
10.	Enfermedades diarreicas	13.1	2.3
<i>Países de bajos ingresos</i>		<i>AVAD's</i>	<i>Porcentaje del</i>
<i>Causas</i>		<i>(millones)</i>	<i>total AVAD's</i>
1.	Infecciones respiratorias de vías bajas	76.9	9.3
2.	Enfermedades diarreicas	59.2	7.2
3.	VIH/SIDA	42.9	5.2
4.	Malaria	32.8	4.0
5.	Nacimiento prematuro y bajo peso al nacer	32.1	3.9
6.	Infecciones neonatales y otras	31.4	3.8
7.	Asfixia en el nacimiento y trauma al nacer	29.8	3.6
8.	<i>Desorden depresivo unipolar</i>	26.5	3.2
9.	Enfermedad isquémica del corazón	26.0	3.1
10.	Tuberculosis	22.4	2.7

En un análisis por sexo el estudio GBD 2004 determinó que los trastornos mentales concentraban el mayor número de años perdidos de vida saludable en mujeres de entre 15 y 44 años de edad. De entre ellos, la depresión unipolar en particular, se instituyó en

⁴⁶ *Ibíd.*, p.44.

la principal causa de carga de enfermedad en la población femenina de países de altos y medianos ingresos.

Por su parte los estimados de AVAD's sobre las causas de carga de enfermedad bajo una mirada regional, aunque develaba diferencias sustanciales interregionales, exhibió la expansión global de los desórdenes depresivos unipolares, ya que para todas ellas, exceptuando la de Africa, éstos figuraron entre las diez principales causas de carga de enfermedad, con variaciones de orden jerárquico dependiendo de los millones de AVAD's perdidos a consecuencia del trastorno.⁴⁷

La presencia de la depresión y de otros trastornos neuropsiquiátricos en el escenario epidemiológico mundial, representaba además, una muestra del avance del crecimiento de la carga de las enfermedades no transmisibles en su conjunto. Para el 2004, en países de altos y medianos ingresos, el 45% de la carga de enfermedad en adultos fue atribuible a ese grupo de enfermedades.

En sus proyecciones para el 2030⁴⁸ el GBD estimó cambios significativos en cuanto a la *contribución proporcional de los tres grupos de causas* a la carga total de enfermedad. Uno de estos cambios se refería a la disminución del total de AVAD's perdidos provenientes de causas del Grupo I: mientras que para el 2004 representaban alrededor del 40% de AVAD's, en el 2030 se estimaba alcanzarían únicamente el 20%. En contraparte, la carga de enfermedades no transmisibles (Grupo II), se incrementaría a 66%, lo que la elevaría por encima de las enfermedades del Grupo I, en todos los países, incluso los de bajos ingresos.⁴⁹

⁴⁷ En la Región de las Américas, la *depresión comandó la lista* de diez causas de carga de enfermedad medidas por AVAD, con un estimado de *10.8 millones de años perdidos* de vida sana a consecuencia de la enfermedad; en la Región del Mediterráneo Oriental, este trastorno mental ocupó el séptimo lugar y el tercero en la Región de Europa; en las regiones de Asia Sudoriental y del Pacífico Occidental, se colocó en el cuarto y segundo sitios, respectivamente. Conviene señalar que en términos de lesiones, los accidentes de tráfico se hallaban incluidos en las listas de causantes de carga para todas las regiones. *Ibíd.*, p.45.

⁴⁸ *Ibíd.*, p.49 y ss.

⁴⁹ *Ibíd.*, p.50.

Consecuentemente, se estimó que el peso de *las causas líderes globales* de AVAD's sufrirían modificaciones en el 2030 con respecto a las estimaciones del 2004. La depresión unipolar, las enfermedades isquémicas del corazón y los accidentes de tráfico, serán las tres primeras causas de carga mundial de enfermedad, desplazando a las infecciones respiratorias de vías bajas que pasarían a ocupar el sexto puesto, a las enfermedades diarreicas que para esa fecha se colocarían en el sitio dieciocho y posicionándose la depresión de un tercer lugar al frente de la lista.⁵⁰

Un nuevo *Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study* iniciado en el 2007 será publicado hasta finales del 2010. Según su manual ya emitido, éste abarcará un mayor número de enfermedades y lesiones y comparará la carga de morbilidad de 1990 con la correspondiente al 2005. Se tiene previsto una desagregación de los desórdenes neuropsiquiátricos en dos subgrupos: por un lado, los padecimientos mentales y de comportamiento a los que se incorporarán nuevos trastornos y por otro, las condiciones neurológicas.⁵¹ En atención a lo anunciado podríamos esperar una redefinición de los fundamentos conceptuales del constructo salud-enfermedad.

Así a la luz de los resultados del proyecto *Global Burden of Disease* en sus diferentes actualizaciones, el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud sentaron las bases para que las naciones procedieran a trazar nuevos caminos en el quehacer de la salud pública.

⁵⁰ *The Global Burden of Disease. 2004. Update. Op. cit., Fig. 27, p.51.*

⁵¹ El subgrupo de desórdenes mentales y de comportamiento quedaría integrado por los siguientes trastornos: desorden depresivo unipolar, afectivo bipolar, esquizofrenia, por uso de alcohol, por uso de drogas (heroína, cocaína, estimulantes y *cannabis*), otros desórdenes por uso de drogas, de ansiedad, alimenticios, autismo y Síndrome de Asperger, retraso mental no incluido como secuela en otros lugares, otros desórdenes mentales y de comportamiento. El subgrupo de condiciones neurológicas incorporaría: enfermedad de Alzheimer y otras demencias, enfermedad de Parkinson, epilepsia, esclerosis múltiple, migraña y dolor de cabeza no migrañoso. Harvard Initiative for Global Health, Institute for Health Metrics and Evaluation at the University of Washington, Johns Hopkins University, University of Queensland & World Health Organization. (2008). *The Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study. Operations Manual. Final Draft.* p.56-57.

1.2 PREVALENCIA: UNA FORMA TRADICIONAL DE CUANTIFICAR LOS TRASTORNOS MENTALES

Complementando el discurso de corte económico que de salud hiciera el Banco Mundial, la OMS como era de esperarse, expondría la problemática de los trastornos mentales aludiendo a sus aspectos epidemiológicos. El principal argumento esgrimido por esta organización ha sido su alta prevalencia con tendencia a incrementarse a lo largo del tiempo, en razón de tratarse de enfermedades universalmente compartidas con independencia de aspectos sociodemográficos, proposición que contribuía a imprimir mayor solidez a la retórica del Banco Mundial en cuanto a la carga que los trastornos neuropsiquiátricos suponen.

Pese a que la información disponible respecto a las estimaciones de prevalencia se halla notoriamente fragmentada y desarticulada, imposibilitando proceder a análisis comparativos, a continuación se hará mención de aquellos datos más representativos que reiteradamente la OMS refiere en sus diversos comunicados.

Como parte del grupo de diez enfermedades que reportaron las más altas prevalencias a nivel mundial en el año 2000, seis correspondieron a padecimientos neuropsiquiátricos (*Tabla 12*).

Tabla 12. Estimaciones consistentes de Prevalencia, 2000⁵²

<i>Prevalencia Global</i>	<i>Millones</i>
1. <i>Diabetes mellitus</i>	156
2. <i>Episodios depresivos mayores</i>	121
3. <i>Desorden afectivo bipolar</i>	27
4. <i>Esquizofrenia</i>	24
5. <i>Epilepsia (primaria)</i>	37
6. <i>Alzheimer y otras demencias</i>	37
7. <i>Migraña</i>	303
8. <i>Pérdida de audición, inicio en adultos</i>	222
9. <i>Enfermedad pulmonar obstructiva crónica</i>	314
10. <i>Osteoartritis</i>	139

⁵² World Health Organization. (2000). *The Global Burden of Disease. A response to the need for comprehensive, consistent and comparable global information on diseases and injuries*. Folleto electrónico.

Para el año 2001, la Organización Mundial de la Salud presentó su informe anual de salud, dedicado específicamente a la salud mental bajo el título *Informe sobre la salud en el Mundo. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas* a fin de promover una mayor conciencia entre la comunidad internacional sobre la importancia de los padecimientos mentales.

Como parte de este informe, fue ofrecido un panorama mundial de los problemas de salud mental algunos de los datos más relevantes hacían alusión a lo siguiente:

- Para 1998 se estimaba que más de 1,500 millones de personas sufrían de trastornos mentales neurológicos y psicosociales, una considerable proporción de los cuales podría ser evitada con el uso de métodos efectivos, asequibles y simples.⁵³
- Cerca de 450 millones de personas en el mundo padecían enfermedades neuropsiquiátricas tales como: trastorno depresivo unipolar, trastorno depresivo bipolar, esquizofrenia, epilepsia, trastornos por consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, enfermedad de Alzheimer y otras demencias, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico e insomnio primario.⁵⁴
- En todos los países sin importar su nivel de desarrollo, un 25% de los individuos sufrían uno o más trastornos mentales o de comportamiento “a lo largo de la vida”, es decir, una de cada cuatro personas.⁵⁵
- En términos de prevalencia puntual acumulada, las enfermedades neuropsiquiátricas presentaron una tasa del 10% entre la población adulta.⁵⁶
- Este informe refleja datos provenientes de un estudio transcultural realizado en 1995 en 14 centros de atención primaria y cuyos resultados arrojaron que alrededor del 24% de los pacientes que usaron estos servicios padecían de algún trastorno mental; dentro de ellos los identificados con mayor frecuencia fueron depresión, ansiedad y consumo de sustancias encontrándose fuertemente asociados a uno o más trastornos orgánicos.⁵⁷

⁵³ World Health Organization. (1998). *Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorder*. p.1.

⁵⁴ *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Op. cit., p.23.

⁵⁵ *Ibíd.*, p.23.

⁵⁶ *Ibíd.*, p.23.

⁵⁷ *Ibíd.*, pp.23-24.

- Algunos trastornos presentaron una mayor tendencia a su aparición en razón del aumento de la edad, siendo la depresión uno de ellos. Diversos estudios considerados en este informe mundial, reportaron que: la tasa de prevalencia de depresión en una población comunitaria mayor a 65 años fue de 11.2%; correspondiendo su prevalencia puntual a un 4.4% en mujeres y 2.7% en varones y “a lo largo de la vida” en un 20.4% y 9.6% para cada sexo respectivamente. Un aspecto relevante detectado fue que la depresión era más frecuente en personas con discapacidad física, condición asociada que contribuía al recrudescimiento de sus limitaciones de base.⁵⁸

- La prevalencia puntual de los trastornos debidos al abuso de alcohol (uso nocivo y dependencia) en la población adulta se estimó cercana al 1.7% en el mundo, con una tasa del 2.8% para los varones y del 0.5% para las mujeres.⁵⁹

De acuerdo al *Global Burden of Disease* del año 2004, los trastornos neuropsiquiátricos también se hallaban presentes entre los padecimientos de más altas prevalencias, aún cuando frecuentemente habían sido pasados por alto y subestimados frente a otras condiciones de salud que mostraban tasas de prevalencia considerablemente mayores concentrando la atención de las acciones sanitarias (*Tabla 13*).

Tabla 13. Prevalencia (millones) de condiciones seleccionadas por regiones de la OMS, 2004⁶⁰

<i>Trastorno</i>	<i>Mundo</i>	<i>Africa</i>	<i>Américas</i>	<i>Mediterráneo Oriental</i>	<i>Europa</i>	<i>Sudeste de Asia</i>	<i>Oeste Pacífico</i>
Migraña	324.1	12.6	59.7	16.2	77.3	70.3	87.5
Depresivo unipolar	151.2	13.4	22.7	12.4	22.2	40.9	39.3
Uso nocivo de alcohol	125.0	3.8	24.2	1.1	26.9	21.5	47.3
Epilepsia	40.0	7.7	8.6	2.8	4.1	9.8	7.0
Afectivo bipolar	29.5	2.7	4.1	2.1	4.4	7.2	8.9
Esquizofrenia	26.3	2.1	3.9	1.9	4.4	6.2	7.9
Alzheimer y otras demencias	24.2	0.6	5.0	0.6	7.6	2.8	7.4
Parkinson	5.2	0.2	1.2	0.2	2.0	0.7	1.0

* *Prevalence (millions) of selected conditions by WHO region, 2004.*

⁵⁸ *Ibíd.*, p.43.

⁵⁹ *Ibíd.*, pp.31-32.

⁶⁰ *The Global Burden of Disease. 2004 Update. Op. cit.*, Adaptada de Tabla 7, p.32.

De las 23 enfermedades consideradas en el ámbito mundial, ocho de ellas correspondieron a padecimientos neuropsiquiátricos, dentro de este último grupo la depresión unipolar ocupó el segundo lugar, seguido por el uso nocivo de alcohol y en quinto lugar el trastorno afectivo bipolar. Como es observable, aún cuando las cifras mantenían cierta consistencia, existían importantes diferencias entre regiones, situación que ya había sido detectada anteriormente promoviendo la realización de exploraciones más delimitadas para cada una de ellas.

El panorama que respecto a los trastornos mentales prevalecía en la Región de las Américas y el Caribe quedó expuesta en dos de los análisis realizados y en los que se puntualizaba que:

- Existían 114 millones de personas con algún trastorno mental⁶¹ y que 25% de la población adulta lo padecería en algún momento de la vida.⁶²
- La tasa de estos padecimientos en los niños variaba entre el 21% en Estados Unidos y el 12%-29% en los países en desarrollo.⁶³
- La prevalencia del abuso o la dependencia al alcohol se presentó en un 5.7% de la población, la depresión mayor en un 4.9% y las psicosis no afectivas, entre ellas la esquizofrenia, en un 1.0%.⁶⁴
- Más de 5 millones de personas sufrían de epilepsia, de las cuales sólo 1.5 millones eran identificadas y tratadas adecuadamente.⁶⁵
- Proyecciones al 2010 exponían que los trastornos mentales en general podrían incrementarse a 176 millones de personas para esta región; que la depresión pasaría de 20 a 35 millones y la esquizofrenia de 3.3 a 5.5 millones.⁶⁶ Cifras que podrían magnificarse como consecuencia de los cambios sociodemográficos por venir.

⁶¹ Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2001). *La Salud Mental en la Américas: nuevos retos al comienzo del milenio*. p.1.

⁶² *Ibid.*, p.4.

⁶³ *Ibid.*, p.4.

⁶⁴ R. Kohn, I. Levav, J. M. Caldas, B. Vicente, L. Andrade, J. Caraveo, S. Saxena y B. Saraceno. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4/5), p.229.

⁶⁵ *La Salud Mental en la Américas: nuevos retos al comienzo del milenio*. Op. cit., p.4.

⁶⁶ *Ibid.*, pp.3-5.

1.3 EL GASTO PARA LAS NACIONES E IMPACTO EN LA PRODUCTIVIDAD

Dado que los desórdenes mentales se caracterizan por presentar un mayor índice de morbilidad que de mortalidad, su tratamiento es constante y en ocasiones permanente deviniendo en significativos costos directos e indirectos.⁶⁷ La afectación financiera no se circunscribe a los sistemas de salud encargados de su atención, también se ve reflejada en los sistemas productivos y en la economía familiar; esta carga los ha llevado a convertirse en un serio problema de salud pública, particularmente en los países de altos y medianos ingresos.

Estudios realizados en su mayoría en naciones industrializadas, han generado información relativa a los costos de tratamiento y de servicios erogados por sus sistemas sanitarios, misma que ha sido expuesta en diversos documentos. Algunos de estos datos dan testimonio de que:

- En 1990 los *trastornos mentales en su conjunto*, fueron responsables en los Estados miembro de la Unión Europea del gasto de entre el 3% y 4% del Producto Nacional Bruto; esta estimación en los Estados Unidos fue del 2.5%, alcanzando una cifra cercana a los 148,000 millones de dólares de los cuales tan sólo el 2% correspondía a su atención.⁶⁸
- A esa fecha en los Países Bajos del gasto total de asistencia sanitaria un 23.2% concernía al gasto generado por los trastornos mentales, mientras que el Reino Unido destinó de ese rubro un 22% tan sólo para pacientes hospitalizados por dichos padecimientos.⁶⁹
- Gran Bretaña en 1997 calculó en 32,000 millones de libras esterlinas el costo agregado que los trastornos mentales generaban, de los cuales 45% correspondieron a productividad perdida.⁷⁰

⁶⁷ Costos directos: tratamiento y pago de servicios, servicios sociales, sistema judicial y carcelario, transporte. Costos indirectos: costos por morbilidad (valor de la productividad), costos por mortalidad y valor del tiempo de los cuidadores familiares. Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en Salud Mental*. p.14.

⁶⁸ *Ibid.*, p.15.

⁶⁹ *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Op. cit.*, pp.27-28.

⁷⁰ *Invertir en Salud Mental. Op. cit.*, p.15.

- Para el 2001 Canadá reportó un gasto total de al menos 14,400 millones de dólares canadienses debido a toda la carga de los trastornos mentales, de los cuales 6,300 fueron imputables a costos de tratamiento y 8,100 derivaron de productividad pérdida, convirtiéndose en los padecimientos más caros para ese país.⁷¹ Ese mismo año en naciones menos desarrolladas como Chile, para una población de 3.2 millones de habitantes los costos directos correspondientes al tratamiento fueron de 74 millones de dólares, lo que representó la mitad del presupuesto total destinado al programa de salud mental.⁷²

Algunos análisis detallados de esas erogaciones hacen evidente que los padecimientos más caros para los sistemas de salud son la depresión, la esquizofrenia y el consumo abusivo de alcohol y drogas. La ansiedad por su parte, tiene un gravoso impacto en la sociedad:

- El *costo de la depresión* en los Estados Unidos para 1990 fue de 43.7 millones de dólares, en tanto que el Reino Unido en 1998 destinó a este padecimiento 417 millones de libras esterlinas. Dentro de los costos directos, la hospitalización fue el concepto que generó un mayor gasto consumiendo entre el 43% y el 75% del costo promedio por paciente, seguido por el concepto de medicamentos al que se le atribuyó entre el 2% y el 11%. Al comparar diversas enfermedades no transmisibles como Alzheimer, asma, cáncer, osteoporosis, hipertensión, esquizofrenia y depresión, esta última ocupó el tercer lugar en términos de prevalencia y sexto en cuanto a carga económica.⁷³

- En 1991 la *esquizofrenia* generó a los Estados Unidos gastos directos por 19 mil millones de dólares y 46 mil millones por pérdidas en productividad -gastos indirectos-.⁷⁴ Entre los años 2004-2005 en Inglaterra los costos directos de este padecimiento ascendieron a 2 mil millones de libras esterlinas; las pérdidas de productividad –desempleo, ausencia en el trabajo- y mortalidad prematura alcanzaron los 3.4 millones; el gasto familiar para los cuidados informales y privados de esos pacientes se contabilizó en 615 millones, mientras que la pérdida

⁷¹ *Ibid.*, p.15.

⁷² M. Valencia. (2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007. *Salud Mental*, 30(002), pp.75-80.

⁷³ P. Berto, D. D'Ilario, P. Ruffo, R. Di Virgilio & F. Rizzo. (2000). Depression cost-of-illness studies in the international literature, a review. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 3(1), pp.3-10.

⁷⁴ *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Op. cit.*, p.33.

de productividad de los cuidadores fue valuada en 32 millones de libras.⁷⁵

- El costo estimado para el manejo anual de estos pacientes ha sido tasado en alrededor de 15,000 dólares americanos, cifra tan sólo por debajo de la correspondiente a la enfermedad de Alzheimer (USD\$25,000) y por encima de la depresión (aproximadamente USD\$3,000).⁷⁶

- Para 1992, los *costos por consumo abusivo de alcohol* fueron estimados en Estados Unidos en 148 mil millones de dólares –de los cuales 19 mil millones eran atribuibles a asistencia sanitaria-, mientras que en Canadá éstos fueron de 7.52 mil millones de dólares canadienses.⁷⁷

- En Canadá el *costo global por consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas* se valuó en 18.4 mil millones representando el 2.7% del Producto Interno Bruto, contrastación que en otros países significó el 1%.⁷⁸ Al año 2000 en Estados Unidos el uso nocivo de drogas ilegales y la drogodependencia, alcanzaron un costo económico de 98 mil millones de dólares.⁷⁹

- Un costo sustancial imponían los *trastornos de ansiedad* a la sociedad. Tan sólo en los Estados Unidos fueron erogados para esa condición un total de 42.3 millones de dólares –equivalentes a 1,542 dólares por paciente-; correspondiendo de ese total el 54% a tratamiento médico no psiquiátrico, 31% a gastos de tratamiento psiquiátrico, 10% a costos indirectos de trabajo, 3% a mortalidad y un 2% a prescripciones farmacéuticas. Dentro de los desórdenes de ansiedad, los trastornos de estrés postraumático y de pánico fueron los que más servicios demandaron.⁸⁰

Los trastornos mentales no sólo generan gastos a las naciones, también se ven reflejados en *costos por la pérdida de productividad* a resultas de algunos de estos padecimientos, muchos de los cuales suelen aparecer a edades tempranas coincidiendo con las etapas de mayor productividad de los individuos, lo que hace que se vean disminuidas sus oportunidades de incorporación, eficiencia y permanencia en el

⁷⁵ R. Mangalore & M. Knapp. (2007). Cost of schizophrenia in England. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 10(1), pp.23-41.

⁷⁶ *Invertir en Salud Mental. Op. cit.*, p.19.

⁷⁷ *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Op. cit.*, p.32.

⁷⁸ *Ibid.*, p.32.

⁷⁹ *Ibid.*, p.32.

⁸⁰ P. Greenberg, T. Sisitsky, R. Kessler, S. Finkelstein, E. Berndt, J. Davidson, J. Ballenger & A. Fyer. (1999). The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *Journal Clinic Psychiatry*, 60(7), pp.427-435.

mercado laboral. Otras investigaciones se han interesado en explorar este aspecto, de entre sus resultados merecen señalarse los siguientes:

- El ausentismo laboral debido a *problemas de salud mental*, alcanzó cifras que iban desde el 35% hasta el 45% en países con mayores niveles de desarrollo.⁸¹
- Estados Unidos para 1995 estimó que el 59% de los costos de la pérdida de productividad, eran generados por trastornos mentales.⁸² Nuevas evaluaciones en 1997 informarían que anualmente a nivel nacional los problemas de salud mental significaban más de cuatro millones de días de trabajo perdidos –seis días mensuales por cada 100 trabajadores- y 20 millones de días de productividad disminuida –31 días por mes por cada 100 trabajadores-. Tanto el ausentismo como la déficit en productividad, fueron más frecuentes en aquellos trabajadores con trastornos comórbidos que en los que estaban afectados por un sólo trastorno.⁸³
- De cinco a seis millones de trabajadores norteamericanos en edades de entre 16 a 54 años en el año 2001, por padecer alguna enfermedad mental perdieron, no buscaron o no pudieron encontrar empleo; en éstos últimos se calculó que su ingreso disminuyó de 6,000 dólares americanos a 3,500 por año.⁸⁴ Entre los trabajadores se estimó que la depresión alcanzó una prevalencia de entre el 1.8% al 3.6% y que éstos se encontraban discapacitados en una medida doblemente alta respecto a los que no la tenían.⁸⁵
- Una investigación realizada en Estados Unidos en 1994 al interior de una compañía financiera reveló que por discapacidad transitoria derivada de *depresión* se perdieron 44 días de trabajo –ausencia laboral- cifra que resultó ser más alta comparada con las resultantes de enfermedad cardiaca, dolor lumbar y asma que ocasionaron 42, 39 y 21 días perdidos.⁸⁶
- Para 1999 los costos anuales promedio de los trabajadores con *depresión* –que incluyeron gastos por conceptos médicos, farmacéuticos y discapacidad- llegaron a ser 4.2 veces más altos que los gastos en que incurrieron los asegurados sin este padecimiento. Un dato interesante presentado fue que los costos por el tratamiento de la depresión, se compensaron con la reducción de días de ausentismo laboral.⁸⁷

⁸¹ *Invertir en Salud Mental. Op. cit.*, p.19.

⁸² *Ibid.*, p.19.

⁸³ *Ibid.*, p.20.

⁸⁴ *Ibid.*, p.21.

⁸⁵ *Ibid.*, p.21.

⁸⁶ *Ibid.*, p.21.

⁸⁷ *Ibid.*, p.21.

•Una encuesta realizada en 1995 en Gran Bretaña, evidenció que de las personas diagnosticadas con *psicosis* sólo una quinta parte de ellas estaban empleadas, una octava parte se encontraba desempleada y la mitad fueron clasificadas como permanentemente imposibilitadas para trabajar.⁸⁸ Las personas con un *trastorno neurótico* tomaron licencia ocho días en un año, mientras aquellas afectadas por dos o más trastornos lo hicieron por 28 días.⁸⁹

Pese a que resulta indispensable para las naciones conocer el impacto financiero que en términos de gasto nacional, pérdida de productividad y gasto individual generan los trastornos mentales, la disponibilidad de estudios con este fin es muy limitada, especialmente en países en vías de desarrollo.

1.4 EL PESO DE LA COMORBILIDAD

Se entiende por comorbilidad la coexistencia en la misma persona de dos o más trastornos,⁹⁰ en cuya combinación pueden aparecer enfermedades físicas y/o mentales, comorbilidad que muchas veces cursa sin ser diagnosticada.

Un padecimiento físico serio, por si mismo, puede menoscabar múltiples áreas de la vida de un individuo; algunos que lo padecen, suelen experimentar emociones abrumadoras, frente a un panorama de salud desalentador, dando paso a la posible aparición de estados de sufrimiento mental.⁹¹ Esto evidencia la íntima relación existente entre salud física y trastornos mentales, de manera que *“cuanto más serio es el problema médico, mayor la probabilidad de que la persona sufra trastornos de salud mental”*.⁹²

⁸⁸ *Ibíd.*, p.21.

⁸⁹ *Ibíd.*, p.19.

⁹⁰ *Ibíd.*, p.10.

⁹¹ World Federation for Mental Health. (2004). *La relación entre salud física y la salud mental: trastornos concurrentes*. p.13.

⁹² *Ibíd.*, p.10.

Según se ha puntualizado, de forma inversa, la presencia de psicopatología puede actuar como factor de riesgo contribuyente en la aparición, evolución y desenlace de condiciones crónicas tales como el cáncer, las cardiopatías coronarias, la diabetes o el VIH/SIDA.

Diversos estudios epidemiológicos han revelado: a) una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos entre pacientes con cuadros médicos crónicos, en razones que van de entre 1.41% y 3.55%⁹³ y; b) una mayor propensión entre las personas con trastornos mentales no tratados de presentar una conducta negligente en relación con su salud, no apegándose al tratamiento médico prescrito –en una proporción tres veces mayor que aquellos enfermos sin padecimiento mentales–,⁹⁴ sufrir de disfunciones del sistema inmunitario y de una evolución negativa de su enfermedad. Por el contrario, el diagnóstico y tratamiento tempranos de enfermedades concurrentes, a menudo se reflejan en una mejoría en el estado de salud del enfermo y en su calidad general de vida.

Dentro del conjunto de trastornos mentales que más frecuentemente se han vinculado con enfermedades físicas, la *ansiedad generalizada* y la *depresión* ocupan los primeros lugares; las cuales al producir cambios desfavorables en el sistema inmunológico podrían propiciar la aparición de afecciones físicas, amén de su influencia en el comportamiento (régimen alimenticio, conducta sexual, adicciones, etc.) que tendería a incrementar la incidencia de dichas afecciones.

El deterioro del funcionamiento de los enfermos con padecimientos físicos, el incremento de sus niveles de discapacidad, así como el aumento en las tasas de mortalidad; son algunos de los efectos de gran alcance de la *depresión* que acompañan a la enfermedad física crónica. Además de que puede representar una mayor utilización

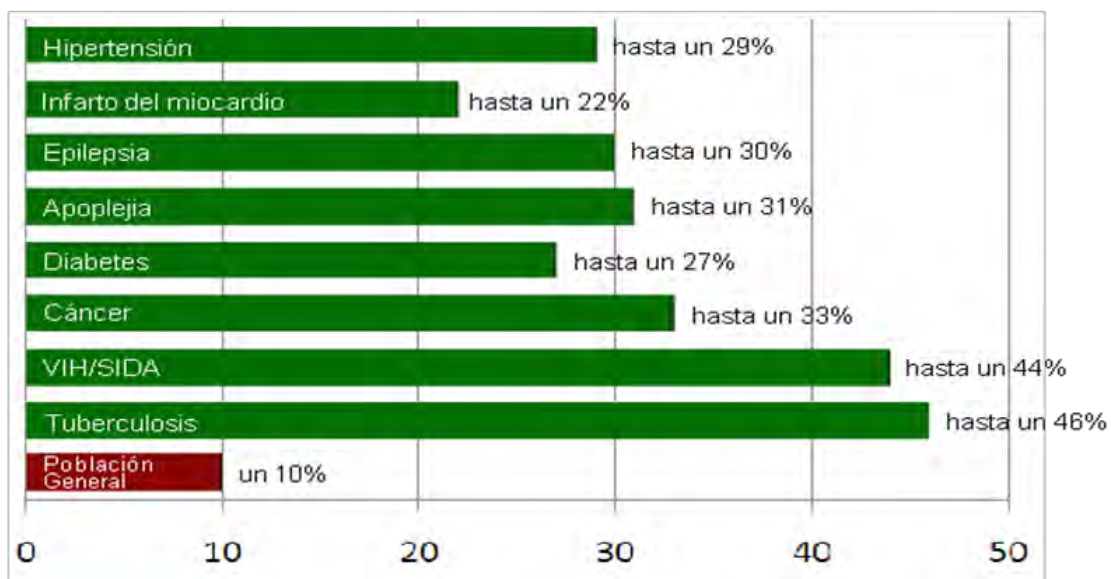
⁹³ R. Florenzano, C. Fullerton, D. Goldberg, M. Rezaki, V. Mavreas y W. Maier. (2006). *La relación entre enfermedades físicas y trastornos mentales en diferentes países. Estudio de la Organización Mundial de la Salud*. p.2.

⁹⁴ Organización Mundial de la Salud. (2002). *Programa Mundial de Acción en Salud Mental mhGAP...cerremos la brecha, mejoremos la atención*. p.3.

de los servicios de salud y, por tanto, significar altos costos que se derivan de su atención y tratamiento.

La siguiente figura muestra el peso de la comorbilidad de la depresión con algunas de las más importantes enfermedades físicas que reportan una gran prevalencia en la población a nivel mundial.

Figura 1. Prevalencia de depresión mayor en pacientes con enfermedades físicas⁹⁵



Diabetes

La diabetes *mellitus* es actualmente una de las enfermedades crónico-degenerativas de mayor prevalencia a nivel mundial. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud para el 2004, de cada 20 muertes ocurridas en el mundo, al menos una de ellas fue atribuible a esta enfermedad y de los 171 millones de personas que la padecían, el 90% presentaba diabetes tipo 2.⁹⁶ Su rápida expansión está siendo un fenómeno de gran preocupación; se ha estimado, por ejemplo, que en los países en

⁹⁵ *Invertir en Salud Mental. Op. cit., p.3.*

⁹⁶ *La relación entre salud física y la salud mental: trastornos concurrentes. Op. cit., p.20.*

vías de desarrollo durante los próximos treinta años, el número de casos presumiblemente se incrementará a más del doble.

El saberse afectado por este padecimiento físico incurable, en general significa un enorme impacto emocional para el enfermo, toda vez que implica una serie de cambios y adaptaciones en su esquema general de vida, que suponen sacrificios difíciles de aceptar y asumir por la necesidad de su observancia permanente durante toda la vida; lo contrario representaría un alto riesgo para la salud integral de la persona.

Altos niveles de estrés y sentimientos de tristeza podrían ser reacciones inmediatas esperables frente a la noticia de la presencia de la enfermedad. En cierta medida también son explicables por el desequilibrio hormonal y sustancias químicas cerebrales, cambios que podrían incrementar la probabilidad de asociación de ansiedad y depresión con diabetes. La falta de energía y motivación del enfermo para adoptar sistemática y regularmente medidas de autocuidado relacionadas esencialmente con aspectos nutricionales, apego a tratamiento farmacológico y ejercicio físico, hacen que peligre su bienestar físico y psicológico.

Comparativamente con la población en general, se ha comprobado que las personas con diabetes *mellitus*, son más proclives a padecer depresión clínica, en una proporción de 3:1. Las investigaciones muestran que la depresión prevalece durante un periodo de tiempo prolongado, con una sintomatología severa en este tipo enfermos.

La depresión sin tratamiento, por su parte, acarrea graves consecuencias para las personas que sufren de diabetes, en la medida en que dificulta la adherencia a las medidas prescritas de cuidado personal y esquemas de tratamiento; la pérdida del autocontrol, perjudicial para individuos con esta clase de padecimientos, usualmente se cree acontece como resultado de la depresión.⁹⁷

⁹⁷ *Ibíd.*, p.19-20.

Cáncer

El cáncer es una enfermedad que afecta a un gran número de personas a nivel mundial, actualmente es la segunda causa de muerte y responsable de alrededor del 13% de todas las defunciones. Durante el 2007 provocó el deceso de cerca de 7.9 millones de personas, de las cuales alrededor del 72% vivían en países en desarrollo. La OMS proyecta un incremento de la mortalidad anual mundial de 11.5 millones para el 2030.⁹⁸

El cáncer, como otras enfermedades crónicas, tiene un gran impacto en la calidad de vida de las personas y las familias. La pérdida de la salud originada por este padecimiento y muchas veces percibida como irrecuperable, suscita reacciones normales de profunda tristeza y duelo en el enfermo. Las dificultades de algunos para afrontar el diagnóstico, es un indicador de la probable asociación a este padecimiento con un problema de salud mental que requeriría ser abordado.

El recibir un diagnóstico de cáncer puede llevar a altos niveles de estrés, ansiedad y depresión, que podrían causar efectos adversos en la salud de la persona que enfrenta la enfermedad. Algunos de los factores que desencadenan problemas emocionales y trastornos mentales en los individuos con esta afección física, tienen que ver con el temor a la posibilidad de la muerte, sus implicaciones en los proyectos personales y de desarrollo profesional, los cambios en la apariencia corporal como efectos secundarios del tratamiento, las modificaciones en los estilos de vida, así como la posible alteración de las prácticas sociales.

La ansiedad es una respuesta habitual ante la gravedad que en general se le atribuye al cáncer. La persona que la sufre, puede experimentarla en diferentes momentos, *“ansiedad mientras se somete a una prueba de detección, mientras espera los resultados, recibe su diagnóstico, recibe tratamiento o anticipa el regreso del cáncer”*.⁹⁹

⁹⁸ Organización Panamericana de la Salud. (2002). Enfermedades crónicas: prevención y control en las Américas. *Noticiero mensual del programa de enfermedades crónicas de la OPS/OMS*. p.1.

⁹⁹ *La relación entre salud física y la salud mental: trastornos concurrentes*. Op. cit., p.33.

La comorbilidad entre ansiedad y cáncer podría producir alteraciones del sueño, así como sensación de náuseas y vómito persistentes, los cuales incrementarían los niveles de ansiedad del enfermo, lesionando de forma significativa su condición de vida. Se ha señalado, por ejemplo, que la ansiedad severa no atendida, podría abreviar la vida del paciente y que cuadros ansiógenos intensos vinculados con el tratamiento contra el cáncer, se presentan con mayor frecuencia en personas con historial previo de trastornos de ansiedad y en aquellas que durante el diagnóstico sufrieron de ansiedad.

El carácter insidioso de la ansiedad logra perdurar incluso, a posteriori del tratamiento contra el cáncer; la reincorporación del paciente a sus diferentes actividades habituales, los exámenes de seguimiento y las pruebas diagnósticas subsecuentes, aunados a la inquietud provocada por la probabilidad de su reaparición, son una fuente poderosa de ansiedad. A estos elementos habría que agregar, el desgaste financiero individual o familiar que para muchos sobrevivientes del cáncer representó su atención especializada, los cambios corporales ineludibles para erradicar la afección, las alteraciones en el comportamiento sexual, entre otros, que potencializan la recurrencia de cuadros ansiógenos.

Por su parte, la depresión que aqueja aproximadamente al 25% de las personas con cáncer, de las cuales sólo un 2% recibe tratamiento para la depresión, podría agravar el cuadro de la enfermedad, ya que en los casos en los que logra afectar al sistema inmune los mecanismos de defensa del organismo para combatir el padecimiento, se ven debilitados. “Las personas que tienen tanto depresión como cáncer enfrentan una serie de desafíos: están afligidas, tienden a tener problemas con las tareas cotidianas y a menudo les cuesta seguir el consejo de su médico”.¹⁰⁰

Al igual que en muchas de las condiciones comórbidas, es posible un diagnóstico inicial que detecte la presencia del trastorno mental, en este caso depresión, quedando encubierto el cáncer. Y aun cuando el cáncer aun no se ha instalado en la persona, este trastorno psiquiátrico actúa como un poderoso factor precipitante; se tiene

¹⁰⁰ *Ibid.*, p.30.

conocimiento de que las personas con cuadros depresivos crónicos (de al menos seis años) “muestran un 88% de riesgo más alto de contraer cáncer en los cuatro años siguientes”.¹⁰¹

Las investigaciones han demostrado, asimismo, que la depresión representa un factor de riesgo de suicidio. Este riesgo se incrementa notablemente cuando se vincula con el cáncer, toda vez que, la incidencia de suicidio entre pacientes de cáncer puede ser hasta diez veces más que entre la población general.

Enfermedad cardiovascular

De acuerdo a la OMS, “las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares causan la muerte de unos 17 millones de personas al año, lo que representa casi una tercera parte de todas las defunciones del mundo. En 2020 serán la principal causa de defunción y discapacidad en todo el mundo y se prevé que el número de víctimas aumente a más de 20 millones al año y para 2030, a más de 24 millones”.¹⁰² En todo el mundo la enfermedad cardiovascular es la mayor causa de muerte entre las mujeres.

La depresión en personas con estas problemáticas de salud, es una condición muy frecuente, se ha estimado que uno de cada dos individuos con cardiopatía la padece. “Entre tres y cinco por ciento de población está deprimida en cualquier momento dado; 18% de los pacientes cardiacos está deprimido en un momento dado. El riesgo de problemas cardiacos se duplica entre las personas con depresión”.¹⁰³ Asimismo, la sintomatología depresiva asociada a condiciones fisiopatológicas cardiacas de base, puede hacer que estas últimas se compliquen gravemente, causando incluso eventos clínicos cardiovasculares potencialmente fatales.

¹⁰¹ *La relación entre salud física y la salud mental: Trastornos concurrentes. Op. cit.*, pp.27-31.

¹⁰² Organización Mundial de la Salud. (2004). La OMS publica un atlas decisivo sobre la epidemia mundial de cardiopatías y accidentes cerebrovasculares. *Comunicado de Prensa*, p.1.

¹⁰³ *La relación entre salud física y salud mental: Trastornos concurrentes. Op. cit.*, p.37.

Estas asociaciones ponen de manifiesto el importante rol que juega la depresión en la enfermedad cardiovascular; una relación compleja en la que alguna de las partes es, o la causa o la consecuencia de la otra. De cualquier forma, la depresión es un factor crucial en la recuperación de los enfermos afectados por esa condición que merma la salud física.

Se ha descubierto que en los hombres con depresión, la probabilidad de desarrollar una enfermedad cardíaca se incrementa en un 70% y que el riesgo de daños al corazón al asociarse con este trastorno mental, no sólo es tres veces mayor comparado con enfermos libres de depresión, sino que la tendencia de sufrir episodios posteriores es igualmente más alta. En esta dinámica, es esperable que a mayor afectación cardíaca, mayor nivel de depresión que a su vez, incrementa el peligro de recrudecer el problema del corazón.

Para el caso de la población femenina, la depresión –se afirma- induce comportamientos de riesgo (adicciones a tabaco y alcohol, así como sobrepeso corporal) condiciones que sumadas entre sí, favorecerían la enfermedad cardiovascular. La probabilidad de desarrollar e incluso morir por este padecimiento en cohorte de mujeres postmenopáusicas con sintomatología depresiva, es mayor en aproximadamente un 50%, en comparación con aquellas con la afección, pero sin depresión.

Son variados los caminos a través de los cuales la depresión se interrelaciona con la enfermedad cardiovascular, algunos de los hallazgos han comprobado que:

- puede aparecer con posterioridad a la enfermedad cardíaca o a una intervención quirúrgica relacionada;
- es un predictor de enfermedad cardíaca: la aceleración del ritmo cardíaco, la hipertensión arterial, la variación en la velocidad del proceso de coagulación sanguínea, la elevación de hormonas de estrés, las alteraciones metabólicas y la activación del sistema nervioso simpático; son algunas de las contribuciones de este trastorno mental en la afectación del funcionamiento del corazón;

- disminuye la adherencia al tratamiento farmacológico prescrito para el manejo de la enfermedad cardiaca;
- un historial de depresión en personas hipertensas acrecienta considerablemente el riesgo de padecimientos cardiacos; conjuntamente con la ansiedad, duplica o triplica el riesgo de desarrollar hipertensión arterial, identificada como una de las principales causas de enfermedad cardiovascular;
- la soledad y la depresión pueden generar una gran tensión sobre el corazón y provocar la muerte a los sobrevivientes de cardiopatías;
- las personas que aunque han logrado recuperarse de afecciones cardiacas continúan aquejados por depresión, presentan seis veces más probabilidades de fallecer durante los siguientes seis meses posteriores al ataque, que los sobrevivientes sin síntomas depresivos;
- el riesgo de fallecimiento en las personas con cuadros depresivos severos que han sufrido un infarto al corazón, se eleva de dos a cuatro veces en un corto periodo de tiempo posterior al evento;
- la depresión es una de las causas que disminuye la capacidad mental de las personas víctimas de derrames cerebrales; y
- el estrés agudo y crónico, la hostilidad, la depresión, el apoyo social pobre y el estatus socioeconómico bajo; han sido identificados como presuntos factores psicosociales de riesgo de enfermedad cardiaca coronaria.

La carencia de diagnóstico, la subestimación de su importancia o las modalidades de tratamiento poco efectivas para atender la depresión correlacionada con afecciones cardiacas, como se puede observar, podrían condenar al enfermo a un estado severo de discapacidad y en el peor de los escenarios, de pérdida de vida.

Los pacientes que logran recuperarse del padecimiento físico, inevitablemente requieren transitar por un proceso de adaptación que conlleva a numerosos cambios, algunos de los cuales serán motivo de nuevos episodios de ansiedad procedente de sentimientos de pérdida de autonomía, sensación de fragilidad o preocupación por un futuro incierto, por mencionar algunos. La capacidad individual para afrontar estos cambios, podría resultar seriamente afectada con la presencia de depresión.

Si la depresión resulta dañina por sí misma, su instalación en esta afección crónica, es sumamente peligrosa: “entre los pacientes cardíacos, la depresión es tan buen pronosticador de una muerte inminente como el tabaquismo, la obesidad o un ataque cardíaco previo. Estudio tras estudio demuestra que las personas que están solas, deprimidas y aisladas tienen tres a cinco más probabilidades de morir prematuramente que aquellas que tienen conexiones en la vida”.¹⁰⁴

VIH/SIDA

El Informe sobre la Salud en el Mundo 2004 dedicado a abundar sobre el tema VIH/SIDA y abogar por una estrategia global para combatirla, señaló que hasta ese entonces “la enfermedad ha matado ya a más de 20 millones de personas, y se estima que la cifra actual de seropositivos está comprendida entre 34 y 46 millones. En 2003, tres millones de personas murieron y cinco millones se infectaron. El VIH/SIDA, desconocido hace un cuarto de siglo, es ahora la principal causa mundial de muerte y de años perdidos de vida productiva entre los adultos de 15 a 59 años”.¹⁰⁵

Desde que apareció el virus “...se han infectado cuatro millones de niños. De los cinco millones de personas que se contagiaron en 2003, 700 000 eran niños, y casi todos contrajeron el virus por transmisión durante el embarazo, el parto o la lactancia”.¹⁰⁶ Sus proyecciones advierten que “casi seis millones de personas del mundo en desarrollo morirán en un futuro próximo si no reciben tratamiento”.¹⁰⁷

El miedo a contraer VIH/SIDA es una respuesta generalizada, no sólo derivada de la alta probabilidad de muerte, sino de la serie de implicaciones que en vida supone para los enfermos, entre ellas, el progresivo deterioro físico y la discapacidad. La víctima de la enfermedad enfrenta esta posibilidad ante un padecimiento para el que hasta el día de hoy, no se ha descubierto cura. El estigma, la discriminación social y la vergüenza

¹⁰⁴ *Ibid.*, p.35-36.

¹⁰⁵ Organización Mundial de la Salud. (2004). *Informe sobre la salud en el mundo. Cambiemos el rumbo de la historia*. p.XII.

¹⁰⁶ *Ibid.*, p.1.

¹⁰⁷ *Ibid.*, p.XII.

son elementos que se asocian al problema de salud de base, de manera que la ansiedad y la depresión pueden fácilmente instalarse en el individuo. El rechazo social por temor al contagio además de condenar al sidótico a una condición de aislamiento, le niega la posibilidad de acceder o conservar un empleo que soporte el alto costo del tratamiento, dada la insuficiencia de los servicios de salud pública, asequibles únicamente para una reducida proporción de la población afectada.

La llamada “Encefalopatía del SIDA” o “Demencia compleja del SIDA”, es una respuesta emocional provocada por altos niveles de ansiedad que presentan las personas cuya enfermedad se encuentra en etapas avanzadas. Este tipo de demencia disminuye las capacidades de memoria, concentración, juicio y velocidad del pensamiento, altera la personalidad e incrementa el aislamiento social, entre otras características.

Aunque la *depresión* es un problema de salud mental frecuente entre las personas infectadas con el VIH, se ha sugerido que aquellos individuos enfermos que presentan cuadros depresivos, tienen una historia de depresión que antecede al contagio de la enfermedad. La dificultad en el diagnóstico de la depresión comórbida al VIH, estriba en que el desgaste físico propio de la enfermedad que previsiblemente podría traducirse en falta de energía y actividad; explicaría la condición del sujeto, enmascarando la presencia del trastorno mental.

Determinantes socioeconómicos como la pobreza, desempleo, insalubridad, entre otros; a los que se expone una gran proporción de individuos infectados con el virus del SIDA, se suman al impacto de la propia enfermedad, actuando todos en conjunto, como detonantes de patologías mentales, en especial de depresión. La falta de adherencia al tratamiento farmacológico antirretroviral para el control de la enfermedad, así como el incremento de la discapacidad que el padecimiento físico provoca, son algunos de los efectos de la desatención a la depresión.

El grupo de población infantil está siendo uno de los afectados directamente por el VIH/SIDA. Para el 2002, la ONUSIDA calculó que 1.4 millones de niños en el mundo se

hallaban contagiados de la enfermedad, de los cuales el 80% viven en Africa. Adicionalmente existe otro grupo de menores, aun libre de la enfermedad, cuyos padres se hallan contagiados. En ambos casos, esta condición de vida es en extremo compleja, estresante, angustiante y desoladora.

La incertidumbre en torno a su propio futuro y la de sus padres; la escasa comprensión de la enfermedad y sus consecuencias a mediano o largo plazo, en gran medida por información limitada o imprecisa; la inestabilidad en la estructura familiar; la falta de redes sociales de apoyo, las depauperadas condiciones económicas en las que muchos de ellos viven; por mencionar algunos, son factores de riesgo potencialmente peligrosos para el bienestar psicológico de los niños. Es muy probable que estos menores no logren incorporarse efectivamente en la sociedad, en una gran proporción incluso quedarán huérfanos a muy temprana edad o tendrán que enfrentar las devastadoras implicaciones de sufrir la enfermedad.

En el futuro, los niños en condición de orfandad producto de esta pandemia, muy probablemente tendrán secuelas de impacto en su salud mental. “Las consecuencias pueden incluir depresión, agresión, consumo de drogas, trastornos del sueño, malnutrición y «problemas de crecimiento» por los cuales los niños no maduran física o emocionalmente hasta alcanzar su potencial”.¹⁰⁸ Frente a este panorama y reconocida esta previsible coexistencia, se presume por demás necesario proporcionar servicios de salud bajo un modelo integral de atención que paralelamente al tratamiento de la enfermedad, se abocaran a considerar la instrumentación de estrategias dirigidas a mitigar la intensidad del impacto emocional por ella producida, sobre todo porque .se ha responsabilizado al estado de salud mental de la evolución, discapacidad, pronóstico y calidad de vida de los enfermos.

¹⁰⁸ *La relación entre salud física y la salud mental: trastornos concurrentes. Op. cit., pp.45-47.*

1.5 EL IMPACTO PARA LA FAMILIA

La prevalencia de los trastornos mentales se traduce en una alta carga emocional y económica para el individuo, su familia y la sociedad. El impacto económico se refleja en la disminución del ingreso personal, la capacidad de los afectados o sus familias para trabajar y contribuir productivamente a la economía nacional. En consecuencia, es predecible un aumento en la utilización de los servicios públicos de atención y apoyo.¹⁰⁹

Dado el escaso acceso de atención y tratamiento en un buen número de sujetos con padecimientos mentales, la familia es la principal fuente de cuidados a estos enfermos, cuidados que además del apoyo emocional, implican el asumir las actividades cotidianas de autocuidado de aquellos, especialmente cuando presenta altos niveles de disfuncionalidad.

Esta condición afecta a una importante cantidad de familias, toda vez que se estima que en una de cada cuatro, existe al menos un integrante afectado por un trastorno mental y/o conductual; ella sufraga, sino en su totalidad, sí la mayor parte del financiamiento derivado de su atención y tratamiento. Adicionalmente a lo anterior, la familia tiene que enfrentar el estigma y la discriminación proveniente de diferentes frentes, resultantes de la falta de conocimiento y conciencia social en torno a estos problemas de salud, así como de una ideología psiquiátrica dominante empeñada en alertar al mundo sobre la peligrosidad de este tipo de enfermos.

En gran medida estas familias realizan ciertas adaptaciones y concesiones. El miembro de la familia elegido como principal cuidador puede ver lesionado su desarrollo personal y profesional, sintiéndose presionado a buscar estrategias para combinar esta responsabilidad con sus propias demandas laborales a efecto de evitar pérdidas en la generación de recursos económicos.

¹⁰⁹ *Invertir en Salud Mental. Op. cit.*, p.5.

Según los expertos, la tensión al interior del sistema familiar se convierte en un factor de riesgo que podría vulnerar el estado de salud mental de algún otro de sus integrantes que se sumaría a la problemática previa.

Acciones de prevención en este ámbito sólo podrían dirigirse a la familia en dos direcciones: a) atendiendo oportuna y eficazmente al paciente afectado con un trastorno para facilitar su reincorporación social y productiva, con lo que de forma indirecta se prevendría un mayor deterioro a la estabilidad familiar y b) interviniendo directamente en la familia, suministrándole a sus miembros recursos de afrontamiento para el manejo de tales condiciones.



En el tránsito a lo largo de las diversas repercusiones de los trastornos mentales es contundente que el sentido del discurso oficial –matizado de tintes sociales y humanitarios-, aún cuando intenta equilibrar el peso otorgado a cada uno de los aspectos de la problemática que suponen estos padecimientos, los lleva inevitablemente a converger en el mismo punto: su impacto económico. Por ende, la preocupación por abatir los costos institucionales dispuestos para su manejo –directos-, así como por evitar las pérdidas en los sistemas de producción –indirectos-, se convertirían en las directrices en el rubro de la salud, las que llevarían al Banco Mundial y a la Organización Mundial de la Salud a hacer un llamado a las naciones para dar celeridad a los cambios por ellos sugeridos, en aras de favorecer el desarrollo económico y “social” de las naciones y fortalecer los sistemas nacionales de salud.

El desarrollo de nuevas formas para evaluar la salud, caso específico los AVAD’s, se adhieren a esas motivaciones. Desde la visión oficial, con su aplicación quedaban develadas las repercusiones de la transición epidemiológica como destino inevitable por el que transitarán todas las naciones del mundo; la alta carga de la morbilidad; el impacto de la discapacidad; los principales problemas de los sistemas de salud y las

nuevas demandas generadas por ellos; así como la imperiosa necesidad de introducir intervenciones en salud *altamente efectivas en función de su reducido costo*.

Desde su enfoque, la prevención podía adquirir el carácter de estrategia fundamental al responder a ese último criterio, es decir: en relación a los padecimientos de Grupo I medidas preventivas resultarían fácilmente asequibles, de gran impacto y de muy bajo costo; para las condiciones de Grupo II y III, cuya atención es sumamente costosa, sus efectos altamente discapacitantes y en gran medida atribuibles al comportamiento imprudente de los individuos (limitado autocuidado y sobreexposición a riesgos), la acción de la prevención estaría dirigida a alentar cambios radicales en la conducta personal y a favorecer el desarrollo de las habilidades y capacidades.

A la luz de la teoría de la transición epidemiológica los nuevos patrones de salud mundial, quedaron confirmados con el proyecto GBD. En sus estimaciones el movimiento reportado por la *depresión mayor unipolar* se constituyó en el ejemplo más representativo y dramático del creciente impacto de los trastornos neuropsiquiátricos en su conjunto, al haber conseguido escalar de un séptimo lugar dentro de las causas líderes de mayor discapacidad en el 2001, a un tercer sitio al 2004 y a un primero proyectado al 2030.

Tal confirmación aunque cierta, conviene ser sujeta a una comparación inter e intragrupal.

Una revisión minuciosa de los estimados correspondientes al año 2000, probó en un primer momento que la carga de morbilidad de las enfermedades transmisibles se hallaba tan sólo por debajo en un 4% de la consignada a las enfermedades no transmisibles, diferencia tan sutil que llevaba a cuestionar las razones por las cuales se *magnificaba* el peso atribuido al último grupo, motivaciones acaso, debidas al significativo efecto que éste genera en la economía de las naciones en razón de estar constituido por padecimientos crónicos, altamente discapacitantes, que requieren de

largos periodos de atención de los sistemas de salud acompañados de una importante derrama de recursos institucionales antes de la muerte.

Esta misma lógica conlleva a practicar una segunda exploración focalizando la atención a una contrastación entre el peso en AVAD's de las enfermedades neuropsiquiátricas en su totalidad con otro subgrupo del Grupo II igualmente responsable de altos índices de años perdidos ajustados en razón de discapacidad –enfermedades cardiovasculares- y con el Grupo III.

Los resultados de este ejercicio indicarían para el primer caso, que las condiciones neuropsiquiátricas fueron causantes de más AVAD's perdidos en alrededor de un 17% en relación al primer referente de comparación; mientras que en el segundo, se hallaban por debajo en cerca de un 1% con respecto a los traumatismos. Estos hallazgos evidenciarían la presencia de otros agentes detonantes de altos niveles de discapacidad y que sin embargo no consiguieron el mismo trato en el discurso, desplazados por una atención preferencial sobre los trastornos neuropsiquiátricos.

Una consideración final tendría que ver con un análisis circunscrito a la composición del subgrupo relativo a condiciones neuropsiquiátricas. Si se procediera a desagregarlo en condiciones neurológicas, por una parte y trastornos mentales, por otra, se observaría que éstos últimos concentraron un alto porcentaje de AVAD's (73%) mayoritariamente consumidos –una tercera parte- por la *depresión unipolar*. El habitual trato conjunto de ambas clases de desórdenes de naturaleza cualitativamente distinta, ha logrado además de inflar su peso, evitar hacer énfasis en su génesis diferenciada, con lo que se validan enfoques consonantes y formas análogas de intervención.

Asuntos colaterales fueron las causas subyacentes atribuidas a algunos de los padecimientos no transmisibles, así como a los accidentes y lesiones, que al ser conectadas con patrones de comportamiento de riesgo, podrían ser concebidas como síntomas típicos de ciertos trastornos mentales.

En la práctica, el uso del indicador AVAD's que decididamente introduce una visión económica al fenómeno salud-enfermedad, tendría al menos dos implicaciones: por un lado, ponderar la salud de las poblaciones en razón de la discapacidad y por extensión en pérdida de productividad, posibilitando imputar la presencia de enfermedades a los individuos so pretexto de su negligente actuar; y por otro, fundarse en la plataforma para definir aquellos padecimientos cuyas intervenciones resultaran efectivas en función de costos –prioritarias-, conformando por ende un conjunto de servicios clínicos esenciales a proporcionar por los sistemas públicos de salud, tendiendo a la limitación, y mejor a la eliminación, de aquellos de alta especialidad.

Tales prerrogativas sustentarían la toma de decisiones en la orientación de políticas públicas para la reorganización de las estructuras sanitarias y la búsqueda de fuentes alternativas de financiamiento para la prestación de servicios no esenciales o no incluidos en paquetes básicos.

Según se anotó previamente, en breve habrá un manejo escindido de los trastornos neuropsiquiátricos, divididos en dos grupos: los de naturaleza neurológica y los ahora llamados «trastornos *mentales* y del *comportamiento*» (GBD 2010). Nueva maniobra que invita a intentar dilucidar los argumentos que han dado lugar a un abordaje inicial de conjunto, para posteriormente decidirse por un trato independiente. A manera de hipótesis esta diferenciación podría deberse a algunas de las siguientes razones:

- la conveniencia de colocar la responsabilidad del deterioro a la salud mental en las personas, siendo procedentes para el caso acciones de modificación de conducta como medidas típicas de prevención;
- la ventaja de estimar discriminadamente el peso de los AVAD's para cada condición dentro de su grupo correspondiente, a fin de optar por la atención de aquellos problemas de salud de alta eficacia en razón del costo, ejercicio en el que presumiblemente se verían favorecidos los trastornos mentales y de comportamiento al considerar que invertir en ellos podría resultar más redituable;
- la disponibilidad de tratamiento en una extensa red de servicios procedentes de instituciones gubernamentales, sociales y privadas, que contribuirían a ganar un importante número de AVAD's de forma rápida, económica y con reducida

participación estatal, garantizando la reincorporación a la vida productiva en plazos cortos de tiempo.

Dotar de significativa importancia al indicador AVAD's y privilegiar una visión económica al momento de marcar el destino y rumbo de las políticas públicas en salud por sobre un enfoque de salud pública, puede representar poner en riesgo la vida y el bienestar social de amplios sectores poblacionales.

Pese a todo y más allá de la cuantificación de los AVAD's, una aportación no intencional de los proyectos GBD fue la inevitable exhibición de su conexión con variables sociodemográficas que explicarían los perfiles de daños a la salud, los que a su vez, se hallan vinculados con condiciones de distribución de la riqueza y las oportunidades necesarias propias de cada población para resolver sus problemas de salud. Suponer que la contribución de las regiones en la carga global de enfermedad es únicamente atribuible a la transición epidemiológica, ha representado una forma conveniente para desconocer las causas que originan los cambios diferenciados en los patrones de salud y enfermedad en el mundo.

En relación a la *prevalencia*, la OMS ha sostenido la premisa según la cual los factores sociodemográficos actúan "con independencia" de la presencia de los trastornos neuropsiquiátricos, cuyo fin es demostrar mediante el recurso de la *universalidad* de los problemas de salud mental su carácter insidioso y penetrante, negando al mismo tiempo la posibilidad de comprender los vínculos entre factores del contexto y las condiciones psicopatológicas.

En concatenación con el anterior supuesto, se encuentra el concerniente a la "alta y creciente" carga de los trastornos mentales, aseveración apenas sostenible desde los parámetros de prevalencia, baste señalar algunos puntos básicos:

- a. Los estudios epidemiológicos referenciados por dicho organismo aportan información no sólo insuficiente, sino también incomparable y en ocasiones contradictoria.

b. La contrastación entre las prevalencias reportadas mostró tendencia a la baja, es decir, mientras que para 1998 se identificaron 1,500 millones de casos en el mundo,¹¹⁰ para el 2001 ésta era de tan sólo 450 millones.¹¹¹

c. La integración en el grupo de trastornos mentales de todos aquellos padecimientos de etiología neurológica, psicosocial, psíquica, emocional y conductual,¹¹² si es que tuvo como una de sus intenciones incrementar las tasas de la prevalencia, no resultó suficiente para demostrarlo.

d. Intentando soportar ese argumento, el fenómeno de la comorbilidad jugaría un rol de primer orden al incrementar las tasas de prevalencia concentradas en trastornos mentales pudiendo por ello alcanzar dimensiones exponenciales. Sin embargo, dicho fenómeno más que ser evidencia de la tan anunciada epidemia, habría que intentar comprenderlo a la luz de la transición del perfil epidemiológico mundial, como repercusión natural de las transiciones demográfica, económica y social y más allá, de los factores sociodemográficos y contextuales que dan lugar a todas esas transformaciones.

Derivado de lo anterior es posible un cuestionamiento adicional ¿qué tan alta podría considerarse la prevalencia del *grupo de trastornos mentales*, a lo “largo de la vida” del 25% de la población,¹¹³ de un mundo sumergido en continuas y agudas crisis económicas, políticas y sociales? La dramatización de la prevalencia al carecer de fundamentos sólidos, parece atender a motivaciones distintas.

Si se concediera credibilidad a la manifestada preocupación por los trastornos mentales en términos de prevalencia, cómo se explicaría entonces la constatable desactualización de información que sobre este aspecto caracteriza los comunicados de la OMS, toda vez que al 2008 sigue haciendo alusión a los mismos 450 millones de

¹¹⁰ *Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorder. Op.cit.*, p.1.

¹¹¹ *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Op. cit.*, p.23.

¹¹² En los documentos generados por la OMS se pueden constatar las siguientes variantes: trastornos mentales, neurológicos y psicosociales; trastornos psíquicos; trastornos neuropsiquiátricos; trastornos psiquiátricos; trastornos psiquiátricos y emocionales; trastornos mentales o del cerebro; trastornos mentales y neurológicos; trastornos mentales, neurológicos y de conducta; trastornos mentales y conductuales; trastornos de salud mental; disfunción mental humana.

¹¹³ *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Op. cit.*, p.23.

personas “enfermas de la mente”,¹¹⁴ vació éste que ha pretendido resarcirse con la incorporación en sus documentos oficiales recientes, de exiguas estimaciones generadas por los análisis del proyecto GBD, aún cuando éstas se hallan enmarcadas dentro de estudios motivados por un interés en *ponderar las repercusiones de diversos padecimientos y no por la cuantificación de casos*; lo que podría sugerir una lectura orientada hacia la discapacidad, con independencia de la naturaleza de los indicadores utilizados.

Retomando el asunto de la comorbilidad y concediendo que los trastornos mentales se hallan relacionados con las enfermedades físicas, del discurso pueden hacerse otras puntualizaciones:

- es desproporcionado el poder otorgado a los trastornos mentales –particularmente a la depresión y a la ansiedad- al calificarlos como generadores de afecciones físicas tan graves e impactantes como la diabetes, el cáncer y VIH SIDA;
- arbitrario resulta también sostener que el curso –evolución y pronóstico- de los padecimientos físicos se halla determinado casi de forma exclusiva por los trastornos mentales y por la conducta de los individuos, excluyendo otros factores implicados en el proceso de la enfermedad física, entre los que se encuentran la falta de acceso a servicios y la disponibilidad de recursos económicos personales.

Dado el sentido del discurso, invariablemente los trastornos mentales son convertidos en factores de riesgo de crucial influjo con antelación a la enfermedad física, durante ella y determinando su desenlace. Colocarlos antes de la enfermedad los transforma en condiciones preexistentes y por tanto criterio decisivo al momento de la contratación de seguros de salud públicos y privados.

¹¹⁴ Organización Mundial de la Salud. (2008). *Día Mundial de la Salud Mental 2008. Convirtiendo la Salud Mental en una prioridad global -mejorando los servicios a través de la reivindicación y la acción ciudadana.* p.2.

Una última reflexión en torno al fenómeno de la comorbilidad alude a la insistencia de tipificar en automático como trastorno mental, a la respuesta emocional natural del individuo ante la pérdida de su salud y su posible incapacidad para su afrontamiento.

Aún con una perspectiva predominantemente económica, resulta evidente el mínimo interés por adentrarse en la experiencia de enfermedad de los sujetos, ya que desde los estudios hasta las propuestas por emitir, desconocen la magnitud del desgaste financiero que representa para muchos individuos y familias la atención a cualquier padecimiento. Sin embargo, la manifiesta “preocupación” por abatir el gasto de bolsillo y evitar erogaciones catastróficas individuales y familiares conseguiría mantenerse para convencer a la población de que necesarios cambios en los sistemas de salud y la diversificación de la oferta de servicios, se dirigen a tales fines.

Estas líneas marcadas por el Banco Mundial a fin de contribuir al combate de la pobreza en naciones en vías de desarrollo económico –según sustenta-, requerían de la intervención de otras agencias dedicadas a su operacionalización.

La Organización Mundial de la Salud acogió este cometido procediendo a la traducción en el campo de la salud de la ideología impuesta por el BM, conforme a la cual la riqueza económica de los países es la clave para el desarrollo y el “bienestar de las poblaciones”.

Considerando lo hasta aquí señalado, se propone al lector no perder de vista que por debajo del discurso construido por la OMS en torno al tema de la salud mental, prevalece un sutil interés por avalar el correspondiente a aquella institución financiera, crediticia y de desarrollo (BM), así como por definir acciones concretas que den lugar a su real instrumentación en cada país miembro.



*“MANDALAS: Donde vuelan los Corazones”
José Requena*

**2.
BREVE RECORRIDO POR LOS PRINCIPALES
PRONUNCIAMIENTOS DE LA
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD EN
MATERIA DE SALUD MENTAL
BAJO EL ENFOQUE DE PREVENCION**

Durante los últimos años la salud mental ha sido un tema de sumo interés para la Organización Mundial de la Salud; en sus análisis, el paulatino y sostenido incremento de la prevalencia de desórdenes mentales y su impacto en diferentes frentes demandaban acciones inmediatas. La búsqueda de estrategias efectivas para contener su tendencia ascendente, dio lugar a diversos pronunciamientos por parte de esa organización en los que reiteradamente convocaba a los Estados miembros a la instrumentación de medidas dirigidas a otorgar a los problemas de salud mental, el mismo nivel de atención brindado a las dolencias orgánicas, en el entendido de que este desequilibrio explicaba en buena medida, la subestimación de la importancia y carga de los problemas de salud mental.

En este proceso de reposicionamiento de la salud mental, *la prevención de los trastornos mentales* gradualmente ha ido ganando un mayor espacio, de manera que en la actualidad es reconocida como la principal herramienta para combatir exitosamente, lo que algunos han llamado, la creciente “epidemia de los trastornos mentales”.¹¹⁵ Desde el movimiento para la reestructuración de la atención psiquiátrica en 1990 hasta el Informe sobre la Salud en el Mundo 2001, puede constatar su presencia, de inicio ciertamente de forma tímida y periférica al predominio de intervenciones enfocadas hacia el tratamiento. Sin embargo, su transitar a lo largo de esos años, sentó las bases para la formulación de un programa específico para la prevención de los trastornos mentales emitido por la OMS en el 2004.

2.1 EL PANORAMA MUNDIAL EN EL QUE TRANSITA LA PREVENCIÓN

En la década de los noventa, la Organización Mundial de la Salud promovió un movimiento denominado *Iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica* como una medida para superar los rezagos que en materia de salud mental presentaban en particular las regiones de América Latina y el Caribe.

¹¹⁵ E. Jané-Llopis. (2004). La eficacia de la Promoción de la Salud Mental y la Prevención de los Trastornos Mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 24(89), p.68.

Como parte de esta iniciativa, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) auspició la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, celebrada en Caracas, Venezuela a finales de 1990, en cuyo marco se adoptó la *Declaración de Caracas (Anexo I)*, como una exhortación para impulsar ese proceso de reforma en la Región.

Uno de sus puntos medulares fue el reconocimiento de que el esquema de atención psiquiátrica convencional no permitía el logro de objetivos compatibles con una “atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva”,¹¹⁶ en razón de que los sistemas de asistencia sanitaria en el área de la salud mental, se hallaban centralizados en los hospitales y focalizados en la enfermedad bajo un estilo de relación bilateral médico-paciente, que reproducía una aproximación a los problemas de salud mental bajo una perspectiva desintegrada que la separaba de la enfermedad física.

Este tipo de organización no conseguía atender realmente las necesidades de la mayor parte de la población general, debido básicamente a dos condiciones: a) la limitación de su actuación a la atención de personas con padecimientos mentales, quienes además, tenían que ajustarse a las estructuras sanitarias y a los servicios centrales de especialidades; y, b) la imposibilidad de las familias y la comunidad en su conjunto, de participar proactivamente en la planificación y desarrollo de los servicios de salud mental.

En virtud de estas limitaciones, se hacía urgente reemplazar el esquema tradicional en el que el hospital psiquiátrico era la modalidad predominante de atención asistencial, por un modelo de organización en el que la atención primaria de salud¹¹⁷ se

¹¹⁶ Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (1990). *Declaración de Caracas*. Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. p.1.

¹¹⁷ Se entiende por *atención primaria de salud* “La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autocorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante del sistema nacional de salud del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y

constituyera en la principal estrategia a adoptar por los países miembros, a fin de: mejorar la salud de los individuos y las comunidades, disminuir la morbilidad, aumentar la equidad y mejorar la eficacia de los sistemas de salud; de tal forma que pudiera hacerse efectivo el compromiso de salud para todos en el año 2000,¹¹⁸ acordado en 1978 en la *Declaración de Alma-Ata (Anexo II)* y ratificado en la *Declaración de Caracas*.

El documento *La Introducción de un Componente de Salud Mental en la Atención Primaria* emitido por la OMS en 1990, se constituyó en el marco general de acción, a partir del cual debía llevarse a cabo la reestructuración de los servicios de atención a la salud mental, bajo el esquema de fortalecimiento de la atención primaria de la salud. En su análisis los rezagos en este campo podían explicarse por la tendencia a privilegiar en las estructuras de los sistemas sanitarios la atención de padecimientos físicos, en detrimento del componente de salud mental, lo que reflejaba una visión fragmentada del individuo al no reconocer la compleja interacción de múltiples determinantes que inciden en y explican el nivel de salud de los individuos.

De manera más amplia, el diagnóstico situacional de los servicios de salud mental a esa fecha demostraba su tendencia a centrarse en el combate de la enfermedad, minimizando la importancia de la preservación del estado de bienestar individual y colectivo, que tenía que ver con una visión que recuperaría la promoción y la prevención como ingredientes esenciales que quedan incorporados en el concepto de salud integral del que la salud mental formaba parte.

económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.” Organización Mundial de la Salud. (1978). *Atención Primaria de la Salud. Declaración de Alma Alta*. pp.3-4.

¹¹⁸ En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada en 1978 en Alma Ata (Kazajstán) apadrinada por la OMS y el UNICEF, participaron ministros de salud de más de 100 países. Todas las naciones representadas se comprometieron con el objetivo «Salud para Todos en el Año 2000». Además, ratificaron la amplia definición de la OMS de la Salud, como un estado de completo bienestar físico, mental y social. El punto medular de la Declaración fue la atención primaria de la salud (APS) como la estrategia fundamental para lograr que todos los pueblos del mundo alcanzaran para ese año, un nivel de salud que les permitiera llevar una vida *social económicamente productiva*.

La propuesta intentaba, por una parte, romper con el esquema tradicional de abordaje psiquiátrico reduccionista y limitado, orientado exclusivamente hacia la enfermedad, y que no estaba siendo capaz de corresponder oportuna y eficazmente a la creciente demanda, causando dispendio de recursos al destinar para una cobertura limitada servicios de alta especialización; y, por la otra, definir el marco de acción para incorporar la salud mental en los primeros escalones de la estructura de los sistemas nacionales de salud. A lo largo de la propuesta es observable una intención resuelta de involucrar a las comunidades en el cuidado de la salud y prestar especial atención al fomento de la salud y la prevención de trastornos mentales y neurológicos.

Uno de los aspectos que requerían ser abordados en la atención primaria era el concerniente a la prevención de los trastornos mentales y neurológicos. Según la OMS, en el contexto del documento de referencia, era posible la prevención de un sinnúmero de trastornos mentales, neurológicos y psicosociales con intervenciones sencillas, eficaces y de reducido costo. Ofrecía como ejemplos de medidas preventivas que habían mostrado ser exitosas: la administración de sal yodada en mujeres en edad fecunda para prevenir retraso mental en niños, la detección de defectos sensoriales y estimulación emocional e intelectual para evitar que los niños fueran considerados como retrasados, así como la intervención en situaciones de crisis emocional y educación para padres en estilos de crianza.¹¹⁹ En muchas de las acciones de naturaleza preventiva, para garantizar su eficacia, se preveía la participación de otros sectores, como en el caso específico del consumo de alcohol y drogas.

De acuerdo al análisis de la OMS el descuido en la atención de la salud mental, se derivaba del hecho de que en muchos países ésta no formaba parte de la agenda gubernamental de salud. La carencia de una política nacional de salud mental y de un programa específico de ella emergido, había contribuido a la instrumentación de acciones desarticuladas con efectos limitados. Las principales líneas directrices del

¹¹⁹ Organización Mundial de la Salud. (1990). *La Introducción de un Componente de Salud Mental en la Atención Primaria*. p.18.

Ilamamiento de la OMS contenidas en el documento *La Introducción de un Componente de Salud Mental en la Atención Primaria*, fueron las siguientes:

- Que la *atención primaria* fuera considerada como la estrategia más plausible para abatir los rezagos y responder a las necesidades locales en materia de salud mental, a través de la acción directa de *agentes generales comunitarios de asistencia sanitaria* –extraídos de la propia comunidad–, sensibles a los problemas sociales del contexto y entrenados para llevar a cabo actividades de diagnóstico, tratamiento, apoyo psicosocial, *prevención de trastornos mentales* y promoción de la salud mental, entre otros. Las intervenciones de los especialistas en salud mental deberían circunscribirse a la atención de: trastornos graves (demencia senil, esquizofrenia), problemas emocionales y psíquicos más leves pero frecuentes, abuso y dependencia de alcohol y drogas, y secuelas psicológicas de enfermedad o traumatismo; así como al entrenamiento y supervisión de los agentes de salud.
- Que en este proceso de reorganización, que en sentido amplio significaba una *descentralización* de los servicios de salud mental para que el paciente fuera atendido en su propia comunidad y los programas respondieran a las necesidades locales detectadas, la prevención de trastornos mentales y neurológicos y la promoción de la salud dirigida a preservar e incrementar el estado de bienestar emocional, se constituyeran en componentes básicos de los sistemas de salud.
- Que se promoviera *dentro de la estructura básica de salud el desarrollo del servicio de salud mental*, que tradicionalmente había sido un componente vituperado de la atención de salud. El subestimar o ignorar que el estado emocional de las personas y sus comportamientos, eran factores que no sólo influían de forma decisiva en su estado general de salud y en el desarrollo y evolución de patologías físicas y mentales, sino que resultaban determinantes en la eficacia de cualquier tipo de intervención médica; había dado como resultado el predominio del enfoque psiquiátrico que trabajaba para tratar la enfermedad mental, desconociendo que la salud mental tenía que ver con la prevención de la patología y el fomento a la salud individual y colectiva.
- Que la *prevención de la salud mental se hiciera extensiva* y se focalizara, por ejemplo, a la adopción de medidas eficaces y sencillas para evitar retraso mental, al diseño de programas de educación para padres y niños y al control de la difusión de consumo de alcohol y drogas.

- Que los diferentes gobiernos definieran una política nacional de salud mental mediante *una participación intersectorial y la colaboración activa de otras instancias* (gubernamentales y no gubernamentales), que derivara en un programa de salud mental integral basado en datos actualizados relativos a la prevalencia de problemas psicosociales y mentales, así como recursos disponibles para definir prioridades y ámbitos de aplicación.
- Que los programas de salud mental diseñados incorporaran los siguientes componentes: “mejora del funcionamiento de los servicios generales de salud, contribución al desarrollo socioeconómico general, mejora de la calidad de la vida, promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales y neurológicos y tratamiento de los enfermos mentales”.¹²⁰
- Que la comunidad se *corresponsabilizara* del cuidado de la salud mental y “psicosocial” y participara activamente en la planeación (análisis de la situación sanitaria, definición de los problemas, identificación de prioridades y búsqueda de soluciones) y ejecución de los programas, así como en la orientación y enseñanza que le brindara el agente de salud.
- Que el programa elaborado fuera evaluado –al menos anualmente-, en términos de *eficacia* (metas y cobertura), *eficiencia* (aprovechamiento de recursos), *pertinencia* (necesidades de la población) e *impacto* en la comunidad (en la salud en general) considerando objetivos y tiempos de ejecución, para de requerirse, hacer las modificaciones pertinentes.

Posteriormente en 1997, en el *Informe sobre Salud Mental* elaborado por la OPS (CD40/15), se reiteraba la necesidad de invertir en programas y servicios en materia de salud mental en la Región de las Américas y el Caribe. Su análisis apuntaba que la situación regional se había caracterizado por un escaso apoyo gubernamental a los problemas de salud mental y una subestimación de su importancia presente y futura dentro de los programas institucionales. Para esa fecha se estimó que existían 17 millones de niños/as de entre 4 y 16 años de edad que padecían trastornos psiquiátricos que requerían de atención. Se preveía que para finales de siglo “88 millones de personas adultas en América Latina y el Caribe...sufrirían...algún trastorno

¹²⁰ *Ibid.*, p.25.

emocional, y que más de 11 millones... tendrían...trastornos afectivos hacia el año 2010”,¹²¹ además de “más de 2 millones de personas con trastornos esquizofrénicos”.¹²²

Se reconoció que la iniciativa de la reestructuración psiquiátrica que se había constituido en la principal estrategia para reorientar los servicios de salud mental con un enfoque comunitario facilitando su integración en la atención primaria, estaba impulsando el desarrollo de programas tendentes a reducir la prevalencia de tres trastornos neuropsiquiátricos en la Región: depresión, epilepsia y psicosis; problemas de salud mental prioritarios en razón de su magnitud y de la discapacidad que ocasionaban. Sin embargo, este proceso de reforma de los servicios de salud mental en la mayoría de los países, aún estaba lejos de consolidarse, la centralización de la atención continuaba siendo un elemento común en gran parte de las instituciones de salud de la Región. Se requeriría entonces, de un renovado compromiso no sólo de parte de los Estados miembro sino de la OMS a través de su oficina regional en términos de asesoría y apoyo técnico, fundamentalmente.

En respuesta a esta exigencia, el Programa de Salud Mental de la División de Promoción y Protección de la Salud de la OPS –incorporado en el informe citado- tuvo como principal propósito “colaborar técnicamente con los países en la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales en todos los niveles, en el enfoque de los componentes psicosociales en la salud y en el desarrollo social”,¹²³ en los siguientes aspectos: promoción de políticas, planes y programas; capacitación; movilización de recursos; investigación; información y cooperación técnica directa.

De entre las bases definidas para la acción se apuntaron las siguientes:

- el énfasis en la salud física, había dado como resultado el descuido del componente de salud mental lo que a su vez se había traducido en la carencia de políticas nacionales de salud mental y en la escasa asignación de recursos para los programas nacionales en la materia;

¹²¹ Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (1997). *Informe sobre Salud Mental*. p.3.

¹²² *Ibid.*, p.7.

¹²³ *Ibid.*, p.8.

- la visión de la salud y la enfermedad con un enfoque dirigido predominantemente hacia sus aspectos biológicos, soslayaba el rol que jugaba la conducta en la salud en términos de promoción, prevención y recuperación; un análisis minucioso revelaba que el comportamiento subyacía a las principales causas de mortalidad identificadas en el mundo en 1990;
- la salud y el desarrollo humano se hallaban interrelacionados; las situaciones de adversidad, en particular las resultantes de cambios socioeconómicos, suponían retos individuales y grupales; los mecanismos de adaptación disfuncionales “se...traducían...en variadas expresiones de trastornos mentales y problemas psicosociales tales como: conductas violentas, uso de sustancias adictivas y desmoralización”.¹²⁴
- los trastornos psiquiátricos y los problemas psicosociales afectaban a todos los grupos poblacionales, su impacto estaba resultando desbordante, ya que dentro de las diez principales enfermedades causantes de discapacidad identificadas en 1990, cinco eran de naturaleza mental;
- el acelerado proceso de transición demográfica, sobre todo en países en vías de desarrollo, tendría un efecto inmediato en términos de una mayor demanda de necesidades de atención, dado que un mayor número de personas entrará en edades que aumentaría el riesgo de padecer trastornos psiquiátricos.

El programa de salud mental se constituyó de tres áreas de acción, a saber: a) control de los trastornos neuropsiquiátricos, b) promoción de la salud mental y prevención primaria de los trastornos psiquiátricos y emocionales, c) intervención sobre los factores psicosociales en la salud y el desarrollo.

En el primer caso la cooperación técnica se dirigiría a aspectos tales como vigilar el respeto de los derechos humanos de los enfermos, fortalecer la red de atención mediante la activación de agentes comunitarios y la incorporación de los usuarios, la promoción de cambios legislativos como base de la reorientación de los servicios, así como el impulso al desarrollo de investigaciones operativas de servicio.

El apoyo técnico a los países para la prevención de los trastornos psiquiátricos y emocionales, por su parte, se orientaría a: promover una mayor conciencia social sobre

¹²⁴ *Ibid.*, p.6.

la importancia de la salud mental que lograra culminar con alianzas intra e intersectoriales, favorecer *cambios de conducta* tendentes a la adquisición de estilos de vida saludables, así como convocar a organizaciones internacionales para la formulación de un plan de acción regional orientado al fomento del desarrollo psicosocial y mental de la niñez (referido esencialmente al desarrollo cognitivo y afectivo temprano y al combate de actos violentos ejercidos en su contra).¹²⁵

En tanto que las actividades para abordar los aspectos psicosociales en la salud y el desarrollo se dirigirían, por un lado, a proporcionar asistencia técnica para estimular la inserción de componentes conductuales en el proceso de capacitación del personal de salud, en aras de ampliar el campo de acción de las intervenciones tornándolas más efectivas; y por otro, a difundir entre las comunidades, conocimientos y técnicas que impulsarían el desarrollo humano.

Con esta propuesta para el siguiente cuatrienio, la expectativa de la OPS en términos de prevención de trastornos mentales, consistía en una colaboración activa con los países para dispensar un decidido empuje a la instrumentación de intervenciones preventivas primarias de efectividad y coste-beneficio sustentados en evidencia.

El tema de la salud mental paulatinamente iba exigiendo un lugar dentro de las políticas de salud por el peligro potencial que representaba, su desatención estaba generando altos costos económicos y sociales¹²⁶ que lo habían vuelto visible. El diagnóstico mundial por regiones sobre los recursos locales asignados a la salud mental,¹²⁷ pondría

¹²⁵ *Ibid.*, p.11.

¹²⁶ Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2001). *La Salud Mental en las Américas: nuevos retos al comienzo del milenio*. Op. cit. Refiere información abundante sobre la prevalencia y carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas.

¹²⁷ Organización Mundial de la Salud. (2001). *Atlas. Recursos de Salud Mental en el Mundo 2001*. La OMS realizó una evaluación sobre la calidad y cantidad de recursos acumulados para la salud mental en el mundo segmentados por regiones, entre los que fueron considerados los siguientes: política de salud mental, programa nacional de salud mental, legislación en materia de salud mental, política en materia de abuso de sustancias, disponibilidad de medicamentos, presupuesto asignado a la atención de salud mental, salud mental en la atención primaria y formación profesional, camas psiquiátricas, psiquiatras, enfermeras psiquiátricas, neurólogos y neurocirujanos, psicólogos en el área de salud mental, asistentes sociales en el área de salud mental, programas para poblaciones especiales, ONG's y sistema de recogida de información.

a la vista una situación discordante entre los países, en la que la insuficiencia representaba un serio freno en el combate al pujante crecimiento de la prevalencia de los trastornos mentales, que ya se perfilaba como un desafío de alarmantes proporciones. Esta insuficiencia reflejada en términos de calidad y cantidad de recursos acumulados, ratificó la profunda brecha existente entre lo disponible y lo indispensable, al menos para solventar los reclamos presentes en ese entonces, especialmente en países de bajos ingresos.

En el 2001, a través del documento *La Salud Mental en las Américas: nuevos retos al comienzo del milenio* la Organización Panamericana de la Salud instó nuevamente a los países de la Región de las Américas a redoblar esfuerzos y plantear estrategias que habrían de instrumentarse en este campo. La salud mental, apuntaba, “es mucho más que la mera ausencia de enfermedades mentales; es una parte indivisible de la salud y la base del bienestar y el funcionamiento eficaz de las personas. Se refiere a la capacidad de adaptarse al cambio, hacer frente a las crisis, establecer relaciones satisfactorias con otros miembros de la comunidad y encontrar un sentido a la vida”.¹²⁸

Con un enfoque más amplio, la preservación de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales, no se circunscribían a una dimensión individual, eran elementos decisivos que determinarían la plena incorporación del hombre en los espacios social y económico. Los trastornos mentales al representar elevados costos para la sociedad –desempleo, exclusión social, pobreza y abuso de alcohol y drogas- habrían de ser atendidos –prevenidos- en aras de disminuir la carga social que producían.

El análisis de la situación en la Región de las Américas, evidenciaba disparidades entre los Estados miembro. Los retardos en la definición de políticas de salud mental e instrumentación de programas nacionales, así como en la actualización o implantación de legislación en este campo; la limitada asignación de recursos financieros y humanos para la salud mental y la persistencia del hospital psiquiátrico como la estructura básica de los sistemas de salud mental, se constituían en asuntos prioritarios sobre los que

¹²⁸ *La Salud Mental en las Américas: nuevos retos al comienzo del milenio. Op. cit., p.3.*

resultaba imprescindible avanzar, a fin de atender las necesidades de salud mental en la Región.

La implantación de políticas y planes nacionales de salud mental, bajo este panorama, continuaba siendo uno de los principales retos al inicio del milenio; a fin de lograr, entre otros objetivos, el diseño e instrumentación de intervenciones de prevención de trastornos mentales y promoción de la salud mental, con el apoyo técnico de la oficina regional en el proceso de formulación, evaluación y difusión de programas de prevención, por ejemplo, para la depresión, epilepsia, suicidio y actos de violencia ya disponibles y de probada efectividad.

Con el ánimo de que el tema de la salud mental despertara un mayor interés entre los diferentes sectores de la población a nivel internacional, se decidió abundar sobre esta problemática aprovechando el Día Mundial de la Salud en el 2001, con el lema “Por la salud mental en el mundo. Salud Mental: sí a la atención, no a la exclusión”.

En esta iniciativa de sensibilización, información y convocatoria de mayor participación social, se reconoció la existencia de una serie de factores que han favorecido el estado de abandono, miseria y *discapacidad* de quienes se ven afectados por algún trastorno mental y del cerebro. Sobresalían entre ellos, el estigma y la discriminación –institucional y social-, la insuficiencia e inequidad de los servicios de salud mental y el atraso en el proceso de transición hacia un sistema de atención de base comunitaria en muchos países del mundo, que implicaba la vigencia del esquema de reclusión psiquiátrica que frecuentemente violentaba los derechos humanos básicos, condenando al enfermo mental a una condición de aislamiento y eliminando la posibilidad de su rehabilitación psicosocial, objetivo final de la atención comunitaria.

El discurso de la OMS hizo especial hincapié en dar a conocer la disponibilidad de intervenciones eficaces para un número importante de padecimientos mentales, enfocados en su mayoría, a la detección temprana y al tratamiento farmacológico. Los *trastornos mentales o del cerebro* a los que aludió la OMS, en razón de su alta

prevalencia mundial y sus efectos en términos de disfuncionalidad, fueron: esquizofrenia, trastornos depresivos, enfermedad de Alzheimer, epilepsia, retraso mental y dependencia del alcohol.

La realidad mundial en el campo de la salud mental, no podía ocultar insuficiencias notables en términos de detección, tratamiento y prevención. La meta de *salud para todos en el año 2000* se hallaba muy lejos de ser alcanzada, cuando menos en lo referente a salud mental, aun cuando se aseveraba que: “los trastornos mentales y cerebrales son afecciones reales, diagnosticables y tratables, y en algunos casos sabemos cómo aparecen y cómo prevenirlos...”¹²⁹

La reorientación de los servicios de salud mental, planteada como prioridad en la Declaración de Caracas en 1990, en ese momento a 11 años de distancia vuelve a cobrar peso instando a los gobiernos a diseñar esquemas novedosos para la atención de problemas mentales y neurológicos siempre con miras a reducir el alto impacto económico que ellos causaban, aprovechando las experiencias exitosas de algunos países en la desinstitucionalización de la atención a la salud mental.

Había que seguir insistiendo en el tema. El *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001* pretendió no sólo abundar en el análisis de los factores que han contribuido a la aparición de trastornos mentales y conductuales y su carga actual y futura; sino examinar el alcance de la prevención y los tratamientos disponibles. Según se asentó, los avances de la neurología y medicina del comportamiento habían incrementado el conocimiento sobre la interacción de características biológicas con factores psicológicos y sociales en la aparición de trastornos mentales y conductuales, facilitando así el desarrollo de diversas intervenciones con óptimos resultados. La consideración del comportamiento (adquirido por aprendizaje) como determinante de la salud en general y de la salud mental en particular, abría otras opciones de abordaje no sólo para el

¹²⁹ Organización Mundial de la Salud. (2001). *Por la salud mental en el mundo. Salud Mental: sí a la atención, no a la exclusión.* p.9.

tratamiento y la rehabilitación de problemas de salud mental, sino también en el campo de la prevención primaria.

La referencia en el documento de la concurrencia en la aparición y curso de los trastornos mentales y de comportamiento, tanto de *factores psicológicos individuales* como el tipo de relaciones de los niños con padres y otras personas cercanas, la falta de cuidados y estimulación social durante la infancia, las dificultades para el afrontamiento adaptativo ante situaciones estresantes, por mencionar algunos; como de *factores sociales* entre ellos la pobreza, la marginación, el desempleo, la baja instrucción, los cambios demográficos y la violencia de género, entre otros; constituían lo que la OMS definió como una *nueva interpretación* de la salud mental, esto es, una visión más amplia para acercarnos a la comprensión de su protección y deterioro.

El análisis de la prevalencia de trastornos mentales y conductuales, así como su repercusión para los individuos y en los ámbitos económico y social; centró la atención en algunos desórdenes mentales y conductuales –considerados como más frecuentes– que representaban una seria amenaza por su costo en términos de asistencia sanitaria, por la pérdida de productividad que ocasionaban, por su contribución a la carga de morbilidad y por su comorbilidad con otros padecimientos, en algunos casos. Estos fueron: trastornos depresivos, trastornos por consumo de sustancias, esquizofrenia, epilepsia, enfermedad de Alzheimer, retraso mental y trastornos de la infancia y adolescencia (del desarrollo, emocionales y del comportamiento). Dentro de esta gama, la depresión fue identificada como el trastorno mental más recurrente que junto con los trastornos por consumo de sustancias, era responsable de una alta morbilidad y cuya prevalencia sostendría una tendencia ascendente durante los próximos 20 años.

En concordancia con planteamientos anteriores, el enfoque de atención de salud mental comunitaria (integrada en los servicios de salud generales en el nivel primario) para el manejo de los trastornos mentales y conductuales, permeó a lo largo del informe, el cual descansaba en ciertos principios básicos rectores de la atención en salud mental que según la OMS serían:

“el diagnóstico; la intervención precoz; el empleo racional de las técnicas de tratamiento; la continuidad de la asistencia; una gama amplia de servicios; la participación de los consumidores; la cooperación con las familias; la participación de la comunidad local y la integración en la atención primaria”.¹³⁰

Dada esta precisión, pareciera que el tema de la prevención iba perdiendo terreno frente a la preponderancia de intervenciones que actuaban para reducir el impacto de una condición que colocaba al individuo en el polo de la enfermedad; en el mejor de los casos la prevención equivaldría a la detección temprana. Los componentes de la asistencia en materia de salud mental especificados –combinación “equilibrada” de farmacoterapia, psicoterapia y rehabilitación social- podrían confirmar esta tendencia.

Sin embargo, no dejaría de reconocer que dentro de las intervenciones para el manejo de trastornos mentales y conductuales se encontraba la prevención primaria, amén de otras dos categorías que se correlacionaban con los conceptos de prevención secundaria y terciaria, como se puede ver a continuación:

- “- la prevención (prevención primaria o protección específica) comprende las medidas aplicables a una determinada enfermedad o grupo de enfermedades para atajar sus causas antes de que afecten a la persona; en otras palabras, para evitar que se produzca la afección.
- el tratamiento (prevención secundaria) comprende las medidas encaminadas a detener un proceso patológico ya iniciado, a fin de prevenir ulteriores complicaciones y secuelas, limitar la discapacidad y evitar la muerte.
- la rehabilitación (prevención terciaria) comprende medidas dirigidas a personas discapacitadas para restablecer su situación anterior o maximizar el empleo de las capacidades que conservan. Abarca tanto intervenciones a nivel individual como modificaciones del entorno”.¹³¹

La elección de cualquiera de estas modalidades, dependía de que tan eficaces hubieran resultado para determinado tipo de trastorno mental o conductual. De los ejemplos aportados sólo los relativos a epilepsia, algunos casos de retraso mental y el

¹³⁰ *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Op. cit., p.54.*

¹³¹ *Ibid., p.64.*

suicidio podían ser abordados con acciones de prevención primaria, básicamente mediante la manipulación de factores proximales de riesgo; para la depresión, la dependencia al alcohol, la drogodependencia, la esquizofrenia, la enfermedad de Alzheimer y los trastornos hipercinéticos, la instrumentación de acciones de *prevención primaria* no había resultado ser la más indicada.

Estos hallazgos son comprensibles ya que cuando se coloca a la prevención en la dimensión de la enfermedad, ésta de hecho deja de ser prevención y se torna en tratamiento; por el contrario, ubicada en el terreno de la salud, la prevención primaria se ofrece como un recurso de múltiples aplicaciones. La Organización Mundial de la Salud apenas refirió de manera superficial sus alcances, advirtiendo, sin embargo, la existencia de un amplio conjunto disponible de estrategias diseñadas y puestas en práctica con resultados positivos en diferentes países, susceptibles de ser contextualizadas en atención a realidades y necesidades particulares. Como ejemplos de acciones eficaces de las cuales se tenía evidencia, se señalaron las siguientes:

- *Intervenciones dirigidas a los factores que determinan o perpetúan la mala salud* –programas que promueven ambientes familiares más saludables, cuyos resultados han demostrado mejoras en la salud mental de las madres (reducción de niveles de ansiedad y depresión) y de los hijos (adecuado desarrollo físico, cognitivo, social y afectivo)-.
- *Intervenciones dirigidas a grupos de población* –programas que eleven las condiciones de vida de los adultos mayores especialmente en países en vías de desarrollo, en los cuales se concentrarán gran parte de los ancianos del mundo como efecto a mediano plazo de la transición demográfica-.
- *Intervenciones dirigidas a circunstancias particulares* –programas instrumentados en el ámbito *escolar* para promover un desarrollo social y afectivo saludable en los niños, mediante la adquisición de habilidades de solución de problemas, habilidades sociales, habilidades de comunicación, manejo de emociones y desarrollo de pensamiento crítico-.¹³²

¹³² *Ibid.*, p.98.

La concentración de esfuerzos para resolver la alta prevalencia de trastornos mentales y de comportamiento que obligaba a la instrumentación de acciones dirigidas al tratamiento y a la rehabilitación, pareciera estar siendo un factor limitante a un decidido empuje hacia la estrategia de prevención orientada a la conservación de la salud mental. Esta directriz quedó manifiesta en la “propuesta” de orientación a la que debían atender las acciones en el rubro de la investigación, particularmente en las naciones del tercer mundo:

- generación de estudios epidemiológicos actualizados sobre prevalencia y carga de desórdenes mentales y de comportamiento como base para el establecimiento de prioridades;
- realización de estudios longitudinales que permitieran analizar el curso de los trastornos mentales, correlacionándolos con factores genéticos, psicosociales, económicos y otros determinantes del entorno;
- evaluación sobre la eficacia y efectividad de las intervenciones farmacológicas, psicológicas y psicosociales;
- valoraciones económicas en torno a los costos de las enfermedades mentales y en relación a diferentes tipos de intervenciones –tratamiento, prevención y promoción-.

Atender estas necesidades en aras de reducir la prevalencia de los trastornos mentales y de comportamiento y su carga asociada, sólo sería posible si se concediera mayor importancia a la salud mental en la planificación sanitaria de cada Estado miembro. El análisis de resultados de la encuesta que sobre recursos en el campo de la salud mental efectuara en el 2001 la propia OMS, develó que la carencia de políticas, programas y legislación en un número considerable de países¹³³ en esta materia,

¹³³ Según la Organización Mundial de la Salud en el 2001, el 41% de los países miembros carecían de políticas de salud mental, el 30% no disponían de un programa nacional específico en este campo y en el 25% de los casos no existía legislación en el campo de la salud mental, el 41% no disponía de centros de tratamiento para los trastornos mentales graves en el ámbito de la atención primaria, el 37% carecía de centros de atención comunitaria y un 65% de las camas para enfermos mentales se encontraban en hospitales psiquiátricos. La información suministrada por el gobierno de México indicaba la existencia de una política de salud mental y un programa nacional derivado de ella, un marco legal en materia de salud mental, la asignación de alrededor del 1% del total del presupuesto para salud a la atención de la salud mental, la incorporación de salud mental en la atención primaria y la inexistencia de atención comunitaria en salud mental. *Atlas. Recursos de Salud Mental en el Mundo 2001. Op. cit.* El atlas 2005 fue nuevamente dedicado a la salud mental, mostrando la insuficiencia de los recursos mundiales dedicados

estaba significando para la salud mental, continuar ocupando un lugar periférico dentro de las agendas de salud.

La formulación de políticas es ciertamente un proceso complejo en la medida en que demanda una visión alimentada por diversos escenarios políticos y socioeconómicos en los niveles local, regional y nacional. Esta exigencia supondría la consideración de ciertos aspectos que la OMS concebía como sustanciales, como serían:

- la creación de un banco de información confiable y actualizado sobre datos epidemiológicos, recursos y estructuras de salud locales y regionales existentes e indicadores de salud mental,¹³⁴ entre otros;
- la generación o actualización de un marco legal en salud mental acorde a la visión de la política de salud mental adoptado que garantice el respeto a los derechos humanos básicos de los enfermos.

La política de salud mental tenía que ampliar su visión y mirar hacia los determinantes psicosociales que influían en la salud mental de las poblaciones y que en última instancia, se reflejarían en la prevalencia e incidencia de desórdenes mentales. La presencia de factores de riesgo fuera del ámbito de competencia de las instituciones de salud, obligaría al establecimiento de acuerdos con diversos sectores de la administración pública, en el entendido de que las características del ambiente socioeconómico podrían actuar como detonantes o precipitantes de trastornos mentales.

a las personas que sufren trastornos mentales y neurológicos y distribuyéndose desigualmente en las diferentes regiones. Se apuntó la ausencia de cambios significativos respecto al 2001 en el campo de los recursos de salud mental, tanto en países de altos como de bajos ingresos. World Health Organization. (2005). *Mental Health Atlas 2005*.

¹³⁴ La OMS refiere la importancia de incorporar dentro de los sistemas de vigilancia de la información, indicadores de los principales determinantes demográficos y socioeconómicos de la salud mental, del estado de salud de la población en general y de las personas en tratamiento bajo categorías diagnósticas específicas por edad y sexo, así como de los servicios de salud, los cuales podrían incluir, entre otros, información sobre número de camas en hospitales generales y psiquiátricos, número de ingresos y reingresos en nosocomios, duración de estancia, duración de la enfermedad en el primer contacto, pauta de uso de tratamientos, tasas de recuperación, frecuencia de visitas de atención primaria, frecuencia y dosificación de medicación y número de instalaciones de capacitación. *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Op. cit., p. 82. Un listado más amplio sobre indicadores de salud mental puede encontrarse en el documento Organización Mundial de la Salud. (2005). *Políticas, Planes y Programas de Salud Mental. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental*. p.36.

Factores demográficos relacionados con el sexo y la edad de las personas; así como otros de orden social y económico tales como la pobreza asociada a condiciones de marginación, desempleo, bajos niveles de instrucción e insuficiencia de recursos para satisfacción de necesidades, la urbanización, la escasez de vivienda, los conflictos sociales (guerras y agitación social) y los desastres naturales; habían sido identificados como algunos determinantes del contexto que afectaban la salud mental individual y colectiva.

Así por ejemplo, la OMS visualizó oportunidades en beneficio de la salud mental provenientes de la coordinación con el sector educativo en los siguientes aspectos: “aplicación de políticas de prevención de las bajas que se producen durante la educación secundaria; aplicación de políticas contra la discriminación en las escuelas; inclusión de la enseñanza de aptitudes para la vida en los planes de estudio, a fin de conseguir escuelas agradables para los niños; atención a los niños con necesidades especiales, como por ejemplo los que tienen problemas de aprendizaje”.¹³⁵

Las diez recomendaciones generales de acción emitidas por la OMS, apuntaban a superar las principales insuficiencias que estaban limitando el desarrollo de la atención en salud mental desde la óptica de salud pública. Estas recomendaciones fueron las siguientes:

1. Dispensar tratamiento en la atención primaria.
2. Asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos.
3. Prestar asistencia en la comunidad.
4. Educar al público.
5. Involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores.
6. Establecer políticas, programas y legislación a escala nacional.
7. Desarrollar recursos humanos.
8. Establecer vínculos con otros sectores.
9. Vigilar la salud mental de las comunidades.
10. Apoyar nuevas investigaciones.

¹³⁵ Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Op. cit., p.102.

La disponibilidad de recursos, sin embargo, colocaba a los países en posiciones distintas para instrumentar las acciones recomendadas. Mediante una clasificación por escenarios –A, B y C, que correspondían a países con recursos bajo, medio y alto respectivamente-, se especificó el tipo de actuaciones factibles de ser llevadas a cabo de acuerdo a posibilidades reales, permitiendo a los diferentes gobiernos decidir por acciones concretas en consonancia con sus necesidades y capacidades.

De acuerdo a las características descritas, México quedaría ubicado en el escenario B, las *intervenciones mínimas* en las que presumiblemente podría insertarse la prevención primaria estaría contenida en las recomendaciones relativas a la constitución de alianzas con otros sectores –8ª recomendación- cuya acción estaría orientada a “reforzar los programas de salud mental en las *escuelas* y los lugares de trabajo”, así como a la referente a educar al público –4ª recomendación- que se dirigiría a “usar los medios de comunicación para promover la salud mental, fomentar actitudes positivas y ayudar a prevenir los trastornos”.¹³⁶

La salud mental, sin duda, se había posicionado como uno de los principales programas prioritarios de la Organización Mundial de la Salud. La Asamblea Mundial de la Salud en el 2001 fue otra de las iniciativas instrumentadas por la OMS a lo largo de ese año, para abundar sobre el tema bajo un formato distinto e instar a la acción inmediata. A este foro fueron convocados 132 ministros de salud que se integraron en mesas de trabajo, en las que compartieron temas críticos en sus respectivas áreas y subrayaron las principales estrategias a adoptar para hacerles frente.¹³⁷

Mental Health: a call for action by World Health Ministers fue el documento que compendió las intervenciones individuales, los reportes de cada mesa de trabajo y los acuerdos de acciones futuros por regiones.

¹³⁶ *Ibid.*, p.114.

¹³⁷ World Health Organization. (2001). *Mental Health: a call for action by World Health Ministers*. Previo al evento fueron preparados cuatro documentos con los temas: los servicios de salud mental y las barreras para su implementación, la salud mental y los factores socioeconómicos, la estigmatización y las violaciones a los derechos humanos y las disparidades de género en salud mental; con objeto de iniciar la discusión en las diferentes mesas de trabajo.

México, dentro de este foro, reconoció que los problemas de salud mental en países en vías de desarrollo, enfrentaban un doble desafío: problemas mentales asociados a condiciones de subdesarrollo (epilepsia y retraso mental) a los que se sumaban trastornos como la depresión y la psicosis, considerados como característicos del mundo desarrollado. Además de otros que se avecinaban como resultado de cambios de tendencia en los perfiles epidemiológicos y de transformaciones demográficas, uno de cuyos efectos sería el gradual envejecimiento poblacional. Se enfatizó que dadas las condiciones de desprotección social, económica y legal que padecían los enfermos mentales, “la salud mental debería ser tratada como una prioridad en los esfuerzos para reformar los sistemas de salud”.¹³⁸

Según refirió el Dr. Julio Frenk Mora (entonces Secretario de Salud) los nuevos programas para combatir el alcohol y la dependencia a las drogas, así como los correspondientes a *depresión, esquizofrenia, demencia, epilepsia y desórdenes psicológicos en la infancia*; eran muestra del papel proactivo del gobierno para atender los principales problemas de salud mental que aquejaban a la sociedad mexicana. Afirmó que “se han introducido nuevos proyectos piloto en proceso con técnicas innovadoras que incluyen la integración de la *prevención* y el tratamiento de desórdenes mentales en los sistemas generales de salud; la detección temprana de *discapacidades de aprendizaje* y la *rehabilitación social* de pacientes en casas de medio camino, talleres protegidos e instalaciones residenciales para facilitar su gradual reintegración a la comunidad”¹³⁹ (como el Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental).

El trabajo de análisis de la situación prevaleciente en los países por regiones, derivó en la definición de objetivos de atención prioritaria. La Región de las Américas y el Caribe identificó siete metas, una de las cuales aludía a la prevención: “Implementar políticas nacionales de salud mental asegurando: (a) la reestructuración de los servicios de salud mental, orientada al desarrollo de servicios completos basados en la comunidad y la

¹³⁸ *Ibid.*, p.115.

¹³⁹ *Ibid.*, p.115.

integración de todas las instalaciones y programas para cumplir con las distintas necesidades de la población; (b) la provisión de tratamientos esenciales para los desórdenes mentales más prevalentes, en particular la depresión; (c) el desarrollo de intervenciones de *prevención* y promoción de salud”.¹⁴⁰

Las insuficiencias detectadas y reconocidas por los Estados miembro demandaron, asimismo, el establecimiento de un renovado compromiso de parte de la OMS en términos de un mayor apoyo técnico en áreas prioritarias, compromiso expresado en una estrategia global de salud mental para apoyar el logro de los objetivos nacionales concertados, la cual se abocaría a la atención de cuatro grandes áreas:

1. Generación y diseminación de información.
2. Apoyo a los países en la formulación de sus políticas, programas y desarrollo de servicios.
3. Promoción de la investigación e impulso al incremento de la capacidad de investigación nacional.
4. Fortalecimiento de la abogacía y la protección de derechos humanos.¹⁴¹

El Programa Mundial de Acción en Salud Mental 2002 con vigencia a cinco años, podría ser considerado como la contrapartida al llamado que la OMS hiciera a todos los países miembros de todas las regiones del mundo en el transcurso del año anterior. Con el lema «cerremos la brecha, mejoremos la atención» el programa fue concebido como “una estrategia de carácter general que...sirviera...para mejorar la situación actual de los servicios de salud mental, y para que las diez recomendaciones del Informe sobre la Salud en el Mundo 2001 se...tradujeran... en acciones concretas”.¹⁴² Su objetivo último era reducir la carga de ciertos trastornos mentales y cerebrales, mediante acciones *preventivas* y de tratamiento para depresión, esquizofrenia, alcoholismo, farmacodependencia, demencia, epilepsia y suicidio, en razón de que en ellos se concentraba la mayor carga de morbilidad dentro del conjunto de enfermedades neuropsiquiátricas.

¹⁴⁰ *Ibid.*, p.148.

¹⁴¹ *Ibid.*, p.157.

¹⁴² *Programa Mundial de Acción en Salud Mental mhGAP... cerremos la brecha, mejoremos la atención. 2002. Op. cit.*, p.10.

Las acciones que se instrumentarían en el transcurso del quinquenio correspondían a las cuatro áreas de la estrategia global de salud mental mencionada con antelación. Una de las actividades contenidas en el área relativa a *políticas integrales y desarrollo de servicios* que la OMS llevaría a cabo, se refería a la elaboración de directrices plasmadas en guías de orientación, para la formulación y aplicación de políticas y el desarrollo de servicios de salud mental; en la cual se hallaban incorporados los temas de *prevención y promoción*. El interés mostrado en las mesas de trabajo ministeriales, derivó también en el compromiso de la OMS de patrocinar y difundir investigaciones sobre estos tópicos, acordes a las necesidades especialmente de los países subdesarrollados.

Si atendiéramos a las palabras de la Dra. Gro Harlem Brundtland, entonces Directora General de la Organización Mundial de la Salud, citadas en la memoria de estos trabajos ministeriales, quien aseveró “El mensaje que podemos llevar al mundo es uno de optimismo. Existen tratamientos efectivos. La prevención y la detección temprana pueden reducir drásticamente la carga”¹⁴³ de los trastornos mentales; podríamos esperar un abordaje de la prevención en una dimensión distinta al tratamiento.

2.2 EL POSICIONAMIENTO DE LA PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

2.2.1 La prevención primaria de trastornos mentales: un asunto aparte

El principal antecedente de un enfoque de *prevención primaria* para los trastornos mentales, se remonta apenas a 1998 con la publicación del documento *Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorder* generado por la Organización Mundial de la Salud como respuesta al acuerdo contraído en la 39ª Asamblea Mundial de la Salud, en el sentido de preparar directrices detalladas en torno a la prevención de ciertos desórdenes mentales, neurológicos y psicosociales para los

¹⁴³ *Mental Health: a call for action by World Health Ministers. Op. cit., p.13.*

que las medidas preventivas instrumentadas, habían mostrado tener un impacto significativo en términos de su incidencia.

El ofrecer testimonio de programas preventivos puestos en práctica para cuatro trastornos mentales, neurológicos y psicosociales, a saber: epilepsia, retraso mental, suicidio y *burnout*; motivos del documento en cuestión, representaba la posibilidad de incentivar el desarrollo de modelos similares de intervención para un variado número de patologías mentales, medidas que se aseguró, resultaban efectivas, simples y de bajo costo. Implicaba, asimismo, un paso en la integración y disseminación de información que pudiese ser de utilidad a los gobiernos de los Estados miembro, con la abierta pretensión de deslindarse del esquema predominante de tratamiento.

A la luz de este cometido y dado su énfasis en la prevención primaria direccionada hacia la reducción de la incidencia y no a la prevalencia, se consideraron como intervenciones preventivas a todos aquellos “métodos diseñados para evitar la ocurrencia de un desorden o grupo de desórdenes. Comprende las medidas aplicables para una enfermedad en particular o grupo de enfermedades para interceptar sus causas antes de que afecten a las personas, y debería ser diferenciada no sólo del tratamiento y la rehabilitación, sino también de la promoción de la salud”.¹⁴⁴

Esta conceptualización de prevención primaria, según la OMS, tenía que ver con cuatro principios básicos, según los cuales:

- “•las causas de la mayoría de los desórdenes mentales y neurológicos son múltiples e interactuantes; intervienen componentes biológicos, psicosociales y socioculturales;
- las acciones preventivas deberían tener una amplia gama de objetivos;
- las acciones preventivas deberían estar focalizadas al nivel de la salud pública, más que al nivel individual;
- siempre que se encuentre una diferencia en la prevalencia o incidencia en grupos de población comparables, hay oportunidad para la prevención

¹⁴⁴ *Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorder. Op. cit., p.2.*

primaria; la diferencia indica lo mínimo que puede esperarse como resultado de las medidas preventivas”.¹⁴⁵

Bajo estos principios, la prevención primaria de los trastornos mentales y neurológicos para erigirse en una estrategia efectiva, tendría que dejar de ser mirada como un asunto exclusivamente médico. Se advirtió que la tendencia a asumir que prevenir la aparición de las enfermedades mentales incumbía en exclusivo a los profesionales de la salud, presumiblemente ha estado siendo una de las principales razones que explicaría la subestimación de los beneficios de la prevención primaria en el campo de la salud mental, incluso dentro del propio sector salud. Reconsiderar su potencial requeriría, por consiguiente, adoptar un enfoque más amplio, que finalmente desembocara en la concurrencia de agentes provenientes de distintos sectores, en el entendido de que las intervenciones de prevención primaria, habrían de ser el corolario del reconocimiento e identificación de su multicausalidad.

Durante el proceso de selección de medidas de prevención primaria a implementarse, se precisó la importancia de tomar en cuenta que:

- las acciones de prevención primaria que se llevaran a cabo en un contexto sociocultural específico, tendrían efectos sobre un sinnúmero de condiciones adicionales a la definida como objetivo de base, esto es; muchas de las condiciones que predisponían a un individuo a una determinada enfermedad mental, estaban asimismo involucradas en otros desórdenes. Lo que significaba que las técnicas preventivas tendrían la capacidad de expandir sus alcances positivos por encima del objetivo primordial buscado;
- considerando que a los trastornos mentales, neurológicos y psicosociales, subyacían múltiples causas que eran diversas en cuanto a origen, efectos, tiempos de duración y mecanismos; los programas preventivos sensibles a las características propias del contexto, deberían responder a causas y efectos específicos;
- las acciones efectivas de prevención primaria precisarían tender hacia la promoción de cambios en el *comportamiento y actitudes individuales*, toda

¹⁴⁵ *Ibid.*, p.1.

vez que éstos actuaban como factores que aumentaban o disminuían la predisposición personal a desarrollar un desorden mental.

En el planteamiento de la OMS, la promoción de la salud mental se constituía tan sólo en uno de los aspectos de la estrategia de prevención primaria de desórdenes mentales, como se muestra en el siguiente cuadro (*Cuadro 1*) a propósito de los cuatro trastornos mencionados y contenidos en el documento de la OMS.¹⁴⁶

Esta inclusión de la promoción dentro de la prevención fue motivo de posterior disertación, para finalmente resolverse por su diferenciación, es decir, por el manejo independiente de ambas estrategias, postura que se consolidó con la emisión de dos programas distintos, uno de promoción y otro de prevención, ambos publicados en el 2004.

Cuadro 1. Clasificación de las Medidas Preventivas

<i>PREVENCION PRIMARIA</i>	
<i>Promoción de la Salud</i>	<i>Protección Específica</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Educación para la salud - Buenos niveles de nutrición - Atención al desarrollo de la personalidad - Provisión de vivienda adecuada, recreación y agradables condiciones de trabajo - Asesoramiento matrimonial y genético, así como educación sexual 	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de inmunizaciones específicas - Protección contra accidentes - Uso de saneamiento ambiental - Uso de nutrientes específicos - Protección contra riesgos ocupacionales y ambientales
<i>PREVENCION SECUNDARIA</i>	
<i>Diagnóstico Temprano y Tratamiento</i>	<i>Discapacidad /Limitaciones</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Medidas de detección de casos - Encuestas de detección - Exámenes selectivos 	<ul style="list-style-type: none"> - Adecuado tratamiento para detener el proceso de enfermedad y prevenir complicaciones y secuelas - Prestación de servicios para limitar la discapacidad y evitar la muerte

¹⁴⁶ *Ibid.*, p.111.

Cuadro 1. Clasificación de las Medidas Preventivas (continuación)

PREVENCION TERCIARIA

Rehabilitación

- Prestación de servicios hospitalarios y de la comunidad para el reentrenamiento y educación para el uso máximo de la capacidad conservada
 - Educación dirigida al público y a la industria para favorecer la incorporación social y laboral de los rehabilitados
 - Brindar tanto empleo como sea posible para las personas rehabilitadas
 - Colocación selectiva
 - Terapia de trabajo en hospitales
-

Las intervenciones preventivas que podían ser aplicadas para los cuatro trastornos mentales, neurológicos y psicosociales descritos por la OMS, significaban tan sólo un punto de partida para mostrar la factibilidad de expandir la visión de la prevención primaria en el terreno de la salud mental, concebida incluso distinta a la detección temprana.

Implicaba asimismo, una exhortación a dispensar mayor énfasis al rubro de la investigación para dar soporte y sustentabilidad al paquete de medidas de prevención basadas en evidencia científica.

A continuación se describen las principales acciones preventivas para cada trastorno identificado, algunas de las cuales serían retomadas en el programa de prevención de trastornos mentales –epilepsia, retraso mental y suicidio- publicado seis años más tarde (*Cuadro 2*). Es fácilmente advertible la ausencia de ejemplos alusivos a los tradicionalmente denominados trastornos mentales, pese a que el programa pretendió abarcarlos. Las medidas preventivas anotadas se correlacionaron con padecimientos de etiología neurológica y con los presumiblemente trastornos de naturaleza psicosocial.

Cuadro 2. Medidas preventivas clasificadas por trastornos mentales, neurológicos y psicosociales seleccionados¹⁴⁷

Retraso Mental	<p><i>Desórdenes por deficiencia de yodo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -suministrar sal yodatada o agua yodada a madres embarazadas -aplicar tratamiento de aceite yodada o solución de Lugol a personas en riesgo <p><i>Síndrome de Down:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -desalentar embarazos en mujeres mayores de 35 años y, en algunos casos, practicar amniocentesis <p><i>Síndrome de alcoholismo fetal:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -utilizar pruebas simples para identificar mujeres embarazadas en riesgo -desalentar a las mujeres de consumir alcohol durante el embarazo y alertarlas sobre los riesgos para el niño que implica el consumo de alcohol durante la concepción y el embarazo <p><i>Fenilcetonuria:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> -aplicar pruebas prenatales para identificar fenilcetonuria -tratar con una dieta baja en fenilalanina -desalentar embarazos en mujeres con fenilcetonuria 	
	Epilepsia	<ul style="list-style-type: none"> -asegurar una adecuada atención prenatal y promover prácticas seguras de nacimiento -expandir programas de vacunación contra enfermedades infecciosas -adoptar medidas ambientales para controlar las enfermedades parasitarias -reducir la presión arterial alta -controlar incrementos en la temperatura corporal -suministrar asesoría genética
	Suicidio	<ul style="list-style-type: none"> -identificar y tratar personas con depresión -restringir el acceso a armas -desintoxicar el gas doméstico y las emisiones de automóvil -edificar barreras en los lugares altos -desmitificar el suicidio en los medios de comunicación
	Burnout	<ul style="list-style-type: none"> -modificar trabajos que han probado ser muy estresantes -considerar la posibilidad de empleos de tiempo parcial -proporcionar asesoría o consultoría al personal que está experimentando altos niveles de estrés en su trabajo -destinar tiempo del día para actividades que ayuden al staff a continuar con el trabajo con renovada energía -limitar el número de horas de trabajo -suministrar entrenamiento en la solución de conflictos y la solución de problemas de grupo para todo el equipo -incorporar intervenciones educativas (relajación, entrenamiento en asertividad, desensibilización sistemática, inoculación de estrés, biofeedback) -estimular la formación de grupos de apoyo -reducir las demandas autoimpuestas de los trabajadores, motivándolos a adoptar objetivos más realistas y gratificantes

¹⁴⁷ *Ibid.*, pp.8-108.

2.2.2 La prevención en salud mental: su conceptualización como motivo de disertación

¿Dónde se coloca la prevención?

El cada vez mayor interés por la prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental, pareciera surgir del reconocimiento de que la concepción de políticas y programas direccionados preponderantemente hacia servicios de salud basados en el tratamiento, estaba resultando desbordante, no solamente en términos de capacidad institucional, sino por su contribución en la arquitectura de un escenario mundial en el que las patologías mentales tendían a ocupar un papel protagónico, según quedaba de manifiesto en las investigaciones de los diversos proyectos GBD. La supuesta alta prevalencia de trastornos mentales y su aportación a la carga mundial de enfermedades,¹⁴⁸ estaban detonando el apostarle a la prevención de trastornos mentales y promoción de la salud mental como opciones complementarias al tratamiento.

Hablar de promoción y prevención se había convertido en un discurso obligado cuando de salud se trataba, y por demás reiterativo en el terreno de la salud mental, baste la lectura del resumen de las intervenciones de los Ministros de Salud en la Asamblea Mundial de Salud de la OMS en el 2001.¹⁴⁹ Al amparo de un concepto de salud pública que clasifica a la prevención en primaria, secundaria y terciaria parecía que el quehacer institucional en el área de la salud mental no podría escindirse del tratamiento.

En sus disertaciones, la OMS¹⁵⁰ analizaba el impacto de una conceptualización de prevención en salud mental flexible o imprecisa que había permitido variadas interpretaciones, de tal suerte que se aludía al término en diferentes puntos del continuo salud-enfermedad dependiendo de lo que se deseaba evitar (cometido inherente al acto

¹⁴⁸ *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Op. cit.*, pp.19-45.

¹⁴⁹ *Mental Health: a call for action by World Health Ministers. Op. cit.*, pp.94-133.

¹⁵⁰ World Health Organization. (2002). *Prevention and Promotion in Mental Health*. Para abundar en esta cuestión ver pp. 7-10.

de prevenir). Esta imprecisión parecería ser de suma importancia, cuando se habla de prevención primaria, ya que "...en la medida que el problema ya ha ocurrido, toda intervención destinada a remediar el daño o deterioro ocasionado no se puede denominar prevención, sino que debe ser conceptualizada como tratamiento".¹⁵¹

Prevención y promoción: ¿dos estrategias distintas?

Según la Organización Mundial de la Salud, reducir el impacto de los desórdenes mentales requeriría que las estrategias de prevención y promoción formaran parte de la política de salud mental. La propia OMS, a través del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias "ha identificado la prevención de desórdenes mentales y promoción de salud mental como uno de sus proyectos prioritarios dentro del Programa Global de Acción (mhGAP)".¹⁵²

Los términos en que se describe el objetivo definido, presuntamente indicarían una reorientación en el manejo de dos estrategias que con frecuencia han sido abordadas de manera desasociada, al menos conceptualmente.

La OMS planteó algunas ventajas que justificarían esa *integración*,¹⁵³ una de ellas era el reconocimiento de que muchas de las características de sus técnicas y actividades se traslapaban, lo que dificultaba identificar con precisión los límites entre ambas; no era inusual, se señaló por ejemplo, que intervenciones dirigidas a incrementar el bienestar de una comunidad hubieran tenido como efecto una reducción en la incidencia de trastornos. En esta integración "la prevención de trastornos mentales no

¹⁵¹ S. Guiofantes. (1996). Salud y prevención desde el punto de vista psicológico. *Salud Laboral y Ciencias de la Conducta*. p.31. Fundación MAPFRE. En B. Zas. La prevención en salud. Algunos referentes conceptuales.

¹⁵² *Prevention and Promotion in Mental Health*. *Op. cit.*, p.4. Cabe señalar que la prevención y promoción en salud mental como programa prioritario para la OMS, le significaría, según se puntualiza, la atención a tres tipos de actividades: generar, revisar, compilar y difundir evidencia sobre estrategias para la prevención y promoción en el campo de la salud mental especialmente de países en desarrollo; desarrollar estrategias y programas apropiados y facilitar las alianzas y la colaboración con otros organismos y sectores gubernamentales.

¹⁵³ *Ibid.*, pp.9-10.

sólo...involucraría...apuntar a factores de riesgo y síntomas tempranos de la enfermedad, también...incluiría...la promoción de actividades que...mejorarían...la calidad de vida de las personas y sus comunidades”.¹⁵⁴

Sin bien esta unificación de la promoción y la prevención en una sola estrategia, se estimó de sumo conveniente, la OMS fue más allá, planteando el enorme beneficio que implicaría combinar los programas de prevención y promoción en salud mental, con el resto de los programas públicos de salud (atendiendo a la consabida interacción entre la salud física y la mental) que haría que las intervenciones fueran más efectivas.

Aun cuando el tema de la evaluación de la efectividad de las intervenciones en el campo de la salud mental era considerado un asunto complejo e irresuelto que precisaría de mayor investigación metodológica, la OMS ofreció algunos ejemplos de estrategias de prevención y promoción por grupos de población objetivo, que estimó tendrían mayores probabilidades de resultar efectivas, y de los cuales únicamente se hará mención de uno por población objetivo, esperando reflejen el sentido de las intervenciones (*Cuadro 3*).¹⁵⁵

Cuadro 3. Ejemplos de Intervenciones y Programas Basados en Evidencia

Programa: The Prenatal/Early Infancy Project (1986/1988).

Población blanco: madres de áreas socioeconómicas bajas en la ciudad de Nueva York.

Objetivo: mejorar el funcionamiento entre madres e hijos para prevenir la mala atención al niño, abuso infantil, mejorar la relación padres-hijos, fomentar habilidades parentales y evitar depresión materna postnatal.

Procedimiento: visitas regulares de enfermeras a los hogares hasta los dos años de edad del infante.

Resultados: mejor soporte social para las madres, reducción de abuso infantil.

¹⁵⁴ *Ibid.*, p.9.

¹⁵⁵ El año indicado a continuación del nombre del programa, se refiere a la fecha de publicación del texto que contiene la intervención preventiva que se menciona en el documento de la OMS.

Cuadro 3. Ejemplos de Intervenciones y Programas Basados en Evidencia (*continuación*)

Programa: The Infant Health and Development Programme (1990).

Población blanco: niños con bajo peso al nacer (grupo experimental).

Objetivo: prevenir discapacidades intelectuales y problemas de aprendizaje y comportamiento asociado al problema que representa los niños de bajo peso al nacimiento.

Procedimiento: durante 36 meses monitoreo temprano respecto al desarrollo del crecimiento de los niños por parte de las madres, suministrándoles, a través de educadores y enfermeras, consejos útiles para prevenir un desarrollo intelectual pobre de los bebés de bajo peso al nacer.

Resultados: al final del proyecto el grupo experimental de niños con peso bajo al nacer, mostró mejor competencia cognitiva y menores problemas de comportamiento.

Programa: The social skills group training for aggressive children (1995).

Población blanco: niños con comportamiento agresivo dentro de la familia, la escuela y el sistema de pares (grupo experimental).

Objetivo: reducción de comportamiento agresivo.

Procedimiento: suministro de un amplio conjunto de habilidades.

Resultados: reducción en la manifestación de comportamiento problemático reportado por maestros.

Programa: (sin nombre) Construcción de resiliencia basado en la escuela (2002).

Población blanco: adolescentes con depresión.

Objetivo: reducir niveles de depresión y desesperanza.

Procedimiento: enseñanza proactiva de técnicas cognitivas.

Resultados: reducción de síntomas depresivos y de problemas de conducta, así como mejoría en rendimiento escolar.

Programa: The Swedish Educational Programme (1992).

Población blanco: adultos y ancianos.

Objetivo: prevenir el suicidio.

Procedimiento: proporcionar educación a los médicos generales sobre los síntomas, etiología, diagnóstico, prevención y tratamiento de depresión.

Resultados: mayor precisión de los médicos generales en el diagnóstico y tratamiento de la depresión y decrecimiento de tasas de suicidio (de 19.7% a 7.1% en 100,000 habitantes después de tres años de aplicación del programa).

La evaluación de resultados de la aplicación de programas preventivos basados en evidencia debía considerar diferentes criterios en tres dimensiones:¹⁵⁶

Impacto en salud:

- Reducción de la incidencia y la prevalencia de los trastornos mentales.
- Mejoría de la calidad de vida.
- Mejoría de la salud física y mental de las madres, niños y otras poblaciones específicas.
- Aumento de las habilidades de afrontamiento y autoeficacia.
- Mejor adaptación psicológica.

Impacto Social:

- Aumento de las habilidades sociales, de apoyo social y actitud de compañeros.
- Mejoría en rendimiento académico.
- Reducción en el abuso de sustancias, delincuencia, deserción escolar, abuso infantil, divorcio y ausentismo.
- Reducción de la estigmatización y mejor comprensión y aceptación de los enfermos mentales por parte de la familia y sociedad.
- Aumento del número de programas de apoyo en la comunidad.

Impacto económico:

- Aumento de los beneficios económicos y de productividad para el individuo y la comunidad.
- Reducción de días-paciente en el hospital.
- Reducción en los gastos de tratamiento.
- Reducción de días de trabajo perdidos.
- Reducción de gastos en el sistema judicial y en los servicios sociales públicos.

2.2.3 La especificidad de la prevención primaria

En el 2004 la OMS publicó dos documentos: el informe *Prevención de los Trastornos Mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas* y otro denominado *Promoción de la Salud Mental: conceptos, evidencia emergente, práctica*.

¹⁵⁶ *Ibid.*, pp.22-23.

Por medio del informe de prevención de trastornos mentales, la OMS ofreció un panorama general en torno a los programas y políticas implementados a nivel mundial para la prevención de trastornos mentales y conductuales. En su marco, la prevención fue considerada como único método sostenible para reducir la incidencia de trastornos psiquiátricos.

El enfoque estuvo dado preferencialmente en la *prevención primaria* más que en la secundaria y la terciara. Las intervenciones preventivas universales, selectivas e indicadas quedaban incluidas dentro de la definición clásica de prevención primaria y cuyos objetivos se diferenciaban dependiendo del nivel de riesgo individual, así como de los grupos o subgrupos de población en los que pretendía ejercer influencia:

“•Prevención universal se define como aquellas intervenciones que están dirigidas al público en general o a un grupo completo de la población que no ha sido identificado sobre la base de mayor riesgo.

•Prevención selectiva se dirige a individuos o subgrupos de la población cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental es significativamente más alto que el promedio, según evidencia comprobada por los factores de riesgo psicológico o social.

•Prevención indicada se dirige a las personas en alto riesgo que son identificadas como personas con signos o síntomas mínimos, pero detectables, que pronostican el inicio de un trastorno mental, o marcadores biológicos que indican la predisposición para desarrollar trastornos mentales, pero que en ese momento, no cumplen con el criterio para trastorno mental”.¹⁵⁷

Para definir el campo específico de acción de la prevención de trastornos mentales, una primera exigencia resultaba ser su *deslinde* de la promoción de la salud mental. En el entendido de que la promoción actuaba sobre los *determinantes de salud*, con el fin de incrementar la *salud positiva*:

¹⁵⁷ Organización Mundial de la Salud. (2004). *Prevención de los Trastornos Mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas*. p.19.

"Las actividades de promoción de salud mental implican la creación de condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el óptimo desarrollo psicológico y psicofisiológico. Dichas iniciativas involucran a individuos en el proceso de lograr una salud mental positiva, mejorar la calidad de vida y reducir la diferencia en expectativa de salud entre países y grupos. Es un proceso habilitador que se realiza con y para las personas. La prevención de los trastornos mentales puede ser considerada como uno de los objetivos y resultados de una estrategia más amplia de promoción de salud mental".¹⁵⁸

En contraparte con la promoción, la prevención de trastornos mentales se focalizaría al decremento de *factores de riesgo* conectados con los padecimientos mentales, así como al incremento de *factores de protección* que preservarían la salud mental, su objetivo sería:

"...reducir la incidencia, prevalencia, recurrencia de los trastornos mentales, el tiempo en que las personas permanecen con los síntomas o la condición de riesgo para desarrollar una enfermedad mental, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo también el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, sus familias y la sociedad".¹⁵⁹

Pese al intento de distanciamiento entre la prevención y la promoción, se reconoció que hay un punto de encuentro irremediable entre ambas estrategias, la divergencia radicaba en los "resultados proyectados", aunque era innegable que el actuar para promover la salud *positiva*, tendría efectos sobre los trastornos mentales y a la inversa, prevenirlos incrementaría la salud positiva.

En este conflicto no quedaba más que reconocer que la superposición, acentuada por su presencia en los mismos programas y su uso compartido de actividades, obedecía a que son dos componentes *interconectados* que se integraban a un único concepto de salud mental.

¹⁵⁸ *Ibid.*, p.18.

¹⁵⁹ *Ibid.*, p.18.

Aunque el objetivo perseguido por la prevención y descrito con antelación, la circunscribía a incidir sobre los factores de riesgo, se insistió en la importancia de su actuación en el fortalecimiento de los factores de protección, principal punto de intersección con la vocación de la promoción de la salud mental.

Mientras los *factores de riesgo* aludían a condiciones que aumentaban la probabilidad de que un individuo desarrollara un trastorno mental, los de *protección* incrementaban *su resistencia* frente al peligro que representaban los factores de riesgo y la enfermedad. Ambos podían ser de naturaleza individual, social, económica o ambiental.

La presencia de factores de riesgo, la insuficiencia de factores de protección y la compleja combinación de situaciones tanto de riesgo como de protección; actuaban como facilitadores de un progresivo tránsito a la enfermedad mental desde una condición de salud mental.

Las medidas preventivas sobre las que se tenía mayor evidencia científica y que podrían resultar más rentables, eran aquellas dirigidas a determinantes *maleables* que abordaran:

- factores de riesgo y protección *específicos* de una enfermedad, es decir, los relacionados con la aparición de un determinado trastorno; y
- factores de riesgo y protección *genéricos*, es decir, los factores compartidos por varios trastornos mentales.

Condiciones como la pobreza, la marginación, la discriminación económica, la migración, entre otros, colocaban a los individuos y a las comunidades en posición de alta vulnerabilidad y propensión para desarrollar patologías mentales.

El siguiente cuadro (*Cuadro 4*) hace alusión a esos *determinantes sociales, económicos y del ambiente* que estudios basados en evidencia, habían demostrado ejercían influencia positiva o negativa en la salud mental.

Cuadro 4. Determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud mental¹⁶⁰

<i>Factores de riesgo</i>	<i>Factores de protección</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a drogas y alcohol • Desplazamiento • Aislamiento y enajenamiento • Falta de educación, transporte y vivienda • Desorganización de la vecindad • Rechazo de compañeros • Circunstancias sociales deficientes • Nutrición deficiente • Pobreza • Injusticia racial y discriminación • Desventaja social • Migración a áreas urbanas • Violencia y delincuencia • Guerra • Estrés laboral • Desempleo 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento • Integración de minorías étnicas • Interacciones interpersonales positivas • Participación social • Responsabilidad social y tolerancia • Servicios sociales • Apoyo social y redes comunitarias

A simple vista es evidente una identificación más específica de los factores considerados como de riesgo en comparación con los de protección, algunos de los cuales resultaron ambiguos, amén de un claro desequilibrio entre ambos grupos y una mezcla de condiciones de riesgo de gran diversidad; muchos de ellos carentes del atributo de maleabilidad desde la acción personal.

A estos factores, había que sumar otros de *carácter individual* y conectados con la familia; que podían ser biológicos, emocionales, cognitivos, conductuales e interpersonales; los cuales jugaban un rol importante en la salud individual y familiar.

La sólida evidencia científica disponible sobre su influencia en la salud mental y en la salud en general, representaba una plataforma de base para el diseño de programas preventivos de trastornos mentales y de promoción de la salud mental. Entre ellos se refirieron los siguientes (*Cuadro 5*):

¹⁶⁰ *Ibid.*, p.23.

Cuadro 5. Determinantes individuales y relacionados con la familia¹⁶¹

<i>Factores de Riesgo</i>	<i>Factores de Protección</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Fracaso académico y desmoralización estudiantil • Déficits de atención • Cuidar a pacientes crónicamente enfermos o dementes • Abuso y abandono de menores • Insomnio crónico • Dolor crónico • Comunicación anormal • Embarazos tempranos • Abuso a ancianos • Inmadurez y descontrol emocional • Uso excesivo de sustancias • Exposición a la agresión, violencia y trauma • Conflicto familiar o desorganización familiar • Soledad • Bajo peso al nacer • Clase social baja • Enfermedad médica • Desbalance neuroquímico • Enfermedad mental de los padres • Abuso de sustancias por parte de los padres • Complicaciones perinatales • Pérdida personal –duelo- • Habilidades y hábitos de trabajo deficientes • Discapacidades de lectura • Discapacidades sensoriales e impedimentos orgánicos • Incompetencia social • Eventos de mucha tensión • Consumo de sustancias durante el embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad para afrontar el estrés • Capacidad para enfrentar la adversidad • Adaptabilidad • Autonomía • Estimulación cognitiva temprana • Ejercicio • Sentimientos de seguridad • Sentimientos de dominio y control • Buena crianza • Alfabetización • Apego positivo y lazos afectivos tempranos • Interacción positiva entre padres e hijos • Habilidades de resolución de problemas • Conducta prosocial • Autoestima • Destrezas vitales • Destrezas sociales y de manejo de conflictos • Crecimiento socioemocional • Manejo del estrés • Apoyo social de la familia y amigos

Macroestrategias preventivas de padecimientos mentales

Con la misma tendencia a incidir sobre determinantes de salud mental que en sentido favorable y adverso se conectaban con la salud mental y sus trastornos, en otro nivel se identificaron seis macroestrategias preventivas de probada efectividad, cuyos alcances habían logrado mejorar la salud mental y disminuir los riesgos de desarrollar trastornos psiquiátricos, éstas fueron:

¹⁶¹ *Ibid.*, p.25.

Cuadro 6. Macroestrategias y su impacto en la salud mental¹⁶²

<i>Mejorando la nutrición</i>	Las intervenciones que integraban aspectos nutricionales –suplementos alimenticios y yodo– con intervenciones psicológicas en niños en riesgo o de estratos socioeconómicos bajos, habían favorecido el desarrollo cognitivo y la capacidad de aprendizaje, aminorado el riesgo de irrupción de trastornos mentales.
<i>Mejorando la vivienda</i>	Los cambios en las condiciones habitacionales de grupos poblacionales empobrecidos, promovían la salud física de los individuos y disminuían los niveles de tensión que podrían producir problemas de salud mental. A nivel social, su impacto positivo podría incidir en factores como percepción de seguridad, delito y participación social y comunitaria.
<i>Mejorando el acceso a la educación</i>	Las políticas para abatir el analfabetismo –especialmente en población adulta– e incrementar los niveles educativos, estimulaban la adquisición de habilidades cognitivas, emocionales e intelectuales, reducían estados de tensión psicológica, incrementaban la sensación de mayor competencia social y podrían abrir mayores oportunidades para acceder a mercados laborales mejor retribuidos. En términos de salud mental, estas medidas tenderían a disminuir el riesgo de desarrollar ciertos tipos de trastornos mentales, como depresión.
<i>Reduciendo la inseguridad económica</i>	Los programas de otorgamiento de préstamos de organizaciones no gubernamentales en sustitución a los créditos provenientes de fuentes informales como los usureros podrían disminuir el riesgo de padecimientos mentales al suprimir la causa responsable de estados de elevado estrés y preocupación que podrían desencadenar en depresión e incluso suicidio.
<i>Fortaleciendo las redes comunitarias</i>	La instrumentación de intervenciones comunitarias para promover una mayor responsabilidad de sus integrantes, se enfocaban a brindar asesoría para la selección e implementación de medidas preventivas basadas en evidencia acordes a los perfiles locales. Estos programas que fueron aplicados simultáneamente en múltiples niveles, produjeron diferentes resultados: a nivel comunitario, por ejemplo, habían logrado cambios en las políticas y movilización de medios de comunicación; en las escuelas, transformaciones en las estructuras administrativas y en las técnicas de enseñanza; a nivel familiar, adiestramiento para padres, y a nivel individual, mayor desarrollo de destrezas sociales. Aunque las evaluaciones de este tipo de intervenciones resultaban limitadas, las efectuadas reportaron haber provocado cambios sustanciales en los jóvenes, cambios expresados en: disminuciones de problemas escolares, de cargos por uso de armas, de asaltos, de transgresiones relacionadas con drogas y de imputaciones por asalto.
<i>Reduciendo el daño causado por las sustancias adictivas</i>	Algunas intervenciones que podrían traducirse en un decremento de trastornos mentales por uso de sustancias, estaban relacionadas con aumentos en las tributaciones, impedimentos en la disponibilidad e interdicción de publicidad. Para grupos específicos en condición de riesgo como las mujeres embarazadas adictas al tabaco, las intervenciones conductuales habían reportado incremento en niveles de abstinencia. Programas educativos para inhibir el consumo de sustancias durante el embarazo, podrían reducir los problemas en los niños asociados a dicho consumo, tales como bajo peso al nacer, mortalidad perinatal y dificultades en el desarrollo neurológico y cognitivo.

¹⁶² *Ibid.*, p.26-28.

Sin duda, estas macroestrategias, entre otras muchas, tendrían un efecto directo en el bienestar físico y mental –individual y colectivo–, tan determinante como su descuido en el desarrollo del malestar emocional. Colocar a la salud mental en esta dimensión favorecía otorgar la *cualidad* de “prevención” de trastornos mentales, a cualquier acto proveniente de la gestión pública –con variados efectos multiplicadores– que se diluyeron en la red del discurso.

Intervenciones preventivas implementadas en edades tempranas

Los programas preventivos basados en evidencia que habían sido instrumentados en las primeras etapas de la vida, estaban dando muestras de constituirse en tácticas preventivas muy exitosas. Muchos de ellos, sin embargo, sólo se habían dirigido a población infantil en condiciones de riesgo, especialmente a aquellos niños pertenecientes a familias en desventaja económica y con escasa instrucción formal. Estas intervenciones se movían básicamente en los ámbitos familiar y escolar.

La variedad de programas preventivos era extensa, en sus diferentes modalidades de prevención universal, selectiva e indicada, dependiendo de los objetivos previamente establecidos. En términos generales estas intervenciones preventivas se focalizaban a desarrollar habilidades de crianza en los padres para favorecer estilos de interacción saludable que redujeran el maltrato infantil; promover el desarrollo cognitivo, habilidades de habla y lenguaje en niños; proporcionar entrenamiento en habilidades de resolución de problemas y de socialización en población infantil; favorecer una conducta positiva y cumplimiento de reglas en el espacio escolar mediante procedimientos de reforzamiento positivo, entre algunos de ellos.

El elemento común, resultaba ser el fortalecimiento de los factores de protección individuales que disminuyeran la tendencia, por efecto de los factores de riesgo, de desarrollar trastornos mentales. La implementación de estas acciones, había mostrado beneficios importantes tanto para los padres como para los hijos, actuando a favor de su salud mental:

A corto plazo, reducción de niveles de ansiedad, impulsividad y conducta agresiva como resultado de los recursos adquiridos; y a más largo plazo, disminución de sintomatología depresiva y menor probabilidad de presentar problemas de alcoholismo y drogadicción, comportamiento sexual de riesgo y actos delictivos. El aprendizaje de estrategias para establecer relaciones saludables con los hijos, favorecía a los padres en el sentido de una mayor autoconfianza en su capacidad de crianza, al dotarlos de herramientas para reemplazar prácticas de abuso físico con medidas de disciplina afectivas con mejores resultados.

Programas de Prevención de Trastornos Mentales

Una parte medular del informe lo representó la inclusión de intervenciones preventivas efectivas, seleccionadas dentro del conjunto de la evidencia disponible proveniente de diferentes países y culturas para la prevención de los siguientes trastornos: de conducta, agresión y violencia; depresión y sintomatología depresiva; ansiedad; alimenticios; relacionados con sustancias; psicóticos y suicidio.

La abundancia de ejemplos en torno a intervenciones realizadas, en gran medida se debía a la pretensión de proporcionar diferentes opciones que atendieran a propósitos específicos. La selección del tipo de medida preventiva adoptada para evitar el riesgo de trastornos mentales, dependía de la consideración de múltiples variables como el tipo de población a la que se aplicaría la intervención, el objetivo perseguido, la identificación de factores de riesgo y protección particulares y el momento de aplicación.

La especificación de medidas preventivas universales, selectivas e indicadas para algunos de los trastornos referidos, permitió el acceso a diferentes alternativas de métodos de intervención.

Una tendencia observada en los programas de prevención aludidos, fue nuevamente su focalización hacia el fortalecimiento de factores de protección individuales, para *incrementar su capacidad de respuesta* frente a las demandas del ambiente y promover

mayor adaptación al entorno. Aun en las medidas preventivas selectivas e indicadas, los factores de riesgo *maleables* fueron contrarrestados con métodos y procedimientos tendentes a incrementar la fortaleza emocional, para disminuir la probabilidad de aparición de desórdenes mentales.

Pese a las sensibles diferencias entre estos programas, es posible sin embargo, identificar una recurrencia a estrategias comunes en las medidas de intervención preventiva para evitar los riesgos de *trastornos de conducta, agresión y violencia*; de *sintomatología depresiva y depresión* y de *trastornos de ansiedad*, que las han tornado como las más efectivas y de mayor impacto. De manera general estas estrategias se dirigieron a:

- la modificación de patrones de comportamiento agresivo, mediante programas de reforzamiento conductual;
- la promoción del desarrollo de habilidades cognitivas para el enfrentamiento de situaciones sociales problemáticas (empatía, solución de problemas interpersonales, manejo de conflictos y control de emociones);
- el desarrollo de habilidades de comunicación;
- el entrenamiento en destrezas sociales para favorecer conductas prosociales;
- el entrenamiento en habilidades de solución de problemas;
- el adiestramiento en técnicas para el control del enojo;
- el entrenamiento en técnicas de relajación para el manejo de la ansiedad y la prevención de sintomatología depresiva;
- proporcionar educación para el desarrollo de pensamiento positivo, mediante reestructuración cognitiva;
- la capacitación a los padres de hijos con problemas de conducta, en estrategias conductuales de crianza.

Por su parte, las medidas preventivas para reducir el riesgo de *trastornos alimenticios* y de aquellos producidos por *uso de sustancias psicoactivas* se limitaron básicamente a acciones de información y programas educativos dirigidos a población universal, cuyos resultados reportaron un impacto reducido.

En el caso de los *trastornos psicóticos* se reconocía no poder ser abordados desde la prevención proponiéndose la promoción de búsqueda de ayuda temprana para reducir la postergación de tratamiento y con ello la producción de secuelas. El *suicidio* fue otro ejemplo de la ineffectividad de medidas preventivas primarias y dada su asociación con cuadros depresivos de base, las medidas conducentes fueron el tratamiento farmacológico antidepresivo y el control de estímulos ambientales para evitar su consumación.

Lineamientos para el diseño e implementación de programas de prevención

De acuerdo a los criterios definidos por la OMS, se requería de la observancia de seis pasos a seguir para la *elaboración e instrumentación de intervenciones preventivas primarias efectivas* de los trastornos mentales, éstos fueron:

1. Evaluación de necesidades y desarrollo de programas

Un primer paso consistía en fundamentar las políticas de prevención en evaluaciones periódicas de la salud mental pública que consideraran los factores de riesgo y protección, basados en evidencia y en función de variables sociodemográficas. Resultados finales tales como profusos efectos directos en la salud mental y física, así como visibles beneficios sociales y económicos, debían ser considerados en el diseño de intervenciones preventivas.

2. Diseminación y adopción

Una forma efectiva para garantizar el acceso a recursos preventivos, descansaría en el desarrollo de sistemas de bases de datos que contemplaran aspectos tales como programas y políticas basados en evidencia, condiciones para la implementación exitosa, resultados finales de los programas, rentabilidad y efectividad y estudios relacionados; a partir de lo cual sería factible proceder a la adaptación de estos programas en aquellas naciones que no dispusieran de recursos aplicables a la investigación.

3. *Adaptación y personalización de los programas*

La adecuación de programas preventivos a contextos locales sin desvirtuar el sentido y principios impresos en los originales, sería un prerrequisito para obtener resultados efectivos.

4. *Implementación*

Junto con una adecuada selección de intervenciones basadas en evidencia, la instrumentación de programas preventivos requería apegarse a los lineamientos y metodología propios de cada intervención con fidelidad y calidad, lo cual determinaría en conjunto su impacto y los subsecuentes resultados.

5. *Evaluación y monitoreo*

Para determinar la eficacia, efectividad y rentabilidad de los programas preventivos resultaba imprescindible el desarrollo de un sistema de evaluación que permitiera ir monitoreando sus efectos inmediatos, con vigencia durante un largo plazo para conocer su impacto y la duración de éste.

6. *Sostenibilidad*

La efectividad de los programas preventivos no solamente dependía de los elementos considerados anteriormente, la sostenibilidad de los proyectos estaría supeditada en gran medida a las infraestructuras y a los recursos reales existentes disponibles, a menos que se inyectaran nuevos recursos y se garantizara su canalización a lo largo del proceso de instrumentación.

En adición a lo anterior, la OMS estableció una serie de *condiciones indispensables* sin las cuales la eficacia de las intervenciones preventivas se vería seriamente comprometida:

1. *Ambito Político*

La prevención de los trastornos mentales requería inicialmente de desarrollar una política de salud pública nacional que garantizara la sostenibilidad del desarrollo y

cuyos lineamientos fueran acordes a las necesidades de la población, compatibles con las prácticas de tratamiento y factibles de aplicar intersectorialmente. Para ello, resultaría ineludible destinar mayores recursos, a fin de favorecer la inclusión de programas preventivos en los niveles de atención primaria y secundaria de salud.

2. Desarrollo de potencial y capacitación

Las iniciativas para el desarrollo y capacitación de recursos humanos en materia de prevención de trastornos mentales, habrían de ser desplegadas localmente en los sistemas de salud pública –de atención primaria y de salud mental-. En esta tarea los gobiernos de países de medianos y bajos ingresos podrían apoyarse en el potencial y experiencia de organizaciones internacionales.

3. Investigación y abogacía

Para respaldar el éxito de intervenciones preventivas, los países de economías restringidas podrían servirse de políticas y programas de prevención con sólida base de evidencia científica ya disponibles; otras opciones para la consecución de tal objetivo serían el fortalecimiento de la investigación focalizada a la detección de necesidades y asignación de prioridades para la atención, así como el establecimiento de alianzas entre investigación, política y práctica que favorecieran la instrumentación y la evaluación de nuevas estrategias preventivas.

4. Recursos e infraestructuras

El desarrollo de recursos e infraestructuras apropiadas para la implementación de programas preventivos sostenibles, era concebido como un requisito irrenunciable al instrumentar las tres condiciones previas. La canalización de recursos para la diseminación, instrumentación y evaluación de políticas y programas de prevención efectivos; la organización y coordinación intersectorial –particularmente de los sectores de educación, trabajo y justicia- y la colaboración sostenible y efectiva de las organizaciones internacionales gubernamentales y no gubernamentales, también serían acciones imprescindibles en la prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental.



El discurso de la Organización Mundial de la Salud a lo largo de los últimos treinta años consistentemente se ha pronunciado a favor de adaptar la integración y función de los sistemas de salud a las necesidades del desarrollo económico.

“El desarrollo económico y social, basado en un *Nuevo Orden Económico Internacional*, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial.”¹⁶³

Afirmación ésta contenida en el cuerpo de la *Declaración de Alma Ata* (1978) en la cual los países asumieron el compromiso de impulsar e instrumentar la atención primaria a la salud, conforme al reconocido *nuevo orden económico internacional*.

Los principales aspectos propuestos en esta iniciativa tenían que ver con la urgencia de desarrollar estructuras sanitarias capaces de resolver la mayor parte de demandas de salud en el nivel de atención primaria a la salud, cuyo efecto inmediato, además de ampliar la cobertura para beneficiar a un mayor número de población, se reflejaría en una mejor administración y racionalización de los recursos públicos al proveer un conjunto de servicios esenciales en sustitución de los de alta especialidad. En esta nueva propuesta aspectos tales como la corresponsabilidad social y la autorresponsabilidad, así como el énfasis en la promoción y la protección en salud serían motivo de particular interés y consideración en la instrumentación de esta estrategia en la reorientación de los sistemas de salud locales.

En 1990 con la *Declaración de Caracas* y su iniciativa para la Reestructuración Psiquiátrica en la región de América Latina y el Caribe, la salud mental debía quedar incorporada dentro de los servicios institucionales como un nuevo componente de la

¹⁶³ *Declaración de Alma Ata. Op.cit.*, p.2-3.

atención primaria a la salud, en sustitución de un modelo de reclusión de enfermos mentales por uno de base comunitaria con tendencia a la extinción de servicios de atención nosocomiales; propuesta con la que se pretendía elevar los niveles de salud, disminuir la morbilidad, aumentar la equidad y mejorar la eficiencia de los sistemas de salud, teniendo como una de sus estrategias la promoción y la *prevención* de los trastornos mentales.

Con base en esta nueva visión para resolver los problemas de salud mental de la población mundial y en particular de la región, la *prevención se convertiría en el corazón del discurso* de la Organización Mundial de la Salud, misma que habría de ser retomada por los propios de los gobiernos locales e insertada dentro del macro proyecto de la reforma de los servicios de salud.

La retórica oficial que versa sobre la salud mental construida por esta agencia técnica en salud, se ha caracterizado por evolucionar a lo largo de sus pronunciamientos, incorporando nuevos conceptos y acciones que no invalidan planteamientos previos, sino que por el contrario, enriquecen sus fundamentos conceptuales y amplían su plataforma a cada vez mayores ámbitos de aplicación.

En este proceso, muchos de los conceptos que dan sustento a las diversas propuestas para la acción han quedado convenientemente no acotados, tornándose imprecisos algunos considerados *claves* dentro de la argumentación, a manera de ejemplo baste destacar los referidos a:

- la carga*, que se aplica indistintamente cuando se alude particularmente a la prevalencia, a la discapacidad, al costo financiero o a la morbilidad;
- la comunidad*, no quedando claro si debe entenderse por tal a la sociedad en su conjunto o a otros actores como prestadores de servicios alternos;
- la salud positiva y negativa*, fractura artificiosa de un mismo estado de salud, en donde no se es completamente sano pero tampoco enfermo;
- el trastorno mental*, edificado de componentes de muy diversa naturaleza (neurológica, comportamental, emocional, psíquica y social)

- *el constructo “psicosocial”*, producto de la integración de dos dimensiones distintas que ha servido tanto para alimentar condiciones patológicas como para que éstas expliquen problemas sociales;
- *la prevención*, adjudicada a cualquier acto que suponga la acción anticipatoria para la no ocurrencia de un efecto indeseable.

Así, el significado común adjudicado a la prevención, caso que nos ocupa, implicaría *hacer algo para evitar que otro algo ocurriera*, acto que otorga absoluta libertad y permite asentarse eficazmente en el discurso como una estrategia táctica con el suficiente poder para contender desde la prevalencia, pasando por la discapacidad, el impacto económico de la pérdida de la salud, hasta las consecuencias en la salud mental de las diversas condiciones del entorno o la influencia de la enfermedad mental en ellas.

Grosso modo pueden reconocerse dos momentos esenciales en el planteamiento formulado en torno a la prevención. En el primero (1998, 2001), éste hizo propios los fundamentos de un *enfoque médico* que clasifica a las estrategias preventivas en *primarias, secundarias y terciarias*, recuperando en todas ellas un sentido *anticipatorio*: en las primeras lo que se desea evitar es la *enfermedad*, a través de medidas básicas que incidieran sobre el componente biológico de la enfermedad; en las segundas, sortear el impacto de la *discapacidad* generada por un trastorno ya presente con intervenciones de diagnóstico oportuno y tratamiento; en las últimas, impedir el desarrollo de *mayores secuelas* provocadas por los padecimientos mentales crónicos, aplicando acciones rehabilitatorias.

Pese al pretendido intento por demarcar los límites de la prevención, el autorizar se aplicara este término a los tres niveles de intervención mencionados, sentó el precedente definitivo para investir de una cualidad preventiva a cualquier “acto” dispuesto a atender los problemas de salud mental. Artilugio éste que permite refrescar una idea/acto presentándolo como novedoso y de mayor efectividad.

No pasaron muchos años para que en un segundo supuesto se capitalizara esa ventajosa posibilidad. En ese momento y alimentados de una *dimensión social*, el enfoque y la misión de la prevención se vieron ensanchados como resultado de la tendencia a diluir las fronteras que anteriormente “ceñían” las diferentes formas de prevención, lo anterior quedó demostrado con la definición que la OMS estableciera en el 2004:

"reducir la incidencia, prevalencia, recurrencia de los trastornos mentales, el tiempo en que las personas permanecen con los síntomas o la condición de riesgo para desarrollar una enfermedad mental, previniendo o retardando las recurrencias y disminuyendo también el impacto que ejerce la enfermedad en la persona afectada, sus familias y la sociedad".¹⁶⁴

Con tal significado dado al concepto de prevención, ésta era todo y nada en particular, oscilando –según conviniera- entre la salud y la enfermedad. Estas tan sólo aparentes imprecisiones discursivas, en realidad han obedecido al vasto margen de maniobra dispensado por una retórica oficial desde el más alto nivel que al descansar en una extensa e inespecífica plataforma conceptual, con las oportunidades que la amplitud ofrece, ha permitido versátiles interpretaciones que: cercan o ensanchan a placer los confines de los trastornos mentales; colocan a la salud mental entre polos positivos y negativos sin alcanzar el extremo de la enfermedad mental; y, acotan o amplifican los ámbitos y alcances de la prevención.

La integración de la dimensión social al fenómeno salud-enfermedad mental, devino en la consolidación del llamado *enfoque bio-psico-social*. Desde una visión direccionada hacia la enfermedad, el primer componente quedaba asentado en la base *cerebral* del trastorno, que aseguraba el arbitrio médico y en consecuencia el juicio clínico; la conducta nutrió al componente *psico*, recurso “invaluable” que ha consentido hacer *co-responsable* al individuo de la salud y la enfermedad; de forma inherente al anterior, el elemento *social* facilitó en un sentido responsabilizar al comportamiento de los sujetos de fenómenos sociales y en otro, traducir éstos en “trastornos psicosociales”.

¹⁶⁴ *Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Op. cit., p.18.*

Enfoque éste que posibilitaba abarcar los diferentes ámbitos de la vida de los individuos: *vida sensible* –física-; *vida mental* –psíquica y emocional- y *vida social* –psicosocial-. De tal manera que cualquier respuesta desadaptativa en una de ellas, podía dar lugar a un diagnóstico de patología, convirtiendo de manera inmediata al sujeto en un enfermo.

Con estos cimientos y ante la insuficiencia de la prevención primaria que inicialmente había sido facultada para prevenir los trastornos mentales con acciones que los acometían únicamente desde el componente biológico, se hizo necesario considerar en su vocación también aspectos sociales.

Extremando precauciones para no abandonar el argumento inicial, reforzado con aseveraciones que asentían que “los trastornos mentales y del comportamiento se deben fundamentalmente a la interacción de múltiples genes de riesgo y factores ambientales”¹⁶⁵ y al tenor de una disertación en la que numerosos factores influían pero ninguno determinaba de manera definitiva el desarrollo de un desorden mental, esta limitación quedó subsanada al abrazar a los de naturaleza sociodemográfica a partir de los cuales enriqueció su base de intervención –y su retórica terapéutica-, con modalidades ahora clasificadas en universales, selectivas e indicadas.

Una más refinada lógica argumentativa se vio nutrida de elementos estratégicos. De inicio se puso énfasis en la omnipresencia y multiplicidad de *agentes causales* predisponentes de trastornos mentales en dos niveles que la OMS distinguió en: sociales, ambientales y económicos –*nivel macro*- tales como pobreza, inestabilidad económica, inseguridad y violencia social, conflictos y desastres, por un lado; e individuales y relacionados con la familia –*nivel micro*- como enfermedades físicas graves, circunstancias familiares y ambientales adversas, por otro. Para ambos casos fueron apuntados algunos de los factores de riesgo y protección implicados más representativos.

¹⁶⁵ Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Op. cit., p.12.

Aprovechando la libertad de puntuar en algún elemento de ese amplio espectro que en apariencia invitaba a desplegar maniobras en dos frentes paralela y simultáneamente, la ausencia de propuestas de acciones a implementar para incidir directamente en los de riesgo –desde el esquema ofertado-, tanto en el nivel macro como en el micro, resultó inocultable.

En las proclamas, sin embargo, imprescindible era su alusión, toda vez que permitía evidenciar el sustrato social causal involucrado en el desarrollo de patologías psiquiátricas y justificar al mismo tiempo, la incapacidad para manipular en específico a los llamados *factores de riesgo genéricos contextuales* conectados de una forma multidimensional y compleja a los trastornos mentales y de comportamiento.

Sentadas estas sustanciales consideraciones ya era posible entonces dar entrada a una nueva proposición según la cual el impacto en la salud mental del conjunto de tales determinantes estaría en función del grado de *vulnerabilidad de los sujetos*, influenciada ésta por ese cúmulo de *factores de riesgo y protección* de muy variada índole.

Los primeros incrementando la probabilidad de aparición de desórdenes mentales y de conducta y los segundos, salvaguardando la salud mental; quedando avalada la pertinencia de actuar reduciendo/contraatacando unos y aumentando/fortaleciendo otros, a fin de disminuir “los síntomas psiquiátricos y la discapacidad, así como la aparición de algunos trastornos mentales”.¹⁶⁶

Dado este conveniente sesgo y gracias a la plasticidad de la prevención, el foco de atención estuvo centrado en aquellos factores de fácil ubicación en el individuo, en respuesta a la recomendación de dirigir las intervenciones preventivas hacia *agentes causales maleables* –a ser implementadas por los médicos de acuerdo a lo establecido por el informe del 2004-.

¹⁶⁶ *Prevención de los Trastornos Mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas. Op. cit., p.15.*

Así, los *factores de riesgo* quedarían vinculados con conductas igualmente de riesgo y con respuestas desadaptativas; y *los de protección* con estilos de afrontamiento eficaz. Implícitamente, el hacer responsable a los individuos del deterioro de su salud mental y el promover un mayor ajuste social y nivel de adaptación a entornos de alta tensión, serían los objetivos perseguidos.

Con tal precisión no hubo el menor reparo para considerar a los trastornos mentales y de conducta como la expresión de un *comportamiento maladaptado*¹⁶⁷ que podía haberse aprendido de forma directa o a resultas de la observación prolongada, *desviación* ésta del todo susceptible de ser corregida con acciones preventivas que interceptarían el florecimiento de un franco cuadro psiquiátrico al mejorar sustancialmente la *resistencia* –mediante la modificación de respuestas individuales– ante el embate de los factores de riesgo.

Al abrigo de este razonamiento, atributos característicos de lo llamado *salud mental positiva* –cuyo déficit daría cuenta de una condición de bienestar subjetivo inferior, «salud mental negativa»– tales como “autoestima, fortaleza emocional, pensamiento positivo, destrezas sociales y de resolución de problemas, habilidades para el manejo del estrés y sentimientos de control”¹⁶⁸ fueron identificados como los factores defensores más poderosos para desalentar la “predisposición –casi natural– a una consecuencia de inadaptación”.¹⁶⁹

A esos elementos tenían que atender los programas a instrumentarse para prevenir trastornos mentales y de comportamiento, los cuales habrían de reparar en los grados diferenciados de exposición al riesgo de grupos y subgrupos poblacionales.

Los ejemplos brindados de programas de prevención con *sólida evidencia científica* –de asequible replicación, de costo-efectividad probado y con resultados exitosos, por

¹⁶⁷ Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Op. cit., p.12.

¹⁶⁸ Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Op. cit., p.22.

¹⁶⁹ Ibid., p.22.

supuesto- se caracterizaron por edificar desde la noción de trastorno, interponiendo el frágil argumento de su génesis biológica, medidas para combatirlo. De esta forma las intervenciones quedaban constreñidas a la acción curativa de la medicina y de quienes la ejercen desde la enfermedad mental y la aplicación de estrategias psicoeducativas.

Atendiendo a la lógica del discurso de prevención primaria, aunque en las intervenciones universales y selectivas la presencia de procedimientos propios del modelo médico tiene pocas posibilidades de insertarse de una forma natural y cómoda, en el nivel de prevención indicada consiguen reposicionarse nuevamente, en el entendido de que la población objetivo si bien aún no se halla categóricamente enferma, ya presenta síntomas prodrómicos que podrían explicarse desde la biología individual –deslizándola ya al ámbito de la enfermedad-. A manera de ilustración, con el siguiente cuadro se pretende reflejar el proceso de las intervenciones preventivas, con apego al argumento oficial.

Esquema de oportunidades de intervenciones preventivas¹⁷⁰

<i>Tipo de intervención</i>	<i>Tipo de intervención</i>	<i>Tipo de intervención</i>	<i>Tipo de intervención</i>
Prevención Universal	Prevención Selectiva	Prevención Indicada	Tratamiento
<i>Nivel de detección</i>	<i>Nivel de detección</i>	<i>Nivel de detección</i>	
Factores de riesgo contextuales	Factores de riesgo grupales o individuales	Síntomas individuales, comportamientos y marcadores biológicos	Valoración
<i>Detección de exposición a riesgos</i>	<i>Detección de exposición a riesgos</i>	<i>Detección de síntomas y comportamientos</i>	<i>Diagnóstico de trastornos mentales</i>
Exposición comunitaria	Exposición de grupos a factores de alto riesgo	Características individuales de alto riesgo	Síntomas y trastornos diagnosticables
<i>Ambito y segmento de aplicación</i>	<i>Ambito y segmento de aplicación</i>	<i>Ambito y segmento de aplicación</i>	<i>Ambito y segmento de aplicación</i>
Sociales en Macroespacios	Sociales en Microespacios	Psicológicos y biológicos Individual	Médico para manejo individual de trastorno

¹⁷⁰ National Research Council and Institute of Medicine. (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: progress and possibilities*. Esquema adaptado de la Figura 8-1, p.222.

Pese a las bondades de la prevención podrían preverse sin embargo algunos fracasos, tal vez por la inaccesibilidad para incidir sobre factores poco maleables desde la medicina, que habrían de resolverse en el siguiente nivel, el tratamiento médico y psiquiátrico.

Por demás clara resultó la velada intencionalidad de este modelo explicativo y su propuesta derivada. Entre líneas el favorecer el *ajuste psicosocial* del individuo –expresado en funcionalidad y rendimiento para escapar de la discapacidad- se constituyó en la apuesta cardinal de las acciones preventivas primarias, toda vez que es el sujeto la causa de y la solución a los problemas de “disfunción mental humana”.¹⁷¹

El hoy popular concepto de resiliencia, así como el posterior enfoque de habilidades para la vida¹⁷² atienden a esta orientación condensando las *cualidades individuales* que han mostrado actuar como halos protectores frente al influjo de múltiples factores –muchos de ellos distantes del propio individuo- y que pese a ser característicamente insidiosos, atemporales y previsiblemente insuperables para grandes segmentos de población; se afirma logran preservar incólume la *salud positiva* de las personas. “La resiliencia, sintetizaría la OMS, se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana, viviendo en un medio insano”.¹⁷³

Sin menospreciar los invaluable beneficios que representa para cualquier persona “la adquisición de habilidades socio-cognitivas y emocionales para enfrentar problemas”¹⁷⁴ y su traducción en mayor capacidad de adaptación-ajuste al espacio circundante, habría que tener cuidado de no quedar atrapados en alocuciones motivadas por objetivos lejanos al bienestar emocional.

¹⁷¹ Se trata de un término empleado en documentos fuentes. *Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Op. cit., 22.*

¹⁷² Organización Panamericana de la Salud. (2001). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes.*

¹⁷³ Organización Panamericana de la Salud. (1997). *Estado de arte en resiliencia.* p.6.

¹⁷⁴ *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. Op. cit., p.6.*

Un peligro se avizora. En esa misión dirigida a frenar la expansión de los trastornos mentales y de conducta, los maestros y los profesionales de la psicología podrían actuar –si es que acaso no lo estamos haciendo ya- como los principales emisarios de los expertos en la salud y la enfermedad mental, prestos a corregir formas maladaptadas –defectuosas- de pensamiento, emociones, conducta y patrones de relaciones con los demás;¹⁷⁵ y quienes además contarían siempre con el recurso de apelar a la intervención de los servicios especializados de salud mental para atender a los sujetos que al *resistirse* a tornarse más *resistentes* y, por tanto aun desadaptados, muy probablemente en su calidad de *pacientes* se harían acreedores a una etiqueta diagnóstica médico psiquiátrica oficial.

La trayectoria en la metamorfosis de la disertación social relativa a la salud mental y colateralmente a la prevención, conlleva a una noción de excelso valor que ha prevalecido indefectiblemente: su *contenido humanista* aludiendo al sufrimiento, discriminación y estigmatización de los enfermos mentales como resultado de una aberrante injusticia social que los ha condenado a ser excluidos de oportunidades de desarrollo –y por supuesto también de la posibilidad de insertarse en actividades económicamente productivas-.

Proclama la anterior que ha funcionado paralelamente como una amonestación a la negligencia de numerosos gobiernos que persisten en mantener a la salud mental fuera de sus agendas de salud y consecuentemente como una invitación a urgir acciones para proceder al *tratamiento* y *cura* de los trastornos mentales que amenazan con expandirse al igual que –o especialmente- sus efectos, deteriorando significativamente la calidad de vida de sus víctimas.

Denuncia de una condición de vida por demás inadmisibles dados los conocimientos científicos disponibles para brindar ayuda a las personas aquejadas por esos padecimientos, mismos que aunque obedecían a numerosos factores se tenía evidencia

¹⁷⁵ Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Op.cit., p.10.

de su “base física en el cerebro”,¹⁷⁶ condición que incrementa la tendencia a *modos de proceder* ahora más comprensibles y manejables gracias al conocimiento derivado de las aproximaciones desde la medicina del comportamiento.

En este ámbito, la gran oferta de la *prevención* giró en torno a su potencial para terminar con el sufrimiento que implicaba portar alguno de estos padecimientos, agravado por la exclusión de que paralelamente también eran objeto los aquejados por esos males de la mente, promesa que le garantizaba una cálida acogida y su presencia categórica en cuanto premisa, plan y programa se formulara en materia de salud mental. La *connotación universalmente positiva* que de forma natural posee el término de prevención prodiga ilimitados resquicios donde referenciarla, dando la idea al ligarla con cualquier iniciativa, de un cambio profundo en el estado actual de las cosas.

Un último eslabón frágilmente enlazado con el entramado discursivo elaborado que requería de mayor refinamiento, era el relativo a la innegable concentración de las prevalencias de trastornos mentales y de comportamiento en aquellos grupos de población en condiciones de franca desventaja socioeconómica –pobreza-, según reportes de los análisis practicados y para el cual se contaba con una convincente salida.

Según la OMS este fenómeno podía explicarse como el fruto de dos peligrosos mecanismos de equiparable significación: la afectación en conjunto de múltiples causas de desórdenes mentales en los más necesitados –como si ello fuera obra de desafortunadas casualidades- y el tránsito a situación de pobreza de los ya enfermos mentales. En tanto que en el primer caso el estado de pobreza sólo era un factor, entre otros, “predisponente” de enfermedad mental, en el segundo, el recrudescimiento de esa circunstancia de empobrecimiento era consecuencia de la patología mental.¹⁷⁷ Desde ahí, como se apuntó con antelación, no habría de sorprender que los padecimientos mentales empezaran a visualizarse como productores potenciales de problemas

¹⁷⁶ *Ibid.*, p.X.

¹⁷⁷ *Ibid.*, p.14.

sociales de descomunales dimensiones o dar lugar a la conversión de estos últimos en desórdenes mentales, reproduciendo con mayor esmero los otrora intentos en ese sentido no del todo bien aprovechados.

Mientras tanto, para la reconocida y preconizada presencia de adversos factores del contexto existía un potente recurso a ser explotado. Según la OMS se tornaba urgente la emisión de *políticas públicas saludables*, en el entendido de que sus efectos inmediatos ejercerían un directo impacto preventivo. La inclusión de acotados ejemplos de macroestrategias ubicadas en diferentes ámbitos y dirigidas en específico a poblaciones en riesgo –léase marginados- sirvió para demostrar la existencia de un copioso abanico de variables sociales subyacentes a las patologías mentales–o quizá provocado por ellas-, anticipándose a las previsibles críticas en torno a los limitados alcances de las intervenciones sugeridas y condensadas en los programas muestra.

Por demás obvio resultó que ante fenómenos como la pobreza, la desigualdad, la inestabilidad económica, la violencia, la urbanización, el desempleo, la emigración, los bajos niveles educativos y los progresos tecnológicos, por citar algunos, el esquema perfilado para la *prevención primaria* de trastornos mentales no tenía mucho que ofrecer, viéndose obligada a retornar a su punto original: invocar a la suficiencia del fortalecimiento de los factores individuales de protección para evitar que los del contexto logran desencadenar padecimientos mentales.

Desde la argumentación la renuncia a hacer suya la labor mesiánica de atajarlos como factores causales de desórdenes mentales, se vio acompañada de una incesante convocatoria a la participación de *otros actores* (¿?) fuera de las instituciones hasta hoy responsables directas de la salud de las poblaciones, en el entendido de que sólo mediante acciones conjuntas se podrían imprimir profusos efectos en la salud mental de los individuos y las comunidades.

Al respecto y retomando la esencia de los preceptos sanitaristas referidos cabe reflexionar en dos cuestiones. Primera, ¿qué deberíamos entender por *políticas*

saludables...aquellas que al cobijo de la omnipotente prevención, tienden a promover una *cultura del autocuidado de la salud*, bajo la cual la conducta es el *lugar* donde se construye la salud y la enfermedad?

Y segunda, ¿de cuántos más *artifícios semánticos* seremos testigos para convencernos del poder de la prevención? y vaya poder, convierte a un lenguaje preventivo: ~las consecuencias del incumplimiento de responsabilidades del Estado y la ineficiencia de sus políticas sociales –devastadoras para grandes sectores- denominándolos *macrofactores de riesgo*; ~sin negar que lo son, merecería advertir que las acciones inherentes al quehacer del Estado tendrían que derivar naturalmente en el bienestar de la población; sin embargo catalogadas ahora como *macroestrategias de prevención* y acotadas en el espacio de la salud mental, tendrían cuando más efectos paliativos, en virtud de estar direccionadas únicamente a poblaciones de riesgo –condición que permanecerá inmutable- y asentadas particularmente en el individuo.

Este manejo daría lugar a efectos inmediatos como: el no compromiso del Estado en la solución de los problemas sociales de base y la conveniencia de pronunciarse por una intervención restringida a los aspectos más visiblemente conectados con la enfermedad mental.

La exploración de este conjunto de proposiciones dictadas por la OMS para dar batalla sin tregua a la insanidad mental desde la salud pública y en años recientes apuntalada en la prevención, representó el referente obligado para ponderar con la lupa sobre esa estrategia, el grado de fidelidad, naturaleza y dirección dados a las políticas, planes y programas de alcance nacional en México en el pasado inmediato.



*Lotería de Artistas Mexicanos
Por Paul Achar*

3.

**LA SALUD MENTAL EN EL CONTEXTO
POLITICO Y SOCIAL DE MEXICO**

3.1 ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA SALUD MENTAL EN MEXICO

Acercarse a la historia de la salud en México provoca *a priori* introducirse desde la crónica de las instituciones, ejercicio que aunque muy recurrido, es por demás limitado sino se atiende a los múltiples aspectos en los que se asienta el origen de cada uno de los hechos.

En el espacio de la *salud-enfermedad mental*, resulta ineludible escudriñar las motivaciones sobre las que ha transitado la locura, ahora llamada trastorno mental y en futuro cercano aparejado a la discapacidad; motivaciones que naturalmente han influido en la *orientación de la atención* dada a ese fenómeno.

Es en consonancia con esta última, que: a lo largo del tiempo han emergido cada uno de los eslabones que construyen lo que en este trabajo se ha definido como el *paradigma de la atención institucional*: prevención-diagnóstico-tratamiento-rehabilitación-reincorporación social; que se han conformado un sinnúmero de instituciones y definido el marco de su acción. Un somero recorrido por esta historia pretende, a más de ampliar el conocimiento, dar lugar a la comprensión de lo llamado salud y enfermedad mental.

3.1.1 La orientación de la atención a la salud mental

“Cada individuo de la especie es una personalidad humana que debe ser comprendida en unión con la etapa histórica en que vive, la que le precedió y con los imperativos ideológicos y las motivaciones de su toma de consciencia o su carencia de ella...”¹⁷⁸

Esta propuesta nos remite inevitablemente a mirar sobre ese espacio de confluencia de numerosas y diversas realidades particulares, en el que la subjetividad se desdibuja para fundar un determinado momento histórico de propiedades colectivas y sólo a partir

¹⁷⁸ G. Cohen-DeGovia. (1996). *Fin de siglo, crisis y salud mental en nuestra América. Su manifestación y explicación crítico-histórica en los subniveles de integración humana*. Conferencia Magistral, III Congreso Regional de Salud Mental. Puebla, México.

del cual, es posible regresar la mirada al individuo, para pensar en él, como el sujeto que trasciende de sí y que es aprehendido singularmente por esa historia que esbozará la construcción de la propia. Siendo así, la salud mental sólo puede ser comprendida bajo el amparo de esta luz.



Durante la época colonial (1521-1821) la dominación española ejercida en el territorio que hoy conforma México, dio origen a radicales cambios de impacto significativo tanto en la estructura política y económica como en el tejido social, mismos que se vieron reflejados en múltiples aspectos de la vida cotidiana de los habitantes de dicha región. Así, con la conquista alternaron distintas formas de vida, de creencias y de conocimiento pero también de enfermedades, incluyendo los *padecimientos mentales*.

Los dominantes y los dominados no podían librarse de ello: para los primeros, el desarraigo a la patria y las vicisitudes de la adaptación a un nuevo mundo, los llevarían a caer en profunda *melancolía*¹⁷⁹ y a crear toda clase de fabulaciones; para los segundos, el *sufrimiento* desencadenado por la humillación y la destrucción, lo que es más, por el apabullamiento de su visión cosmogónica del mundo y de sus sincrónicas prácticas rituales, se convertiría en una constante y condicionaría su existencia. El encuentro de estas culturas promovería un contexto caracterizado por el antagonismo y el sincretismo, la mutua exclusión y el mestizaje, la rebeldía y la sumisión, fenómenos durante largo tiempo bajo la vela de un sólo observador.

Hacia 1542, la Corona Española atrajo toda la administración pública de Las Indias incluyendo la gestión de la salubridad, para posteriormente constituir el Protomedicato de las Indias; a partir de ese momento, el tema de la salud empezó a tomar lugar en las

¹⁷⁹ La Melancolía como enfermedad encuentra "...su punto de partida con el humoralismo, que nació en el año 400 antes de nuestra era, fue una idea de enfermedad que se debía a un aumento inmoderado del humor negro...". Quien la sufría era considerado como un individuo con una "disposición mala en constitución física pobre y poco atractiva". Este estado pasaría a formar parte del discurso religioso profundamente asociado al pecado, al vicio capital –como la acidia o pereza- y a la culpa; para finalmente quedar caracterizada en la actualidad por "ataques de ansiedad, depresión profunda y fatiga". M. C. Vázquez. (2004). Introducción y recopilación. En R. Bartra. Transgresión y melancolía en el México colonial. *Estudios de Historia Novohispana*, (31), pp.201-209.

políticas públicas de la Corona y la necesidad de atención para los padecimientos físicos y mentales se hizo evidente.

A la postre, en la Nueva España se crearon universidades y escuelas de medicina, entre ellas, la Universidad de México (1551) donde se otorgó la primera cátedra de esta disciplina del continente (1578), siendo asignada al Profesor Don Juan de la Fuente (1579).

México también precedería a otros países hispanoamericanos en fundar *hospicios* (Cuadro 7) para la *asistencia y cuidado de enfermos mentales*. Pretendiendo dar respuesta a las necesidades básicas de los aquejados por ese “mal”, dichas instituciones se apoyaban en la labor humanitaria de diferentes personas que, más allá del interés por el enfermo, se encontraban a la *búsqueda de la propia redención* eterna por motivos religiosos y a cargo de la *salvación de la sociedad* por la peligrosidad que los “locos” infundían.

Las primeras, investidas en su propia fe atribuían la locura precisamente a la falta de aquella, insistiendo que la curación del enfermo podía alcanzarse sólo con el ejercicio de prácticas religiosas que limpiaran sus pecados. Las segundas, representaban a importantes grupos de poder que en el fondo apoyaban convenientes estrategias de control social; tal es el caso del Consulado de Comerciantes de la Ciudad de México, que en 1776 financió la remodelación realizada al Hospital de San Hipólito.

Cuadro 7. Primeros hospicios de asistencia a enfermos mentales en México

-
- Hospicio de San Hipólito (1566) funcionó por 350 años
 - Hospital Real del Divino Salvador (1687) funcionó por 200 años
 - Hospital de la Santísima Trinidad (1689) funcionó por 216 años
 - Real Congregación de Nuestra Señora de los Dolores y Socorro de las Mujeres Dementes (1747)
 - Hospital de Belén en la ciudad de Guadalajara (1794)
-

En el México Independiente –a partir de 1821-, el *diagnóstico* de “locura” y el consiguiente *confinamiento de los pacientes* eran ejecutados por instancias judiciales apoyadas para su efecto en la venia de las familias, incluso aún cuando médicamente no se hallaban enfermedades mentales que justificaran su encierro. Los criterios que regían tales decisiones se encontraban relacionados a los *comportamientos anormales* con los que se dirigían algunas de esas personas y que quebrantaban los rigurosos patrones de moralidad considerados como “normales” por el contexto social de la época. La *locura se expresaba entonces en función de los cánones morales y sociales* establecidos, recayendo comúnmente dicha “enfermedad” sobre aquellos que por sus condiciones marginales se encontraban ampliamente expuestos –alcohólicos, furiosos, enfermos, desviados sexuales y mendigos, entre otros-.

El tratamiento ofrecido a los pacientes adolecía de recursos terapéuticos efectivos, en virtud de creerse que la enfermedad tenía una evolución irremediable y que el deterioro mental era una consecuencia natural ante la cual nada se podía hacer. En esa época se extendió la aparición de *instituciones de internamiento psiquiátrico bajo la forma de asilos* que mantuvieron un carácter asistencial (*Cuadro 8*).

Cuadro 8. Instituciones de internamiento psiquiátrico en México

-
- Asilo para Varones en la Cd. de México (1860)
 - Asilo para Mujeres en la Cd. de México (1860)
 - Hospital Civil en Monterrey, con una sección dedicada a enfermos mentales (1860)
 - Manicomio Estatal en Orizaba, Ver. (1898)
 - Sanatorio del Dr. Rafael Lavista en Tlalpan, Cd. México (1898)
 - Casa de la Salud de los hermanos de San Juan de Dios para Enfermos Mentales en Zapopan, Jal. (1905)
 - Hospital Psiquiátrico Leandro León Ayala en Mérida, Yuc. (1906)
 - Hospital de Nuestra Señora de Guadalupe en Cholula, Pue. (1910)
-

Hacia fines del siglo XIX y bajo el mandato del General Porfirio Díaz, quien dentro de su propuesta política promovía la modernización de la nación con especial acento en la

atención a la salud, fue proyectada la construcción de un *manicomio general* como respuesta a la relegación que durante mucho tiempo había hecho el Estado de los enfermos mentales; su objetivo primordial era *mejorar las condiciones de estancia de los afectados y brindarles atención bajo un enfoque médico*, promoviendo con ello una primera reforma de “los piadosos cuidados” brindados a esos sujetos hasta entonces y *definiendo el inicio de la psiquiatría pública*.

Fue hasta 1910, que lograría concretarse dicho proyecto con la inauguración del Manicomio “La Castañeda”, primero en su tipo en América y cuyo pabellón infantil iniciaría funciones en los años 20’s. Sin embargo, el contexto de marcada efervescencia social y política propio de la época influiría para el logro de los objetivos propuestos, desvirtuándose en gran medida las funciones de dicho nosocomio hasta caer en la *reclusión de los enfermos* y donde *las acciones terapéuticas, custodiales, de control social y de producción de conocimiento* psiquiátrico se entremezclaban permanentemente.

En este sentido, más que en relación a los diagnósticos médicos, la segregación de los internos era dada a partir de “criterios de clasificación que aludían a la división económica en ricos y pobres, a la separación entre quienes acataban las normas y los que las violaban, entre los que contribuían a su sostén económico y los que permanecían ociosos, quienes podían convivir en comunidad y quienes requerían de alguna forma de aislamiento más severa y desde luego a la separación por sexo y edad”¹⁸⁰ reflejando así, los propios estratos sociales existentes en el mundo exterior.

Ante la deficiente atención que otorgaba el Estado, algunas instituciones médicas privadas complementaron e incluso suplieron su función de *atender a los enfermos mentales* (Cuadro 9), contribuyendo a impulsar el desarrollo de la psiquiatría como una especialidad de la medicina en nuestro país. Situación que permanecería en las siguientes décadas.

¹⁸⁰ C. Sacristán, (2005). Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna. *Frenia Revista de Historia de la Psiquiatría*, V(1), p.26.

Cuadro 9. Otras instituciones de atención psiquiátrica en México

- Sanatorio Dr. Samuel Ramírez Moreno (1930)
 - Clínica San Rafael en Tlalpan, D.F. (1949)
 - Sanatorio Floresta del Dr. Alfonso Millán (1960)
-

Simultáneamente, en los años 30's, fueron introducidos en Europa para el tratamiento de los desórdenes mentales funcionales más frecuentes, *innovadores procedimientos de naturaleza bioquímica, química y física*. Con la malarioterapia o impaludización se pretendía lograr la mejoría de las psicosis en la demencia sifilítica; la insulino terapia era indicada para restablecer el apetito de pacientes deprimidos y psicóticos, además de incidir positivamente en los cuadros agudos de éstos últimos; la administración de cardiazol producía crisis epilépticas que se creía aliviaban la locura aguda y la depresión, método que sería sustituido posteriormente por el electrochoque que buscaba adicionalmente, la cura a cuadros catatónicos severos; la psicocirugía, como la lobotomía prefrontal para el tratamiento de enfermos mentales crónicos –cuadros graves irreductibles del trastorno obsesivo-compulsivo y de la depresión- sería el método en boga de ese momento. Estas técnicas prevalecieron hasta 1952, siendo sustituidas por el *uso de nuevos fármacos* –antipsicóticos ó neurolepticos-.

Dos procesos de relevante importancia para la recuperación de la salud mental eran observables en ese periodo:

- Entre 1930 y 1952 se iniciaba la *atención propiamente médica* de los desórdenes neurobiológicos y mentales en *centros asistenciales públicos y privados*; como se mencionó, su práctica estuvo primero influida por la *neuropsiquiatría europea* para posteriormente a la Segunda Guerra Mundial, hacerse notar el influjo de la *psiquiatría norteamericana*. La publicación del primer manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica de los Estados Unidos (1952), promovería que las anteriormente consideradas como enfermedades mentales fueran ahora tipificadas como *trastornos mentales* con posibilidades de clasificación y categorización para su *diagnóstico y tratamiento*.

- De 1940 a 1950 se crearon los hospitales del sector público relacionados con la *medicina institucional y de seguridad social*, que abrieron posibilidades de estudio e investigación sobre los problemas de salud mental en México y de práctica psiquiátrica en hospitales generales y centros de salud. Esta estrategia en el largo plazo tendría repercusiones importantes, debido a que muchos de los afectados por trastornos mentales pasarían de la dependencia provista directamente por el Estado, a la dependencia de los sistemas de seguridad social.

En la década de los 50's, los avances mundiales en *farmacología* estimularon en nuestro país el interés general en los desórdenes mentales y en las personas que los sufrían, siendo paralelamente un impulso poderoso para el *estudio del cerebro* como sustrato de las funciones mentales y para *el análisis de la conducta*.

Una consecuencia del acercamiento a estos conocimientos y de los avances terapéuticos fue un cambio de actitudes hacia los enfermos mentales, expresado en una mejor disposición de los médicos y de la población para la atención de sus padecimientos. Así, muchos trastornados fueron vistos con posibilidades de mejoría lo que estimuló el interés de su atención como *tarea de salud pública*, misma que fue asumida por el gobierno de la época con la inserción en los centros de salud de *programas preventivos* –vigilancia del desarrollo infantil-; de *servicios de contacto primario* –diagnóstico-; y de *referencia* a instituciones especializadas.

Entre 1960 y 1970, el gobierno de México reconoció por segunda ocasión la necesidad de *reformar la asistencia psiquiátrica* en el país; fue entonces que a través de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) se instituyó la denominada Operación Castañeda, movimiento orientado a *modernizar y desconcentrar la atención especializada de los enfermos mentales*, siendo iniciada con la clausura del viejo nosocomio mental “La Castañeda” en razón de hallarse superpoblado, estructuralmente deteriorado y con personal incapacitado técnicamente para brindar la atención requerida por los numerosos pacientes reclusos.

En sustitución y para albergar a todos esos enfermos, fueron creados tres *hospitales psiquiátricos* en el Distrito Federal –Fray Bernardino Alvarez, Samuel Ramírez Moreno y

Juan N. Navarro-, que acogerían a los casos severos y con pocas posibilidades de curación. Los pacientes menos crónicos, con *aptitudes para el trabajo* y considerados como sujetos con posibilidades de *rehabilitación* serían enviados a *hospitales-granja* en el interior del país –Sonora, Oaxaca, Tabasco, Hidalgo y Estado de México-, en los que la *terapéutica laboral* implementada, por un lado *favorecería el mantenimiento de algunas habilidades* de los internados y por otro, *contribuiría a reducir la carga económica* que ellos implicaban para el Estado.¹⁸¹ Sin embargo, estas instituciones padecerían del centralismo institucional y con ello de la escasez de recursos profesionales y económicos para la subsistencia de sus programas y actividades, colocando al Estado de nueva cuenta en una crisis de legitimidad.

A partir de los años 70's cobró fuerza una nueva corriente que enfatizaba el estudio de los *problemas de los enfermos mentales en su contexto social*. Como resultado de ello, la mirada de los trastornos mentales fue dirigida hacia fuera del individuo, extendiendo el foco de la atención a la familia, los grupos y la sociedad. Dicha visión aunada a la posibilidad de *rehabilitación* de los afectados, sentaba la pauta para pensar en su *reincorporación* social y su devolución a la comunidad.

Una nueva filosofía se expresó en la Asamblea Mundial de la Salud en 1974, cuando la mayoría de los países reconocieron la necesidad de prestar más *atención a los aspectos psicológicos y sociales de la salud, en vista del elevado costo social* de su descuido, lo que llevó al Estado a replantear nuevamente el abordaje de los problemas de salud mental. En consecuencia, para 1978 se establecieron *servicios de psiquiatría* en cinco hospitales generales de la SSA que proporcionaban atención en consulta externa y que contaban con área de hospitalización. Esta estrategia tenía como base la atención *en la comunidad*, con lo que se promovía la *reincorporación social* de los afectados y la *disminución del gasto público* que su atención continuaba implicando, razón por la cual estaba destinada a ampliarse al paso del tiempo.

¹⁸¹ “Así, la definición de la locura a partir de la productividad y de la peligrosidad del loco apunta a razones con más raíces sociales que médicas”. *Ibíd.*, p.29.

Al inicio de la década de los 80's y con la elevación a rango constitucional del derecho a la protección a la salud y la emisión de la Ley General de Salud, el gobierno emprendió la reorganización de todos los servicios de salud en el país, sin dejar fuera a aquellos referentes a la salud mental: se *extendió la red de hospitales psiquiátricos públicos*, algunos de ellos modernos en cuanto a su orientación, mientras otros conservaron características de asilo; se *mantuvieron los servicios de psiquiatría –consulta externa y hospitalización-* en los hospitales generales antes designados y se abrió el servicio de consulta externa en otros 20 nosocomios de este tipo.

Todas esas acciones institucionales, legislativas y sociales hicieron que el *diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y reincorporación social* de los individuos que padecen trastornos mentales, se constituyeran en la *guía básica de los modelos de atención a la salud mental* y éstos en motivo de políticas públicas. Fue hasta la creación y puesta en marcha de las funciones del Instituto Mexicano de Psiquiatría –hoy Instituto Nacional de Psiquiatría-, que la *investigación científica* y la *formación de recursos humanos especializados* se incorporaron como actividades institucionales.

En los años 90's, los intentos de normalización de la legislación en materia de atención médico-psiquiátrica, la dotación de importantes recursos al sector y la creación de nuevas instituciones gubernamentales, caracterizaron el panorama en que se desenvolvía la salud mental, no obstante, *los modelos de atención antes establecidos permanecían inalterables*.

Hacia el año 2000, una serie de fenómenos contextuales iniciados en el pasado empezaron a manifestar su impacto en la salud mental de la población, trastocando las ya instituidas labores del Estado en este rubro:

- La *recesión financiera de los años 80's* con sus secuelas de largo plazo invadió todos los ámbitos de la vida del país, acarreado consigo un gran deterioro de los hospitales psiquiátricos públicos y de las funciones que ellos realizaban. A esta situación se aunaba un incremento en la demanda de servicios de este tipo, derivada tanto del impacto que la economía deprimida tenía en la población,

como de los efectos propios de la transformación demográfica en fase de aceleración. Lo anterior provocó una importante *disminución en la capacidad de respuesta institucional*, condición que incluso alcanzaría a las actividades realizadas por organismos no gubernamentales.

- Los *cambios en el perfil epidemiológico de la nación* –que también empezaban a ejercer una fuerte presión sobre los sistemas de salud-, hicieron visibles diversos *agentes promotores de padecimientos mentales*, algunos de ellos estrechamente asociados con el comportamiento: uso y abuso de tabaco, alcohol, y drogas –relacionados a *conductas adictivas-*; lesiones y enfermedades de transmisión sexual –precedidas por *conductas de riesgo-*; amén de algunas *enfermedades no transmisibles* como hipertensión, diabetes y padecimientos cardiovasculares –resultantes de *conductas negligentes-*.
- Las constantes *transformaciones económicas, tecnológicas, sociales y culturales* producto de tendencias globalizadoras eran evidentes en todas las esferas de la vida nacional, sin embargo sus efectos indirectos no fueron reconocidos como *potenciales factores detonantes del deterioro mental* de los individuos.

Ante un panorama de esta naturaleza y en congruencia con los planteamientos de la Organización Mundial de la Salud en el sentido de *fortalecer los sistemas nacionales de salud y aminorar el impacto derivado de los trastornos mentales*, el Estado reconoció la urgente necesidad de reformar sustancialmente –por tercera ocasión- la atención psiquiátrica en nuestro país, por lo que a partir del año 2001 implementaría una serie de medidas dirigidas básicamente a la *reestructuración institucional y de los servicios psiquiátricos* prestados.

La estrategia fundamental de esta reforma fue la introducción de un aparentemente *nuevo modelo de atención* denominado Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental; que congregaría el quehacer psiquiátrico de todas las instituciones del sector; que funcionaría supeditado a un *esquema de atención comunitaria* y que concentraría bajo una *visión integral los servicios* de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y reintegración social. No obstante, estas acciones se presumían insuficientes ante el horizonte que se avecinaba, en razón de lo cual, se incorporarían las estrategias de *promoción de la salud mental, de prevención y de diagnóstico temprano de los trastornos mentales*. La prevención sería asumida como la acción nacional prioritaria en

salud mental, liderada por el sector salud con un enfoque médico, pese a la aceptación y subestimación de la existencia de otras influencias del contexto fuera de ese campo.

Sin embargo, este ambicioso proyecto parecía tener pocas posibilidades de concretarse en el corto plazo al tenor de los precarios presupuestos que podrían ser destinados para tal propósito; de la limitada red de instituciones estatales prestadoras de servicios de atención psiquiátrica que podrían ser integradas; de la insuficiencia de legislación y políticas claras en materia de salud mental que orientaran sus funciones y de un enfoque quizá por demás gastado.

Tal como se preveía y a casi diez años de su propuesta, esta macroestrategia no ha logrado consolidarse en la realidad nacional, pese a lo cual continúa siendo la directriz orientadora del Estado para la atención psiquiátrica. Incorporada en ella, *la prevención como objetivo primordial para la conservación de la salud mental*, continúa en espera de ser concretada en el ámbito institucional y relegada de toda política de salud pública.



Con esta somera revisión histórica es posible observar en cada etapa: las *motivaciones* latentes –primero morales y después económicas- que intervinieron para la construcción del concepto de locura/trastornos mentales; la *influencia* de los roles jugados por los diferentes sectores públicos y sociales involucrados; la problemática subyacente a cada una de las estrategias implementadas que sentaron la pauta en la edificación del *paradigma para la atención en salud mental* –promoción hasta reincorporación social- y la *injerencia de diversos factores del contexto* en los resultados obtenidos.

La *orientación de la atención* a los padecimientos mentales ha transitado del interés sobre el individuo aislado hacia la comunidad; de un enfoque de atención inicialmente asistencial y asilar hacia el abordaje institucional y comunitario; de los piadosos

cuidados religiosos al tratamiento médico psiquiátrico, insistiéndose en los últimos años en la prevención de dichos trastornos.

Estas acciones han pasado de formas simples y fragmentadas a otras más complejas, inscritas en “innovadores” *modelos de atención*, diseñados bajo una visión integradora de la salud. En consecuencia se ha vuelto ineludible prestar los *servicios de atención a la salud mental* por medio de la red de servicios de salud general –desde el nivel primario de atención- y en donde sea garantizada, no sólo la atención a los padecimientos mentales, sino también la implementación de programas de prevención y promoción en salud mental respaldados por la participación activa de la comunidad, pero dirigidos unilateralmente desde el sector salud.

Sin embargo, esos “nuevos modelos” se han sustentado tradicionalmente sobre el tratamiento, la rehabilitación y la reintegración social de base comunitaria, dando origen a versiones casi idénticas de modelos previos. Asunto paradójico ya que las diversas reformas psiquiátricas han obedecido precisamente a la incapacidad de antiguos esquemas para dar respuesta a las problemáticas detectadas en cada época. De persistir en esta lógica y de implementarse efectivamente el Modelo Hidalgo de Atención a la Salud Mental –que no difiere en lo sustancial de anteriores- podrían augurarse resultados similares.

Aunque estos cambios parecieron reconocer la necesidad de condiciones distintas para una efectiva reincorporación en la sociedad de los afectados por un trastorno mental, no se vislumbran aún indicios de una mayor conciencia sobre la naturaleza plural de este tipo de padecimientos y por consiguiente la presencia de acciones concretas y viables dirigidas a evitarlos.

Históricamente, las acciones para mantener y recuperar la salud mental se han centrado en un sólo punto: *la reestructuración de las instituciones*, a través de múltiples modificaciones organizacionales de vanguardia, invariablemente bajo el mismo enfoque que ha ignorado la experiencia del fracaso previo.

Para promover una mayor comprensión de la dinámica de estos tópicos y de la historia social y cultural de la salud mental habría que profundizar en dos premisas sobre las que se sostienen, tal y como lo propone Cristina Sacristán:

“En primer término, la idea de que la locura no puede ser comprendida fuera del orden social y cultural que la nombra. En tanto expresa valores y conductas rechazados por la sociedad, el acercamiento a la locura como desorden biológico resulta insuficiente. En segundo lugar, la convicción de que la medicina y posteriormente la psiquiatría, como generadora de un conocimiento, se encuentra sujeta a la propia dinámica interna de la ciencia pero también a los condicionamientos económicos, políticos, religiosos o jurídicos en los que se ve inmersa”.¹⁸²

3.1.2 La evolución de las instituciones de atención a la salud mental. Sinopsis

El Estado Mexicano tiene como objetivo primordial promover el bienestar nacional y satisfacer los intereses de la colectividad, con fundamento en los derechos y obligaciones de gobernantes y gobernados dictados por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y a través de su gestión legislativa, administrativa y judicial ejercida desde diversas instituciones.

Las instituciones, entendidas como las estructuras u organismos funcionales con que cuenta el Estado para el cumplimiento de sus propósitos, han sido paralelamente parte y origen de la historia nacional y en consecuencia, motivo de constante transformación; las responsables de la atención a la salud y en específico a la salud mental, no han quedado exentas de ello.

Dado lo anterior, es posible mencionar algunas de las transiciones más determinantes para la conformación del sistema de atención en salud mental vigente para México:

¹⁸² *Ibid.*, p.24.

- Creación de la *Secretaría de Salubridad y Asistencia* (SSA), bajo la fusión del Departamento de Salubridad y la Secretaría de Asistencia (1943).
- Creación del *Departamento de Neuropsiquiatría e Higiene Mental* dentro de la estructura orgánica de la SSA con funciones de planeación, organización y coordinación operativa de las actividades de salud mental (1947).
- Creación del *Departamento de Salud Mental* en el Hospital Infantil de México de la SSA (1952).
- Establecimiento del primer programa institucional para la atención de personas con padecimientos mentales y para la promoción de la salud mental (1947-1951) coordinado por el *Departamento de Neuropsiquiatría e Higiene Mental* de la SSA y cuyas líneas estratégicas fueron: ampliación de servicios, formación de recursos humanos en el campo de la salud mental, investigación y reglamentación de la atención a enfermos en establecimientos especializados.
- Coordinación por parte de la *Dirección de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación* –antes Departamento de Neuropsiquiatría e Higiene Mental de la SSA- de actividades programáticas orientadas al establecimiento de módulos de higiene mental en algunos centros de salud, así como la ampliación de servicios hospitalarios especializados en algunos estados (1959).
- Creación del Centro Médico Nacional del IMSS (1964) con *servicio de hospitalización en Psiquiatría*, el cual desapareció en 1971.
- Reestructuración de la unidad central coordinadora de servicios en psiquiatría –antes área de salud mental- de la Dirección de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación con la posterior creación de la *Dirección de Salud Mental* que fue la encargada de coordinar el plan “Operación Castañeda” (1964-1970) y de poner en marcha el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” (1965), el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Alvarez” y el Hospital Psiquiátrico Campestre “Dr. Samuel Ramírez Moreno” (1967). La Dirección de Salud Mental se mantuvo entre 1970 y 1976 asumiendo funciones de planeación y programación, así como de operación de servicios, dependiendo de ella 11 unidades hospitalarias especializadas y algunos módulos de salud mental integrados a centros de salud.
- Instauración a través del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) del *Instituto Nacional de Salud Mental*, dando prioridad a la atención de la consulta externa de niños y adolescentes (1970) actualmente denominado *Centro Integral de Salud Mental* dependiente de la Secretaría de Salud (CISAME).
- Conformación del *Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia* (CEMEF) dependiente de la SSA y cuyas actividades se dirigían al estudio del uso y abuso de sustancias adictivas (1972).

- Creación de la *Dirección General de Salud Mental* (DGSM, 1976) –antes Dirección de Salud Mental– que desarrollaba funciones operativas y de programación en la materia, abocándose a la ampliación de servicios especializados, a la formación de recursos humanos y a la investigación en psiquiatría y salud mental, abriendo su cobertura al problema de la farmacodependencia y adicionando a esa unidad estructural de la secretaría al CEMEF.
- Modificación de la razón social del Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF, 1978) por el de *Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental* (CEMESAM), absorbiendo sus funciones e incorporando actividades de investigación en el tema de las adicciones y la salud mental. Fue el CEMESAM el que dio origen al *Instituto Mexicano de Psiquiatría* (1979) el cual derivaría en el *Instituto Nacional de Psiquiatría* en vigor al día de hoy y cuyos objetivos primordiales han sido la investigación científica, la formación y adiestramiento de profesionales y el estudio integral de enfermos psiquiátricos.
- En el periodo comprendido entre 1982-1988 se dan modificaciones sustanciales a la legislación, estructura y funcionamiento de la SSA: se cambia la denominación de esta institución por la de *Secretaría de Salud* (SSA) desincorporando con ello el enfoque asistencial, se deroga el Código Sanitario y se expide la *Ley General de Salud*; los servicios de psiquiatría y salud mental que dependían operativamente de la DGSM se transfieren a las autoridades estatales de salud manteniendo únicamente su función normativa; se establece la *Dirección de Normas de Salud Mental, Rehabilitación y Asistencia Social* dependiente de la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud hasta 1997. Se crea en 1986 el *Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC)* cuya función era promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado encaminadas a prevenir y combatir los problemas de salud pública causados por las adicciones.
- Bajo el mismo esquema de organización, durante el periodo 1988-1994 se asignan recursos del nivel central para remodelar y equipar parcialmente hospitales públicos especializados y se crean dos nuevos servicios hospitalarios. Adicionalmente, se crea la *Comisión para el Bienestar del Enfermo Mental* por iniciativa de la Secretaría de Salud. En 1994 se elabora la Norma Oficial Mexicana <NOM-025-SSA2-1994> para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.
- Durante la administración 1995-2000 se destaca lo siguiente: se crea en 1997 el Órgano Desconcentrado por Función denominado *Coordinación de Salud Mental (CORSAME)* encargado de la formulación de programas, supervisión y evaluación de servicios especializados en la materia y de la coordinación administrativa y

operativa de tres hospitales especializados –Fray Bernardino Alvarez, Dr. Juan N. Navarro y Samuel Ramírez Moreno- y de tres centros comunitarios de salud mental en el D.F. –Iztapalapa, Zacatenco, Cuauhtémoc- , así como del Centro Integral de Salud Mental (CISAME).

- En el año 2000 la Coordinación de Salud Mental (CORSAME) sufre un proceso de reestructuración, manteniéndose como un órgano desconcentrado y siendo denominado *Coordinación de Servicios de Salud Mental (SERSAME)*, a la que es cedida también la filiación de los hospitales y centros comunitarios mencionados.

- Se reestructura el *Consejo Nacional contra las Adicciones (2000)* y se dispone sea la instancia máxima de decisión para aprobar las políticas y coordinar las acciones del Programa Nacional contra las Adicciones.

- En el 2001, la *Coordinación de Servicios de Salud Mental (SERSAME)* se adscribe al *Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC)*, buscando unificar el quehacer de los servicios de salud mental y los propios del consejo para las adicciones, manteniendo sus particulares funciones.

- El 19 de enero del 2004 es creado el *Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental (CONSAME)* y adscrito a la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud, a fin de *impulsar la reforma psiquiátrica a través del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental* y correspondiéndole el diseño de programas específicos e implementación de acciones para la *prevención*, la promoción y la rehabilitación en el campo de la salud mental, mediante la creación de nuevas estructuras de primer nivel de atención, hospitalización breve y reintegración social.

- En esa misma fecha se da a conocer la estructura del Organismo Administrativo Desconcentrado llamado *Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP)* sustituyendo a los SERSAME y adscribiéndose a la Subsecretaría de Innovación y Calidad de la SSA y cuya labor sería proporcionar servicios de atención médica especializada de alto nivel, para la *prevención*, tratamiento y rehabilitación de personas con trastornos mentales y del comportamiento.

La transformación de la atención a la salud mental ha franqueado cuantiosas modificaciones funcionales y estructurales, pretendiendo responder tanto a la intención del Estado por hacer más efectivas sus acciones, como al enfoque que de salud mental y sus trastornos resulte predominante en la época, derivando ambos factores en modelos de atención propios a cada contexto.

A distancia sin embargo, los diferentes cambios institucionales testimoniaron variados intentos porque la salud mental encontrara apoyo sustantivo dentro de la estructura organizacional aspirando simultáneamente a escindirse de áreas ajenas a su propia vocación, empero, dinámica siempre enmarcada dentro del ámbito del sector salud.

Estas transformaciones estuvieron detonadas más por la insuficiencia institucional, que por las propias necesidades de evolución del enfoque de salud mental, es decir, un enfoque que se dirigiera realmente a mirar hacia la *salud pública* desde diferentes puntos, niveles, espacios –instituciones, sociedad, individuos, grupos, población, público, privado...-, que superara a las estructuras e infraestructuras y más allá, a los arquetipos¹⁸³ sobre los que se ha colocado a la salud mental, que han funcionado a lo largo de los años para diferentes intereses y motivaciones apartados del propio objeto.

3.2 MARCO JURIDICO E INSTITUCIONAL VIGENTE EN MATERIA DE SALUD MENTAL EN MEXICO

Resulta imprescindible en el quehacer del Estado contar con un Marco Jurídico de referencia que legitime cada una de sus acciones, entendiéndose éste como el conjunto de disposiciones, leyes, reglamentos y acuerdos a los cuales habrá de adherirse el Estado en el ejercicio de sus funciones.

Una mayor comprensión sobre el principio y fin de las políticas públicas en materia de salud y específicamente en salud mental, demanda de un acercamiento al Marco Jurídico del que se derivan, así como a las estructuras institucionales encargadas de su implementación. Es precisamente en estas aproximaciones, que parecieran tan distantes de la psicología, que puede vislumbrarse la ineludible necesidad –y también la posibilidad- de definir su postura y ejercer su derecho de participación activa en el campo de la salud pública.

¹⁸³ Entendidos como modelos paradigmáticos.

3.2.1 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Al independizarse México de la dominación de la Corona Española y constituirse como una república federal, resultó imprescindible edificar un sistema jurídico que descartara todo tipo de legislación extranjera y a partir del cual se adquiriera una absoluta soberanía y autodeterminación del pueblo mexicano.

Así nacería la primera *Constitución Federal de los Estados Unidos Mexicanos* (5 de febrero de 1857) documento característicamente liberal en el que quedaron garantizadas las *libertades básicas civiles de los mexicanos* y que permanecería vigente sin modificaciones hasta 1917.

Fue el movimiento revolucionario presente entre los años de 1911 a 1920 y sus intentos por transformar el sistema político y social creado por el dictador Porfirio Díaz, el que determinó la necesidad de transformar el contenido de la Carta Magna y consiguientemente reorganizar el país, lo que ocurrió durante el gobierno del Presidente Venustiano Carranza quien con el Congreso Constituyente, reformaron la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* (5 de febrero 1917); en su marcado contenido social se vieron incorporados los ideales revolucionarios y quedaron reconocidos los *derechos sociales de los mexicanos*, lo que la convertiría en la primera de la historia en establecer plenamente las garantías individuales y sociales de los ciudadanos.

Entre esos derechos sociales básicos e inalienables se encuentran los de educación y salud, contenidos en esta Ley Suprema en sus artículos 3º y 4º respectivamente. Cabe señalar que durante el periodo de gobierno 2001-2006 –materia del presente trabajo-, el desarrollo nacional fue fundamentado en el desarrollo del capital social y humano, en razón de lo cual la consecución de estos derechos se constituiría en prioridad nacional, desencadenando acciones específicas y vinculadas continuamente para alcanzar tal objetivo.

El Artículo 3º dicta que *Todo individuo tiene derecho a recibir educación*, siendo responsabilidad del Estado impartirla en los niveles de preescolar, primaria y secundaria

para integrar la educación básica obligatoria y cuyo criterio orientador estará basado en los resultados del progreso científico. Esta educación *tenderá a desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano* y deberá contribuir a mejorar la convivencia y el aprecio de la dignidad personal, así como la integridad de la familia.

El Artículo 4º a lo largo de su historia ha sido constantemente transformado, alcanzando un total de nueve reformas entre 1917 y 2009, entre las cuales se encuentra la *institución del derecho a la protección de la salud* promulgada el 3 de febrero de 1983 (3ª reforma). Es este artículo el que determina que *Toda persona tiene derecho a la protección de la salud*, estableciendo asimismo que 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 disponga la fracción XVI del artículo 73 de esta constitución, en la que se faculta al congreso para dictar leyes en materia de salubridad general.

3.2.2 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal

La *Ley Orgánica de la Administración Pública Federal* sienta las bases de organización de la misma y establece la responsabilidad de cada Secretaría de Estado para la formulación de los proyectos de leyes, reglamentos, decretos y acuerdos en asuntos de su competencia (Arts. 1º y 12º). Define también, que las *políticas que para el logro de los objetivos y prioridades de la planeación nacional del desarrollo* establezca el Ejecutivo Federal, serán la base para la conducción de las actividades de las dependencias y entidades de la Administración Pública Centralizada y Paraestatal (Art. 9º).

De esta ley emana la facultad de la *Secretaría de Salud de establecer y conducir la política nacional* en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general; planear, normar, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud; vigilar el cumplimiento de la *Ley General de Salud* y sus reglamentos, de actuar como autoridad sanitaria y de ejercer sus facultades en materia de salubridad general (Art. 39).

3.2.3 Ley General de Salud

La *Ley General de Salud* decretada en 1984 surge consecuentemente a la instauración del Derecho a la Protección de la Salud, abrogándose el Código Sanitario de los Estados Unidos Mexicanos de 1973, máxima norma jurídica en salud vigente hasta ese momento. En su corta existencia ha sufrido diversas enmiendas y reformas convirtiéndose en una de las legislaciones mexicanas que más modificaciones ha registrado; la exploración de esta ley se efectúa a partir del texto vigente al 31 de mayo de 2009, publicado en el Diario Oficial de la Federación.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, el concepto de salud hace referencia a “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”,¹⁸⁴ en virtud de ello, al hablar de salud habría de considerarse inherentemente a la salud mental y serle a ésta igualmente aplicable cualquier trato concedido a la salud física. Con base en lo anterior, sería esperable que desde el marco jurídico que la norma se realizara un abordaje del tema bajo dicha visión, sin embargo es claramente acotada en la Ley General de Salud a un sólo capítulo (Cap. VII).

El análisis a continuación se realizará bajo una perspectiva más amplia, aún cuando ésta pueda resultar somera y arbitraria en razón de que la propia estructura de este instrumento legal sugiere tratos distintos a una pretendida “visión integral de salud” compuesta por dos dimensiones, cuyo peso por demás desequilibrado, nuevamente coloca a la salud mental en franca desventaja frente a la especificidad y profundidad otorgada a la salud física.

Lo anterior no impide sin embargo, rastrear los esfuerzos de la salud mental por infiltrarse a lo largo de las disposiciones de éste y otros instrumentos jurídicos y tratar de dimensionar las posibilidades de acción y las responsabilidades que competen no

¹⁸⁴ Organización Mundial de la Salud. (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. *Documentos básicos, suplemento de la 45a edición*, octubre de 2006.

sólo a las instituciones gubernamentales, sino también a todos aquellos sectores sociales involucrados en la preservación de la salud.

La Ley General de Salud *reglamenta el Derecho a la Protección de la Salud* que tiene todo mexicano en los términos del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En ella quedan establecidas las bases y modalidades para el *acceso a los servicios de salud*; la competencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general (Art.1) y define como autoridades sanitarias al Presidente de la República, al Consejo de Salubridad General, a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de los estados, incluyendo al del Departamento del Distrito Federal (Art. 4).

El *Derecho a la Protección de la Salud* persigue las siguientes finalidades (Art. 2):

- El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.
- La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana.
- 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.
- La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud.
- El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.
- El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud.
- El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.

Con el objeto de dar cumplimiento de forma efectiva a dicho derecho ha sido conformado el *Sistema Nacional de Salud*, que se encuentra integrado por dependencias y entidades de la Administración Pública federal y local, *personas físicas*

o morales de los sectores social y privado y todos aquellos quienes presten servicios de salud (Art. 5); cuyos objetivos se encuentran descritos en el Art. 6.

La *coordinación del Sistema Nacional de Salud* está a cargo de la Secretaría de Salud, teniendo entre sus responsabilidades el establecer, conducir y proponer la política, legislación y normatividad nacional en materia de salud; coordinar y evaluar los programas de servicios de salud; promover y apoyar las acciones en materia de salubridad general a cargo de los gobiernos estatales con sujeción a las políticas nacionales en la materia; impulsar las actividades científicas y tecnológicas en el campo de la salud; apoyar la coordinación intersectorial primordialmente entre las instituciones de salud y las educativas; promover e impulsar la participación de la comunidad en el cuidado de su salud (Art. 7).

Como un órgano dependiente directamente del Presidente de la República se encuentra el *Consejo de Salubridad General* (Art. 15), al que compete entre otras atribuciones: dictar medidas contra el alcoholismo, venta y producción de sustancias tóxicas; *generar las listas de enfermedades transmisibles prioritarias y no transmisibles más frecuentes*; opinar sobre programas y proyectos de investigación científica y de formación de recursos humanos para la salud; rendir opiniones y formular sugerencias al Ejecutivo Federal tendientes al mejoramiento de la eficiencia del Sistema Nacional de Salud y al mejor cumplimiento del programa sectorial de salud; analizar las disposiciones legales en materia de salud y *formular propuestas de reformas o adiciones a las mismas* (Art. 17).

Se entiende por *Servicios de Salud* todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a *proteger, promover y restaurar la salud* de la persona y de la colectividad (Art. 23). Estos servicios se clasifican en tres tipos: los de atención médica, los de salud pública y aquellos relativos a la asistencia social (Art. 24); son considerados como servicios básicos: la educación para la salud; la prevención y el control de las enfermedades transmisibles de atención prioritaria, de las

no transmisibles más frecuentes y de los accidentes; *la salud mental* y la atención médica integral (Art. 27).

Los servicios de salud, atendiendo a los prestadores de los mismos, se clasifican en servicios públicos a la población en general; servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social; servicios sociales y privados; y otros que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria (Art. 34).

Toda persona que requiera y obtenga los servicios de salud prestados por los sectores público, social y privado es considerada un *usuario de dichos servicios* (Art. 50) quien tiene derecho a obtener prestaciones de salud oportunas de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable (Art. 51).

A fin de promover e impulsar la *participación de la comunidad* en el cuidado de su salud, queda señalado que ésta podrá participar en los servicios de salud de los sectores público, social y privado: a través de la *promoción de hábitos de conducta* que contribuyan a proteger la salud o a solucionar problemas de salud; con su intervención en programas de promoción y mejoramiento de la salud y de prevención de enfermedades y accidentes; con la formulación de sugerencias para mejorar los servicios de salud (Art. 58).

En los términos de esta Ley, además de la organización, control y vigilancia de la *prestación de servicios* de salud públicos, sociales y privados y de la coordinación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud otorgados a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social, es *materia de salubridad general* (Art. 3):

1. La protección social en salud.
2. La asistencia social.
3. La información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud en el país.
4. La coordinación de la investigación para la salud.
5. La promoción de la formación de recursos humanos para la salud.
6. La promoción y educación para la salud.
7. La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables.

8. La prevención y el control de enfermedades transmisibles, no transmisibles y accidentes, así como de la invalidez y la rehabilitación de los inválidos.
9. La salud mental.
10. Los programas contra el alcoholismo, tabaquismo y farmacodependencia.

1. *La protección social en salud*

Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud, mecanismo por el cual el Estado *garantizará el acceso* efectivo, oportuno, de calidad, *sin desembolso* al momento de utilización y *sin discriminación* a los servicios médicos, quirúrgicos, farmacéuticos y hospitalarios que satisfagan de manera integral las necesidades de salud, mediante la combinación de intervenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y de rehabilitación, seleccionadas en forma prioritaria según criterios de seguridad, eficacia, costo, efectividad, adherencia a normas éticas profesionales y aceptabilidad social. (Art. 77 bis 1).

2. *La asistencia social*

Se entiende por *asistencia social* el conjunto de acciones tendentes a *modificar y mejorar las circunstancias de carácter social* que impidan al individuo su 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 (Art. 167). Dentro de sus actividades se encuentra la atención a personas que *por sus carencias socio-económicas o por problemas de invalidez*, se vean impedidas para satisfacer sus requerimientos básicos de subsistencia y desarrollo (Art. 168).

Se entiende por *invalidez* la limitación en la capacidad de una persona para realizar por sí misma actividades necesarias para su desempeño físico, mental, social, ocupacional y económico como consecuencia de una insuficiencia somática, psicológica o social (Art. 173) y su atención comprende: la identificación temprana y la atención oportuna de procesos físicos, mentales y sociales que puedan causar invalidez; la orientación educativa en materia de rehabilitación; la investigación de las causas de la invalidez y

de los factores que la condicionan (Art. 174), además de la promoción del bienestar del senescente y el desarrollo de acciones de preparación para la senectud (Art. 168).

3. La información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud en el país

A fin de conocer el estado y evolución de la salud pública y garantizar que los procesos del Sistema Nacional de Salud sean congruentes a ella, la Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, captarán, producirán y procesarán la información necesaria y referente –entre otros indicadores- *a la morbilidad e invalidez; factores demográficos, económicos, sociales y ambientales vinculados a la salud;* recursos físicos, humanos y financieros disponibles para la protección de la salud de la población (Art. 104).

4. La coordinación de la investigación para la salud

En el ámbito de la investigación para la salud, quedarán comprendidas las acciones que contribuyan: al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos, así como de los *vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y a la estructura social.* La investigación también habrá de dirigirse a: *la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población y al estudio de técnicas y métodos que se recomienden o empleen para la prestación de servicios de salud* (Art. 96).

5. La promoción de la formación de recursos humanos para la salud

Las autoridades educativas, en coordinación con las autoridades sanitarias y con la participación de las instituciones de educación superior, recomendarán normas y criterios para la formación de recursos humanos para la salud (Art. 89) en atención a las necesidades del país en materia de salud.

6. La promoción y educación para la salud

La *promoción de la salud* tiene por objeto crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes,

valores y conductas adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva (Art. 110).

La *educación para la salud* tiene por objeto fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan *participar en la prevención de enfermedades* individuales, colectivas y accidentes y protegerse de los riesgos que pongan en peligro su salud; informarle sobre las causas de las enfermedades; así como capacitarla en: materia de salud mental, prevención de la farmacodependencia, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez y detección oportuna de enfermedades, entre otros aspectos (Art. 112).

7. *La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables*

El Art. 32 establece por *atención médica* al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud y define sus actividades como (Art. 33):

- *Preventivas*, que incluyen las de promoción general y las de protección específica.
- *Curativas*, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno.
- *De rehabilitación*, que incluyen acciones tendentes a corregir las invalideces físicas o mentales.
- *Paliativas*, que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida del paciente, a *través de la prevención*, tratamiento y control del dolor y otros síntomas físicos y emocionales por parte de un equipo profesional multidisciplinario.

8. *La prevención y el control de enfermedades transmisibles, no transmisibles y accidentes, así como de la invalidez y la rehabilitación de los inválidos*

Corresponde a la Secretaría de Salud en materia de prevención y control de enfermedades y accidentes: dictar las normas oficiales mexicanas; establecer y operar el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica; realizar los programas y actividades

que estime necesarios para tal fin y promover la colaboración de las instituciones de los sectores público, social y privado, así como la de los profesionales, técnicos y auxiliares para la salud y de la población en general, para el óptimo desarrollo de los programas y actividades relacionados (Art. 133).

9. *La salud mental*

En el Título Tercero de esta Ley –*Prestación de los Servicios de Salud*-, el Capítulo VII es completamente dedicado al tema de Salud Mental, quedando definidos en éste los siguientes mandatos:

Art. 72 *La prevención de las enfermedades mentales tiene carácter prioritario.* 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 mental.

Art. 73 Para la *promoción de la salud mental*, la Secretaría de Salud, las instituciones de salud y los gobiernos de las entidades federativas, en coordinación con las autoridades competentes en cada materia, fomentarán y apoyarán:

- El desarrollo de actividades educativas, socioculturales y recreativas que contribuyan a la salud mental, preferentemente de la infancia y de la juventud.
- La difusión de las orientaciones para la promoción de la salud mental.
- La realización de programas para la prevención del uso de sustancias psicotrópicas, estupefacientes, inhalantes y otras sustancias que puedan causar alteraciones mentales o dependencia.
- Las demás acciones que directa o indirectamente contribuyan al fomento de la salud mental de la población.

Art. 74 *La atención de las enfermedades mentales* comprende:

- La atención de personas con padecimientos mentales, la rehabilitación psiquiátrica de enfermos mentales crónicos, deficientes mentales, alcohólicos y personas que usen habitualmente estupefacientes o sustancias psicotrópicas.

•La organización, operación y supervisión de instituciones dedicadas al estudio, tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales.

Art. 75 El *internamiento de personas con padecimientos mentales* en establecimientos destinados a tal efecto, se ajustará a principios éticos y sociales, además de los requisitos científicos y legales que determine la Secretaría de Salud y establezcan las disposiciones jurídicas aplicables.

Art. 76 La *Secretaría de Salud establecerá las normas oficiales mexicanas* para que se preste atención a los enfermos mentales que se encuentran en reclusorios o en otras instituciones no especializadas en salud mental.

Art. 77 Los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad de menores, los responsables de su guarda, las autoridades educativas y cualquier persona que esté en contacto con los mismos, *procurarán la atención inmediata de los menores* que presenten alteraciones de conducta que permitan suponer la existencia de enfermedades mentales. A tal efecto, podrán obtener orientación y asesoramiento en las instituciones públicas dedicadas a la atención de enfermos mentales.

Las autoridades sanitarias, educativas y laborales, en sus respectivos ámbitos de competencia, apoyarán y fomentarán las actividades recreativas, de esparcimiento y culturales destinadas a fortalecer el núcleo familiar y promover la salud física y mental de sus integrantes y la vigilancia de actividades ocupacionales que puedan poner en peligro la salud física y mental de los menores y de las mujeres embarazadas (Art. 65).

10. *Los programas contra el alcoholismo, tabaquismo y farmacodependencia*

En materia de adicciones, esta Ley contempla la creación del Consejo Nacional Contra las Adicciones que tendrá por objeto promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado tendentes a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por las adicciones (Art. 184); para ello, define la ejecución de programas contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas (Cap. II), así como el respectivo para farmacodependencia (Cap. III) y en los que habrán de considerarse

acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación, además de la educación sobre los efectos del uso de sustancias.

3.2.4 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud

El Reglamento Interior de la Secretaría de Salud publicado el 15 de septiembre del año 2000, disponía que la atención a la salud mental fuera atribución del órgano desconcentrado denominado *Servicios de Salud Mental* (Art. 2). Entre las responsabilidades otorgadas a este órgano (Art. 36) se encontraban: *formular y ejecutar el Programa de Salud Mental* y en el marco del Sistema Nacional de Salud, coordinar las acciones de los hospitales psiquiátricos encomendados y de los Centros Comunitarios de Salud Mental en el Distrito Federal (Art. 4):

- a. Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez
- b. Hospital Psiquiátrico Dr. Juan N. Navarro
- c. Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno
- d. Centro Comunitario de Salud Mental Cuauhtémoc
- e. Centro Comunitario de Salud Mental Iztapalapa
- f. Centro Comunitario de Salud Mental Zacatenco

Durante la administración 2001-2006 y prosiguiendo con el proceso de descentralización de los servicios de salud iniciado en 1983, importantes modificaciones ocurrirían en el modelo operativo de la Secretaría de Salud, numerosas de ellas vinculadas a la reorganización de los servicios de salud mental prestados por esa institución. Esta situación posteriormente ejercería amplia influencia en el diseño e implementación del *Programa de Acción en Salud Mental*, que habría de ser el instrumento a partir del cual el Estado dirigiera sus acciones en la materia y cuyas líneas básicas serían continuadas en el programa respectivo al periodo de gobierno 2007-2012.

Con el propósito de contar con una estructura organizacional que coadyuvara al logro de los objetivos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo y por acuerdo emitido el

15 de agosto de 2001, los *Servicios de Salud Mental* fueron adscritos al Comisionado del Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), como un órgano desconcentrado con las mismas facultades (Art. 2). En adición a la *elaboración y ejecución del Programa de Salud Mental*, les fueron conferidos *el diseño y ejecución de programas específicos de atención y control de trastornos mentales y neurológicos* (Art. 43), lo que se cumpliría durante esa administración. Suplementariamente, otras áreas administrativas propias de CONADIC fueron facultadas para desarrollar acciones relativas a la salud mental. (*Anexo III*).

A mitad del ciclo de esa administración y con el propósito de enfrentar los retos de equidad, calidad y protección financiera correspondientes a las prioridades trazadas por el Plan Nacional de Desarrollo y el Programa Nacional de Salud 2001-2006, la Secretaría de Salud sufriría una reestructuración integral que quedaba soportada en su Reglamento Interior publicado el 19 de enero del 2004. En él, se dispuso la cancelación del Comisionado Nacional del Consejo Nacional contra las Adicciones, redistribuyéndose su marco de atribuciones de la siguiente forma:

- La recién denominada Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, albergaría al *Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental* creado por acuerdo publicado el 21 de julio de 2004 y al Secretariado Técnico del Consejo Nacional Contra las Adicciones.
- Los Servicios de Salud Mental anteriormente adscritos al comisionado mencionado, serían extinguidos para conformar dentro de la Subsecretaría de Innovación y Calidad los *Servicios de Atención Psiquiátrica* (*Anexo IV*).

El 29 de noviembre de 2006, se reformaron, adicionaron y derogaron diversas disposiciones del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, quedando definida la estructura que para los servicios de atención a la salud mental rige a la fecha:

- la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud mantiene a su cargo al *Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental* (CONSAME).
- la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad dirige y coordina a los Institutos Nacionales de Salud, entre ellos el

Instituto Nacional de Psiquiatría (INPRF) y a los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) que funcionan como un órgano desconcentrado coordinador de los Hospitales Psiquiátricos y los Centros Comunitarios de Salud Mental (CECOSAM) (Anexo V).

A continuación se describen las facultades básicas atribuidas a dichas unidades estructurales.

Corresponde al *Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud* (Art. 10):

- Establecer, coordinar, dirigir, supervisar y evaluar las políticas y estrategias, así como conducir y promover la integración de programas en materia de prevención y promoción de la salud, de control de enfermedades, así como en materia de salud mental, discapacidad, accidentes y de las adicciones.
- Dirigir la operación del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica.
- Emitir y coordinar la expedición de las normas oficiales mexicanas, así como proponer las reformas a las disposiciones jurídicas en las materias de su competencia.
- Proponer las políticas, estrategias, sistemas y programas que permitan optimizar la asignación de recursos financieros para los programas de su competencia.
- Promover mecanismos para fomentar la participación de la sociedad civil y, en general, de la comunidad, así como de los sectores público, privado y social en el ámbito de su competencia.

Es responsabilidad del *Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental* (Art. 35):

- Proponer el contenido de la política y estrategias nacionales en materia de atención a los problemas de salud mental.
- Elaborar y participar en la instrumentación de los programas específicos de prevención, atención y rehabilitación de los trastornos mentales.
- Planear, supervisar y evaluar los servicios de salud mental.
- Promover actividades de información, orientación y sensibilización, que coadyuven a la prevención de problemas de salud mental.

- Impulsar en forma conjunta con las dependencias el establecimiento de redes asistenciales y de apoyo comunitario, para la rehabilitación y reinserción social del usuario de los servicios de salud mental.
- Fijar criterios, promover y coordinar investigaciones y desarrollo tecnológico en relación con la salud mental, así como impulsar la formación, capacitación y actualización de personal de salud en general y especializado.
- Participar en la elaboración de propuestas para la actualización y desarrollo de disposiciones jurídicas en materia de salud mental.
- Promover mecanismos para fomentar la participación de la sociedad civil y, en lo general de la comunidad, así como de los sectores público y privado en las acciones en materia de salud mental.

La Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad (Art. 12) deberá:

- Ejercer las facultades de coordinación sectorial de los Institutos Nacionales de Salud, Hospitales Federales de Referencia y Hospitales Regionales de Alta Especialidad.
- Ejercer la dirección estratégica de los centros nacionales de Trasplantes y de la Transfusión Sanguínea y de los Servicios de Atención Psiquiátrica.
- Instrumentar las políticas públicas en materia de atención médica de alta especialidad, investigación en salud y formación de recursos humanos de alta especialidad médica, aplicables al subsector bajo su coordinación.

Los *Servicios de Atención Psiquiátrica* estarán encargados de (Art. 48):

- Proporcionar servicios de atención médica especializada de alto nivel, para la prevención, tratamiento y rehabilitación de personas con trastornos mentales y del comportamiento.
- Otorgar servicios de tipo ambulatorio, de atención hospitalaria y de urgencias a la población que requiera atención médica por trastornos mentales y del comportamiento y proporcionar al usuario los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento para la atención de sus padecimientos.
- Promover estudios e investigaciones clínicas y sociomédicas para el desarrollo de estrategias de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales, así como promover medidas de salud pública en el ámbito de su competencia.

3.2.5 Normas Oficiales Mexicanas en salud mental

Se entiende por *Norma Oficial Mexicana* a la regulación técnica de observancia obligatoria expedida por las dependencias competentes. Establece reglas, especificaciones, atributos, directrices, características o prescripciones aplicables, en este caso, a un servicio (Ley Federal sobre Metrología y Normalización. Art. 3°. Fracción XI).

En México se encuentran disponibles diversas Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud, algunas de ellas han incorporado en sus contenidos el rubro de la salud mental de forma periférica, otras definen acciones y procedimientos que serían aplicables en el proceso de la atención institucional a la salud, o bien, establecen los requerimientos mínimos necesarios para llevar a cabo dicha labor. En estas regulaciones no se acoge a la salud mental como su objeto primario, en razón de lo cual sólo son referidas.

Cuadro 10. Normas Oficiales Mexicanas relacionadas a la Salud Mental

NOM-017-SSA2-1994	Para la vigilancia epidemiológica.
NOM-028-SSA2-1999	Prevención, tratamiento y control de las adicciones.
NOM-168-SSA1-1998	Del expediente clínico.
NOM-173-SSA1-1998	Para la atención integral de las personas con discapacidad.
NOM-190-SSA1-1999	Prestación de Servicios de Salud. Criterios para la atención médica de la violencia intrafamiliar.
NOM-197-SSA1-2000	Requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

Al día de hoy y desde 1994, se dispone exclusivamente de una norma rotundamente orientada a la salud mental la *NOM-025-SSA2-1994. Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica* y en la cual quedan definidas las actividades y estrategias a seguirse institucionalmente.

En su introducción reconoce que los esquemas de atención médica para el tratamiento de personas que padecen enfermedad mental experimentan cambios continuos como resultado del desarrollo de la ciencia, de la *comprensión de la intervención multifactorial en el origen y evolución de la enfermedad mental* y de los recursos con los que actualmente se cuenta.

También que existe una marcada tendencia hacia la *reinserción social a través de la implementación de programas extrahospitalarios y comunitarios, 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. Para ello se requiere de continuar el proceso modernizador de la organización y funcionamiento de los servicios de salud, que permita superar los rezagos aún prevalecientes.

1. Objetivo

1.1 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.

2. Campo de aplicación

2.1 Esta Norma Oficial Mexicana 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 sectores público, social y privado del país que conforman el Sistema Nacional de Salud.

3. Definiciones

3.3 *Enfermedad Mental*: Es aquella considerada como tal en la Clasificación Internacional de enfermedades mentales vigente de la Organización Mundial de la Salud.

3.4 *Atención Integral Médico-Psiquiátrica*: Es el conjunto de servicios que se proporcionan al usuario con el fin de proteger, promover, restaurar y mantener su

salud mental. Comprende las actividades preventivas, curativas y de rehabilitación integral.

- 3.5. *Rehabilitación Integral*: Es el conjunto de acciones y programas dirigidos a la utilización del potencial máximo de crecimiento personal de un individuo, que le permita superar o disminuir desventajas adquiridas a causa de su enfermedad en los principales aspectos de su vida diaria; tiene el objetivo de promover en el paciente, el reaprendizaje de sus habilidades para la vida cotidiana cuando las ha perdido, y la obtención y conservación de un ambiente de vida satisfactorio, así como la participación en actividades productivas y en la vida socio-cultural.
- 3.6. *Educación para la Salud Mental*: Proceso organizado y sistemático mediante el cual se busca orientar a las personas a fin de modificar o sustituir determinadas conductas por aquellas que son saludables en lo individual, lo familiar, lo colectivo y en su relación con el medio ambiente.
- 3.7. *Promoción de la Salud Mental*: Es una estrategia concreta, concebida como la suma de las acciones de los distintos sectores de la población, las autoridades sanitarias y los prestadores de servicios de salud encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de salud mental individual y colectiva.
- 3.8. *Detección y Manejo Oportuno de Casos en la Comunidad*: Proceso que consiste en efectuar revisiones periódicas con el propósito de identificar y atender precozmente el daño.

4. Disposiciones generales

- 4.1 Son actividades inherentes a los *servicios de atención hospitalaria médico-psiquiátrica* las siguientes:
 - 4.1.1 *Preventivas.*
 - 4.1.2 *Curativas.*
 - 4.1.3 *De Rehabilitación.*
 - 4.1.4 *Enseñanza y Capacitación.*
 - 4.1.5 *Investigación Científica.*

5. Actividades preventivas

- 5.1 Las actividades preventivas se llevan a cabo en espacios intra y extrahospitalarios.
- 5.2 Las actividades preventivas se efectuarán en los siguientes servicios:
 - 5.2.1 *Consulta externa y hospitalización.*
- 5.3 Las actividades preventivas comprenderán las acciones siguientes:

- 5.3.1 Educación para la salud mental.
- 5.3.2 Promoción de la salud mental.
- 5.3.3 Detección y manejo oportuno de casos en la comunidad.
- 5.3.4 Detección y manejo oportuno de casos entre familiares de los pacientes y personas relacionadas con ellos para prestarles la atención que requieren.
- 5.3.5 Información y educación a los usuarios y sus familiares, acerca de las características de la enfermedad y de la participación de unos y otros en el programa de tratamiento y rehabilitación.
- 5.3.6 Promoción para la integración de grupos con fines de autoayuda.



Imprescindible es destacar algunos puntos sustantivos sobre la génesis y objetivo del *Derecho a la Protección de la Salud*. Su elevación a rango constitucional, aunque reciente –pues ocurre hace apenas 27 años– suscita que la salud *de servicio sanitario se encumbre como derecho eminentemente social* implicando para el Estado un hacer por la salud y para la ciudadanía la posibilidad de exigir su cumplimiento.

Acogiéndose literalmente a la forma en cómo es expresado este derecho, la protección alude al acto de *proteger*¹⁸⁵ *la salud*, es decir, garantizar que las condiciones de existencia preserven el bienestar de cada uno de los ciudadanos y por tanto de su salud. Paradójicamente, la propia constitución restringe este derecho al definirlo en términos de *acceso a los servicios de salud*, dimensión limitada sobre la que se asientan los principios fundamentales de la Ley General de Salud, como instrumento que reglamenta dicho derecho y orienta las acciones gubernamentales en el rubro.

En esta última legislación es constatable la ambigüedad en el trato dado a la salud mental. Dos intentos fallidos lo hacen evidente: en un sentido y pese al esfuerzo por imprimir una visión integradora a la salud, admite una fractura de los componentes que la constituyen, acotando exclusivamente a un capítulo la atención a la salud mental; en otro sentido, cada uno de los mandatos generales de esta ley implícitamente la incorporan, no logrando quedar confinada en el espacio dispuesto para ella. Exhibiendo

¹⁸⁵ La palabra proteger deriva del latín *protegĕre*: *pro-* a favor de y *texere*- construir. Significa: “amparar, favorecer, defender”. *Diccionario de la Real Academia Española*.

así la arbitrariedad de aquella escisión, a este manejo obedecería toda política, plan y programa dirigido a la salud, es decir un trato diferencial entre salud física y salud mental.

En torno a lo dispuesto específicamente para la salud mental, los ordenamientos dirigidos a ella apuntan primordialmente a acciones de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad mental, dirigidas a su cura y propias de los servicios institucionales del sector salud, aún cuando desde inicio se afirma que la *prevención de esos padecimientos tiene carácter prioritario*. Rango quizá otorgado en razón de hallarse profundamente ligada a la *protección de la salud*, bajo la consideración de ésta última como *derecho social*; si ello fuese así desde esa fecha y dada la obligatoriedad del Estado en su cumplimiento, la prevención como estrategia que tiende a preservar la salud habría de permear el quehacer de todos los sectores de la administración pública y no sólo de uno en particular.

Otras consideraciones al calce son las relativas a: ~la orientación social con la que inicialmente se desarrolla la ley, pierde dicho atributo al momento de referirse al estado mental de los individuos dependiente casi de forma exclusiva de su conducta; ~las disposiciones en torno al mantenimiento de la salud mental y referenciadas en términos de promoción de la salud aluden a acciones paliativas de ínfimo impacto –culturales, recreativas y de esparcimiento- evidentemente insuficientes para asegurar la preservación del bienestar mental y aun más para disminuir la probabilidad de aparición de enfermedades mentales.

Del todo esperable era que las inconsistencias y ambigüedades de esta ley, quedaran subsanadas con la emisión de normas técnicas concernientes al ámbito de la salud mental. No obstante, en 26 años sólo ha sido expedida la norma que regula la prestación de servicios de salud médico-psiquiátricos en unidades hospitalarias. Aún cuando en su introducción reconoce la confluencia de aspectos biológicos, psicológicos y sociales en la irrupción de las enfermedades mentales, aborda el problema de los trastornos mentales en ese escenario y bajo dicho enfoque. Desde aquí

anticipadamente la prevención, cuando menos primaria, no tendría lugar, lo que no la salva de ser nombrada.

De inicio, no se precisa el concepto de prevención y cuando se habla de ésta tampoco se indica el tipo que de ella se proyecta alcanzar con acciones restringidas al espacio nosocomial, o bien, dirigidas a *enfermos agudamente perturbados* –según su campo de aplicación-; amén de solamente ser mencionados los servicios de hospitalización y consulta externa como los espacios donde las actividades preventivas habrían de llevarse a cabo.

Con apego a esta norma, en el mejor de los casos la prevención primaria podría focalizarse hacia los familiares de los pacientes a través de educación y promoción para la salud; la detección y manejo oportuno se constituirían en acciones de prevención secundaria, impidiendo la evolución del padecimiento ya en curso, mientras que la prevención terciaria estaría focalizada a la rehabilitación de los pacientes a fin de que recuperaran habilidades perdidas o desarrollaran nuevas, facilitando con ello su reincorporación a actividades productivas. Resulta inadmisibles que a la fecha no se haya considerado necesario expedir normas complementarias a ésta pero construidas a partir de la noción de salud mental, que abriría la posibilidad entonces sí de su preservación.

La dificultad que ha representado para las acciones en salud mental encontrar un espacio propio quedaría probada con los constantes cambios en el periodo 2001-2006 en la estructura organizacional de la Secretaría de Salud como rectora del sistema nacional de salud. El trato dicotómico dispensado a la salud ha conllevado a múltiples esquemas estructurales caracterizados por la interminable creación y extinción de instancias con una persistente tendencia a un abordaje fragmentado del propio componente de la salud mental y previsiblemente una duplicidad funcional.

Baste observar que en la estructura orgánica básica al 2006 y aún vigente, existen varias instancias a las que les han sido conferidas competencias “normativas,

administrativas y operativas” en el campo, amén de reconocerse otras unidades implicadas indirectamente que podrían ejecutar acciones en ese mismo ámbito; de ninguna de las cuales han surgido iniciativas para la emisión de nuevas disposiciones jurídicas que regulen acciones en salud mental fuera de los espacios nosocomiales.

En tanto estas limitaciones no sean superadas, y aun con la amplia corresponsabilidad apuntada, las transformaciones acontecidas seguirán surgiendo de criterios lejanos a la tan pretendida visión integral en salud, fruto de instrumentos jurídicos de base que ordenan un bifurcado tratamiento de la salud y limitan las intervenciones de las instituciones de salud a funciones de índole curativa que justifican su existencia.

En tan extenso marco jurídico en salud y de acuerdo a la insistente pretensión institucional de apoderarse del campo de la prevención en salud mental, los significativos vacíos y contradicciones legales resultaron por demás visibles. Acaso porque la misión del sector salud sea intervenir para buscar la recuperación de la salud cuando ésta se ha perdido y no así su preservación.

A él ha de adherirse el Estado para el logro de los objetivos y prioridades de la planeación nacional en salud, derivando en congruencia planes y programas específicos que a través de estrategias y líneas de acción tornen asequibles la consecución de los fines denotados.

3.3 TENDENCIAS POLITICAS EN SALUD MENTAL EN MEXICO (2001-2006)

La construcción de una Nación requiere de un proceso de planeación constante y dinámico que atienda a la realidad contextual de un país durante un determinado espacio de tiempo, bajo el reconocimiento de su propia historia y con miras a un futuro que siempre habrá de llegar. *En el saber del quehacer, es inherente el conocer el destino que se pretende alcanzar.*



Para el presente trabajo de análisis de tendencias políticas en salud mental, con particular énfasis en aquellas dirigidas a la prevención, se ha elegido el periodo 2001-2006, en razón del cardinal momento de transición política de entonces, de la imperante tendencia de globalización mundial, de la extensa influencia tecnológica y de la percepción generalizada de nuevas posibilidades de desarrollo ante el recién llegado milenio. A más de la concurrencia histórica de numerosas posturas y fenómenos políticos y sociales que permearon e incidieron para el diseño de políticas públicas en dicho ciclo y que habrían de reflejarse en los planes y programas del Estado, esencialmente:

- La adopción de un enfoque de desarrollo decisivamente social que apuntaba hacia las capacidades, oportunidades y libertades políticas de los ciudadanos, emanado de la conceptualización seniana¹⁸⁶ que de desarrollo formulaba el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).
- La toma de conciencia de la necesidad de participación activa por parte de todos los sectores de país para la elaboración de un proyecto de nación y la realización de acciones conjuntas para su consolidación, mismas que serían iniciadas por el Estado.
- Una visión proyectiva colocada en todas las esferas de la vida nacional, que patentaría la diversidad de problemáticas y su exponencialización en los años por venir; numerosas de ellas consideradas como factores de riesgo para el deterioro de la salud mental.
- La institucionalización de la *Iniciativa México Visión 2025* proyecto que surgiría como respuesta a las necesidades detectadas en los análisis proyectivos.

Esta última, fue una iniciativa presentada el 3 de julio de 2001 por el entonces recién electo Presidente de México, Vicente Fox Quesada, en la que expuso:

¹⁸⁶ “El desarrollo humano, como enfoque, se ocupa de lo que yo considero la idea básica de desarrollo: concretamente, el aumento de la riqueza de la vida humana en lugar de la riqueza de la economía en la que los seres humanos viven, que es sólo una parte de la vida misma”. Amartya Sen. Premio Nobel de Economía 1998 y asesor del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Página electrónica del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Orígenes del enfoque de Desarrollo Humano. *Informes sobre Desarrollo Humano*.

“La velocidad con la que está cambiando el mundo nos obliga a tratar de anticipar lo que podría ocurrir mañana, ya que sólo de esta manera lograremos reducir los impactos posibles de adversidades y prepararnos para aprovechar las oportunidades que se nos presentan”.¹⁸⁷

Premisa que enmarcó todas las acciones proyectadas durante su periodo de gobierno e implicaba, bajo una visión a largo plazo, una orientación de esfuerzos de planeación del Estado en el corto y mediano plazo, sin dejar de reconocer la *necesidad de renovación de las políticas y de sus instrumentos ante nuevos contextos*. Es elemental resaltar que este proyecto ha sido continuado por el actual gobierno federal bajo la denominación de *Visión México 2030*.

Al mismo tiempo, insoslayable para México era el responder al compromiso que como Estado miembro de la Organización Mundial de la Salud tenía. Dicha organización, desde hacía algunos años venía advirtiendo sobre la gravedad de la incidencia, prevalencia y morbilidad de los trastornos mentales que parecían estarse convirtiendo en el “mal” del nuevo milenio; las dinámicas propias de la economía, la tecnología y la industrialización, sumadas a las transformaciones sociodemográficas y a las de aquellas tradicionales instituciones –estado, iglesia, familia– estaban cobrando tributo. Había que actuar y México no era la excepción.

El tema de la salud mental empieza a ocupar su propio lugar en el *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006* –aunque no de forma explícita–, a través de las acciones que la Comisión de Desarrollo Social y Humano tendría que llevar a cabo, para elevar los niveles de bienestar y el *desarrollo de las capacidades de la población*. Así, la Reforma al Sistema Integral de Salud y la Revolución Educativa serían el foco de su labor. Por su parte, el *Programa Nacional de Salud 2001-2006*, ya consideraba como uno de sus objetivos prioritarios la atención a salud mental, en virtud de que las enfermedades mentales se estaban tornando en los últimos años en padecimientos emergentes de descomunal carga en el perfil epidemiológico del país.

¹⁸⁷ V. Fox. (2001). *Discurso Presidencial de la Ceremonia de Arranque Público de la "Iniciativa México Visión 2025*. Museo Nacional de Antropología. 3 de julio de 2001. México, D.F. Presidencia de la República. Versión estenográfica.

Durante ese periodo, aparece por primera vez un *Programa de Acción en Salud Mental (2001)* con sus *Programas Específicos (2002)* que marcarían la pauta de las acciones a efectuar por ese gobierno en la materia, dejando establecida como principal estrategia la implementación del Modelo Miguel Hidalgo de Atención a la Salud Mental que se convertiría en la respuesta a la necesidad de reestructuración de la atención psiquiátrica en el país; se realiza la primera encuesta nacional en el tema denominada *Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP 2003)*, que ofrecería información más reciente, organizada, focalizada y metodológicamente reconocida a nivel mundial, sobre el panorama de los trastornos mentales en México; se crea el *Consejo Nacional de Salud Mental (2004)*, organismo que sería el encargado de impulsar la reforma psiquiátrica propuesta.

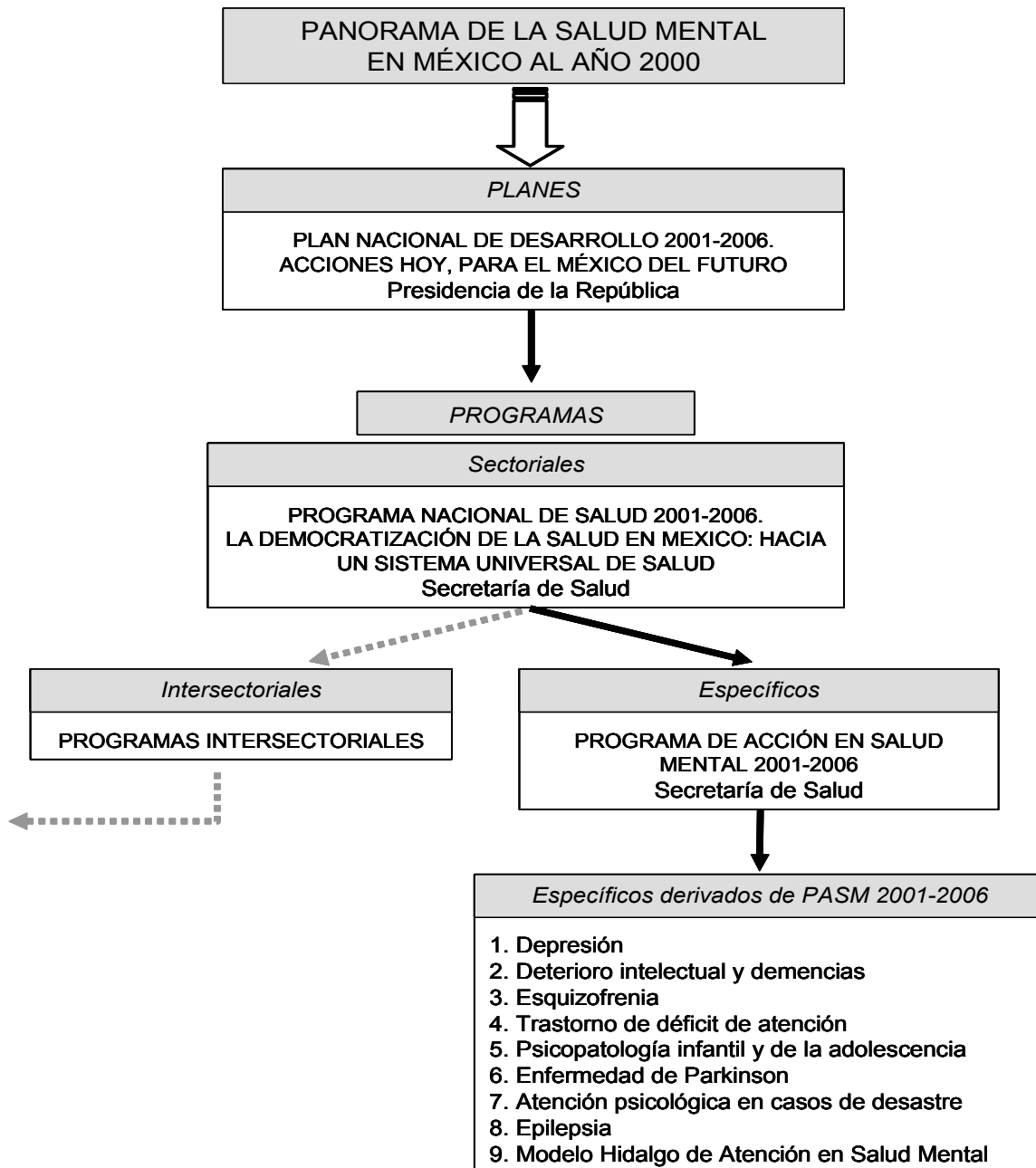
Cabe señalar que a dos años de trabajo de la actual administración fue presentado el *Programa de Acción Específico en Salud Mental 2007-2012* (Junio de 2009) que mantiene, aunque con una descripción menos extensa, los fundamentos y lineamientos directivos, así como las bases pragmáticas de su predecesor; en razón de ello, el programa de acción generado en el 2001 puede considerarse aún con vigencia y ser usado como el referente de mayor contenido y significación para el conocimiento de la orientación de las políticas públicas en el ámbito de la salud mental, de los objetivos a cumplirse y de las estrategias implementadas y continuadas en la actual administración.

La labor de análisis de las tendencias políticas en materia de salud mental partirá inicialmente de una descripción del panorama de la salud mental presente al año 2000, para posteriormente orientarse hacia los planes y programas correspondientes al periodo de gobierno 2001-2006 antes mencionados (*Figura 2*), dejando para un apartado posterior el estudio del perfil epidemiológico de los trastornos mentales en México derivado de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica.

Sólo con fundamento en el conocimiento de lo anteriormente expuesto y en el que procederá, será posible corroborar si la plataforma propuesta para el abordaje a la salud mental tiende en efecto a contener el supuesto crecimiento exponencial de los

trastornos mentales y mas allá, a mantener la salud integral de los mexicanos ante las difíciles etapas por venir.

Figura 2. Planes y Programas de Gobierno del periodo administrativo 2001-2006



3.3.1 Panorama de la salud mental en México al año 2000

En el camino planteado por la OMS para la atención de los problemas de salud mental bajo un enfoque de salud pública, había quedado precisada la necesidad de realizar de inicio un diagnóstico local que permitiera dimensionar el peso que en términos de morbilidad, carga social, financiera y efectos en la productividad habían estado generando los padecimientos mentales y sólo a partir del cual sería posible para cada nación, diseñar acciones sólidas y contundentes para combatirlos.

Prevalencia de los trastornos mentales

Ese organismo internacional en el año de 1995, había efectuado un análisis¹⁸⁸ de la situación en México encontrando que un 20.2% de una población seleccionada había presentado en “algún momento de su vida” un trastorno mental, encabezando la lista el uso de sustancias seguido de aquellos del estado de ánimo y de ansiedad y cuyas edades de inicio correspondían a 22, 26 y 15 años; una alta comorbilidad entre ellos –26.7%- parecía acentuar el problema. Se insistía ya en la importancia de la relación entre los factores sociodemográficos y el desarrollo de estos padecimientos, que tenían más alta probabilidad de aparecer en sectores poblacionales de menor nivel socioeconómico –ingresos, instrucción y empleo-.

México por su parte, desde hacía algún tiempo había venido desarrollando algunos estudios orientados a estimar la magnitud de los trastornos mentales pese a hallarse limitados por deficiencias metodológicas en la investigación propias de la época.

Datos de relevancia fueron encontrados en reportes fechados entre 1960 y 1986 en los que ya se evidenciaba una alta prevalencia de afecciones psiquiátricas, siendo las más comunes los síndromes depresivos, los de ansiedad y los procesos psicóticos; en general su prevalencia era más alta en mujeres que en hombres; mientras que la

¹⁸⁸ Consorcio Internacional de la OMS en Epidemiología Psiquiátrica. (2000). Comparación transnacional de los trastornos mentales y los factores con ellos correlacionados. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(4), pp.413–426.

depresión afectaba predominantemente al primer grupo, la ansiedad y las psicosis lo hacían al segundo.

Los análisis apuntaban: una mayor presencia de trastornos en adultos jóvenes y en personas económicamente activas; un incremento en la probabilidad de desarrollar desórdenes psiquiátricos a medida que aumentaba la edad; una alta concentración de trastornos en zonas urbanas; una insuficiente disponibilidad de recursos para su atención y el predominio de intervenciones basadas en la administración de fármacos. Desde entonces, en el discurso se concedía a la prevención el mismo peso que al tratamiento y a la rehabilitación (*Anexo VI*).

Más tarde, se llevarían a cabo diversas investigaciones haciendo uso de la información derivada de encuestas realizadas desde campos de conocimiento distintos, aunque no ajenos al de la salud mental, que proveerían datos inéditos en esta materia lo que resultaba nada desdeñable en un contexto donde pocas eran las investigaciones dirigidas específicamente para tal fin.

Quizá la primera aproximación metodológicamente dispuesta para estimar la prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población general sea la realizada en 1988 desde la *Encuesta Nacional de Adicciones (ENA)*, que obtenía información de encuestas realizadas en hogares y cuya muestra probabilística tenía representatividad nacional en zonas urbanas.

De ella fue desprendida una submuestra aleatoria que concentraba a personas adultas entre 18 y 65 años –740 hombres y 1,281 mujeres- a quienes se aplicó un cuestionario anexo durante el levantamiento de la ENA, acto que dio origen a la denominada *Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 1988*. Una sección de esta última se focalizaba a la detección de problemas de salud mental en infantes a partir de la información proporcionada por aquellos adultos que tuvieran viviendo en casa a un menor de entre 3 y 12 años de edad. Diversos estudios emanados de la ENSM se

dirigieron a obtener un diagnóstico actualizado de la extensión y magnitud de los padecimientos psiquiátricos en la población.

De acuerdo al documento *Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México (1994)*^{189,190} derivado de dicha encuesta, la estimación de la prevalencia global de los trastornos mentales en la población encuestada en 1988 fue de 30.8%; pese a aplicarse criterios para considerar sólo a los trastornos de mayor severidad y certeza de definición, ésta osciló entre un 15% y 18%. Adicionalmente, un 32.7% de la muestra presentó sintomatología que no pudo ser especificada y un 35.5% de la misma permaneció sin síntomas.

Los grupos diagnósticos que contribuyeron a los porcentajes de prevalencia fueron: los trastornos depresivos menores y de ansiedad (19.4%), seguidos por el trastorno afectivo mayor (6.9%) y los trastornos psicóticos (5.5%); los dos primeros más frecuentes en mujeres, mientras que el tercero lo fue para los hombres.

Estos tres grupos se encontraban integrados por diferentes clases diagnósticas con sintomatología específica; un conjunto adicional fue conformado por cuadros de sintomatología inespecífica. Su distribución jerárquica puede apreciarse en la *Tabla 14*.

Tal como lo afirma este estudio, sus hallazgos manifestaron cifras muy similares a las reportadas por otros análisis epidemiológicos. En términos cualitativos, también se revelaban las implicaciones que estos trastornos estaban teniendo en los espacios familiar, social y económico de los sujetos afectados; sólo por mencionar algunas: un 7% de la muestra manifestó no haber podido realizar sus actividades cotidianas o asistir al trabajo y escuela, información que contribuía a la estimación de la discapacidad

¹⁸⁹ J. Caraveo, M. E. Medina-Mora, M. L. Rascón, J. Villatoro, E. K. López, F. Juárez, M. Gómez y N. Martínez. (1994). Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*.

¹⁹⁰ Este estudio quedaría asentado en el Programa de Acción en Salud Mental (2001-2006) como la base para el diagnóstico situacional –prevalencia- en la materia. Sin embargo, una contrastación previa entre la información original y la ofrecida por el programa permitió detectar significativas inconsistencias, entre ellas falta de fidelidad al usar la información e incluso incorporación de trastornos no considerados por los investigadores –epilepsia-. Por esta razón fue necesario dejar de lado el diagnóstico emitido por el Estado y regresar a las investigaciones generadas en esa época.

generada por ellos; más significativa todavía era la estrecha relación detectada entre la presencia de sintomatología depresiva en el adulto y el reporte de alteraciones en los niños, conocimiento que podría asentarse como marco de referencia para programas de prevención en menores.

Tabla 14. Prevalencia de clases diagnósticas de trastornos mentales¹⁹¹

<i>Clase diagnósticas</i>	<i>Total %</i>	<i>Grupo diagnóstico</i>
1 Depresión simple	6.5	Trastornos depresivos menores y de ansiedad
2 Depresión neurótica	3.7	Trastornos depresivos menores y de ansiedad
3 Probable depresión simple	3.3	Trastornos depresivos menores y de ansiedad
4 Probable psicosis	2.8	Clases Psicóticas
5 Trastorno obsesivo	2.5	Trastornos depresivos menores y de ansiedad
6 Probable depresión psicótica	2.5	Trastorno Afectivo Mayor
7 Probable trastorno obsesivo	2.3	Trastornos depresivos menores y de ansiedad
8 Probable manía	1.3	Trastorno Afectivo Mayor
9 Trastorno de ansiedad	1.1	Trastornos depresivos menores y de ansiedad
10 Probables trastornos limítrofes	1.1	Clases Psicóticas
11 Probable esquizofrenia	1.0	Clases Psicóticas
12 Depresión con retardo	0.9	Trastorno Afectivo Mayor
13 Probable trastorno bipolar	0.7	Trastorno Afectivo Mayor
14 Depresión psicótica	0.7	Trastorno Afectivo Mayor
15 Trastorno bipolar	0.6	Trastorno Afectivo Mayor
16 Psicosis inespecífica	0.6	Clases Psicóticas
17 Manía	0.2	Trastorno Afectivo Mayor
Síntomas neuróticos inespecíficos	19.5	Sintomatología inespecífica
Síntomas mayores aislados	4.7	Sintomatología inespecífica
Trastorno de personalidad 2	3.5	Sintomatología inespecífica
Trastorno de personalidad 1	2.7	Sintomatología inespecífica
Rasgos obsesivos	2.3	Sintomatología inespecífica

En relación a la población infantil, aún cuando el cuestionario de tamizaje utilizado en la ENSM 1988 no proporcionaba información sobre la prevalencia de trastornos

¹⁹¹ Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Op. cit.*, Tabla adaptada de los cuadros 2, 3, 4 y 5, p.29.

específicos, sí arrojó información para la detección temprana de probables “casos” a partir de un conjunto de síntomas o aspectos de conducta (*Tabla 15*) *presumiblemente asociados a algún padecimiento incipiente o ya en curso*, estimándose desde este criterio una prevalencia para los niños de 3 a 12 años, de entre el 16.4% y el 20.7%.¹⁹²

*Tabla 15. Sintomatología distintiva por grupo de edad*¹⁹³

<i>Menores entre</i>	<i>Sintomatología distintiva</i>	
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
3 y 5 años	Enuresis-Encopresis (14.6%)	Lentitud para aprender (11.8%)
	Lenguaje anormal (13.2%)	Enuresis-Encopresis (8.7%)
	Miedo y nerviosismo (8.1%)	Miedo nerviosismo (7.5%)
6 y 9 años	Lenguaje anormal (17.4%)	Miedo y nerviosismo (14.8%)
	Lentitud para aprender (13.4%)	Cefaleas (11.0%)
	Miedo y nerviosismo (13.3%)	Lentitud para aprender (10.9%)
10 y 12 años	Miedo y nerviosismo (22.1%)	Miedo y nerviosismo (17.1%)
	Lentitud para aprender (17.6%)	Lenguaje anormal (12.3%)
	Lenguaje anormal (9.4%)	Lentitud para aprender (11.0%)

*Los elementos miedo-nerviosismo y lenguaje anormal se encontraron asociados con lentitud para aprender en 72% de los reactivos del cuestionario.

Los síntomas que con mayor frecuencia se manifestaron fueron miedo-nervios, lenguaje anormal y lentitud para aprender, encontrándose fuertemente asociados entre sí. Estos aspectos de la conducta de los niños, se presentaron en situaciones de disfuncionalidad familiar, alcoholismo y presencia de trastornos depresivos en familiares de primer grado, constituyéndose en importantes factores de riesgo y buenos predictores de la aparición de trastornos al inicio de la adolescencia. Relaciones familiares adversas se han relacionado con consumo de drogas, mientras que la depresión materna y el alcoholismo paterno resultan ser detonantes de cuadros depresivos en niños.

Un análisis de la relación existente entre la sintomatología depresiva y la frecuencia del consumo de alcohol en el adulto, con algunos síntomas de probable patología

¹⁹² J. Caraveo, M. E. Medina-Mora, J. Villatoro, E. K. López y A. Martínez. (1995). Detección de problemas de salud mental en la Infancia. *Salud Pública de México*, 37(5), pp.446-451.

¹⁹³ *Ibid.* Tabla adaptada de cuadro II, p.450.

psiquiátrica en menores¹⁹⁴ demostró que existía un severo impacto en la salud mental de los niños que vivían en hogares donde habitaba un adulto que padecía cualquiera de los dos tipos de patología estudiada: consumo excesivo de alcohol y sintomatología depresiva (*Cuadro 11*). Las alteraciones infantiles iban desde problemas de aprendizaje, hasta cuadros depresivos y conductas sociopáticas, e incluso síntomas precursores de trastorno de personalidad antisocial, estas alteraciones afectaron de forma similar a niñas y niños, siendo más insidiosas en los últimos. Los patrones desviados instalados en la infancia temprana tienden a permanecer a lo largo de la vida.

*Cuadro 11. Asociación existente entre sintomatología depresiva y frecuencia del consumo de alcohol en el adulto con los reactivos del cuestionario de tamizaje para niños*¹⁹⁵

Reactivos de tamizaje para niños	Variables consideradas en el adulto				
	Embriaguez frecuente	Consumo elevado de alcohol	Dependencia al alcohol	Sintomatología depresiva	Sintomatología de desesperanza e ideación suicida
Lenguaje anormal				•	
Duerme mal				•	
Ataques		•		•	
Cefaleas frecuentes				•	
Fugas			•		
Robo	•				
Es miedoso y nervioso	•			•	•
Es lento para aprender		•		•	•

A simple vista resulta evidente que la convivencia cotidiana de los menores con personas que presentan sintomatología depresiva, trastoca su bienestar emocional y mental hasta la franca manifestación de un desorden psiquiátrico, incluso en un grado mayor que otras situaciones comúnmente percibidas como de alto riesgo.

¹⁹⁴ J. Caraveo, J. Villatoro y N. A. Martínez. (1995). El consumo de alcohol y los síntomas depresivos en el adulto y su asociación con síntomas específicos en los niños. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*. pp.109-114.

¹⁹⁵ *Ibid.* Tabla adaptada de cuadro 1, p.113.

Se ha mostrado, por ejemplo, que a mayor severidad de presencia de sintomatología depresiva y desesperanza en el adulto, más significativa es la sintomatología psíquica en los niños.¹⁹⁶ Tal exposición, que los torna en grupo en riesgo de sufrir trastornos mentales, debería ser objeto de intervenciones preventivas capaces de neutralizar la influencia nociva de una familia que alberga un miembro sintomático.

El reconocer que "... el conocimiento de las necesidades en el terreno de la salud mental es una prioridad insoslayable para planear y ejecutar programas que incluyan actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, pero con el énfasis puesto en la detección temprana y la atención oportuna",¹⁹⁷ atestigua que desde esa fecha se visualizaba la importancia y exigencia de producir investigaciones sobre la prevalencia de desórdenes mentales en los que se identificaran factores de riesgo asociados, como etapa precedente al diseño de políticas y estrategias para hacer frente a los problemas de salud en nuestro país.

Posterior a la ENSM de 1988, en el año de 1995 se llevó a cabo una nueva encuesta en hogares para estimar la prevalencia de problemas mentales específicamente en población adulta de la ciudad de México. Producido a partir de la información proveniente de dicha encuesta el estudio *Morbilidad Psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida*,¹⁹⁸ estimó que el 28.7% de la población blanco había tenido algún trastorno psiquiátrico a lo largo de su vida y el 9.5% dos o más trastornos en algún momento durante su vida, lo que representaba el 33.1% del total de la población objetivo que había sido afectada por algún trastorno mental. El análisis de la información revelaría que a las categorías diagnósticas de episodios depresivos, dependencia de alcohol, distimia y ansiedad generalizada correspondieron las más altas prevalencias (*Tabla 16*).

¹⁹⁶ J. Caraveo, M. E. Medina-Mora, J. Villatoro y M. L. Rascón. (1994) La depresión en el adulto como factor de riesgo en la salud mental de los niños. *Salud Mental*, 17(2).

¹⁹⁷ *Detección de problemas de salud mental en la Infancia. Op. cit.*, p.447.

¹⁹⁸ J. Caraveo, E. Colmenares y G. Saldívar. (1999). Morbilidad Psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. *Salud Mental, Número especial*, pp.62-67.

Tabla 16. Prevalencia de los trastornos mentales en la ciudad de México¹⁹⁹

<i>Diagnósticos CIE-10</i>	<i>En la Vida</i>
Abuso de alcohol	8.4
Episodio depresivo	7.9
Dependencia de alcohol	5.1
Distimia	4.4
Ansiedad generalizada	3.4
Fobia específica	2.8
Fobia social	2.6
Agorafobia	2.5
Agorafobia simple	2.1
Pánico	1.9
Trastorno obsesivo compulsivo	1.4
Hipomanía	0.9
Manía	0.7
Dependencia de otras sustancias	0.7
Abuso de otras sustancias	0.5

En consonancia con resultados publicados en otros estudios, incluida la investigación emanada de la ENSM relativa a las características psicopatológicas de la población urbana del país, la mayoría de los trastornos considerados reportaron una mayor frecuencia en mujeres que en hombres, a excepción de los episodios maníacos y el abuso y dependencia de alcohol y otras sustancias.

Si bien, como puede notarse en la tabla anterior, la prevalencia de los diferentes trastornos a lo largo de la vida de los sujetos, recayó en las categorías de abuso de alcohol y episodios depresivos; una alta comorbilidad fue exhibida por los trastornos de ansiedad, por encima incluso de los cuadros depresivos. La interpretación de los datos de la encuesta mostraría que la fobia social, las fobias específicas y la ansiedad generalizada, junto con la dependencia de otras sustancias y la manía; fueron los trastornos comórbidos más frecuentes en las personas afectadas por la mayor parte de los trastornos incluidos en el estudio de referencia que eventualmente desarrollaron otro trastorno psiquiátrico (calculado en al menos 47% del total de la muestra).

¹⁹⁹ *Ibid.* Tabla adaptada de cuadro 2, p.64.

Especial atención mereció un examen dirigido exclusivamente a los trastornos depresivos (episodios depresivos y distimia) –emanado de la encuesta citada-,²⁰⁰ que arrojó información interesante en torno a la *discapacidad* aparejada a la depresión, expresada en términos de “impedimentos”, amén de un estimado de prevalencia tanto de depresión –5.7% para hombres y 10% para mujeres- como de distimia –2.8% para hombres 5.7% para mujeres-.

Una primera indagación lo constituyó el hecho de que el inicio de los episodios depresivos y la distimia en la población adulta sin distinción de género, se ubicaba principalmente en la segunda mitad de la tercera década de la vida y en promedio a los 31.2 años, respectivamente; momentos de alta productividad de las personas, lo que podría disminuir –dependiendo de la severidad del trastorno y el acceso oportuno a la atención- la capacidad de los sujetos afectados en el desarrollo normal de sus actividades,²⁰¹ incluidas aquellas que suministran los recursos para el sustento individual y/o familiar.

No obstante lo anterior, el riesgo de recurrencia del desorden depresivo resultó alto, ya que en el 59% de los casos se informó de la presencia de más de un episodio, lo que demuestra que su inicio no es privativo de una edad en particular; la contribución del estrés psicosocial representaba un factor que debía ser tomado en cuenta para explicar la incidencia del trastorno, como lo advierte la propia investigación. Para los hombres y las mujeres la fuente de mayor discapacidad fue distinta; en el primer caso debido a la depresión y en el segundo por efecto de la distimia.

²⁰⁰ J. Caraveo, E. Colmenares y G. Saldivar. (1999). Estudio clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos. *Salud Mental*, 22(2), pp.7-17.

²⁰¹ Según la investigación, los síntomas más frecuentes en la totalidad de la población que ha tenido episodios depresivos durante su vida fueron: ánimo depresivo, pérdida de interés y pensamientos recurrentes de muerte y suicidio, alternaciones del sueño, disminución de la capacidad de concentración e indecisión. Los síntomas predominantes de la distimia fueron: pérdida de interés sexual, insomnio, llanto fácil, aislamiento social, disminución de la vitalidad y desesperanza. En la población masculina se observó una mayor frecuencia de insomnio, pérdida de la confianza en sí mismos, sentimientos de inferioridad, dificultad de concentración y disminución de la locuacidad; mientras que en las mujeres los sentimientos de incapacidad y pesimismo fueron los más prevalentes. *Ibíd.*, p.10.

En el contexto del estudio, un alto porcentaje del total de las personas que habían sufrido depresión y distimia durante su vida (95% y 75%, respectivamente), refirió haber experimentado algún impedimento significativo y cerca del 24% de la población en general, reconoció haber tenido malestar e impedimentos asociados a estos desórdenes, especialmente debidos a episodios depresivos (23%) y en menor escala a cuadros distímicos (3.3%).

La exploración del impacto de los trastornos de ansiedad, por su parte, no concluiría con la determinación de su peso en términos de comorbilidad. El trabajo *Prevalencia de los trastornos de ansiedad fóbica en la población adulta de la ciudad de México (2000)* basado igualmente en los datos generados de la encuesta del '95 parece haber respondido a esta inquietud bajo la consideración de que “los trastornos de ansiedad, en conjunto, alcanzan una magnitud semejante a la de los afectivos y tienden a la cronicidad, conllevando diferentes grados de discapacidad. En muchos casos se desarrollan episodios depresivos y estados mixtos, o se complican por el abuso y la dependencia del alcohol y de los tranquilizantes”.²⁰²

El análisis efectuado develó una incidencia reducida (entre 2.8% y 2.1%) y muy similar de los cuatro tipos de trastornos contemplados (agorafobia, agorafobia simple, fobia social y fobia específica), siendo las fobias específicas y la fobia social las que registraron una mayor frecuencia en los sujetos durante los últimos 12 meses. La contrastación entre la prevalencia actual y la prevalencia a lo largo de toda la vida, indicó asimismo mayor persistencia de las fobias específica y social que la registrada por la agorafobia a lo largo de la vida. (*Tabla 17*).

Analizada la prevalencia de los trastornos de ansiedad fóbica durante toda la vida a la luz de ciertas características sociodemográficas, se detectó: una mayor frecuencia de todos los trastornos entre las mujeres, particularmente entre aquellas cuyas edades fluctuaban entre los 35 a 44 años y en las mayores de 55 años; una prevalencia en los

²⁰² J. Caraveo y E. Colmenares. (2000). Prevalencia de los trastornos de ansiedad fóbica en la población adulta de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23(5), pp.10-19.

hombres en edades más tempranas (18-34 años) y una predominancia de estos desórdenes en las personas de ambos sexos que presentaron baja escolaridad y nivel socioeconómico en condiciones de pérdida afectiva (divorcio, separación o viudez).

Tabla 17. Prevalencia e Incidencia del Trastorno de Agorafobia y de las Fobias²⁰³

<i>Agorafobia</i>			
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
Durante toda la vida	1.0	3.6	2.5
Actual	0.4	2.2	1.4
Incidencia en los últimos 12 meses	--	0.4	0.2
<i>Agorafobia Simple</i>			
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
Durante toda la vida	1.4	2.6	2.1
Actual	0.4	1.9	1.2
Incidencia en los últimos 12 meses	0.1	0.4	0.2
<i>Fobias Específicas</i>			
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
Durante toda la vida	2.0	3.4	2.8
Actual	1.6	2.8	2.3
Incidencia en los últimos 12 meses	0.2	0.1	0.1
<i>Fobia Social</i>			
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Total</i>
Durante toda la vida	1.8	3.3	2.6
Actual	1.1	2.3	1.8
Incidencia en los últimos 12 meses	0.1	0.1	0.1

Pese a la reducida prevalencia de los trastornos de ansiedad fóbica, la conclusión de la investigación apuntaría que éstos se constituirían en importantes precursores de psicopatología. La aparición de algunos desórdenes de ansiedad fóbica en edades muy tempranas (fobia social y fobias específicas), su tendencia a la cronicidad y su elevada comorbilidad, así como las graves consecuencias que acarrea en la calidad de vida de las personas que los padecen, significaban una alerta que se esperaba condujera a reposicionar a los trastornos de ansiedad dentro del amplio espectro de patologías mentales con el consecuente reflejo en una mayor atención institucional.

²⁰³ *Ibíd.* Tabla adaptada de cuadro 1, p.12.

La aproximación a diferentes grupos poblacionales, pareciera ser paso obligado para obtener un panorama nacional actualizado sobre los principales problemas de salud mental. En este entendido en 1999, a través de la aplicación de una entrevista diagnóstica semiestructurada dentro de la clínica de adolescentes del Instituto Mexicano de Psiquiatría a 129 jóvenes de zonas urbanas de entre 13 y 19 años de edad, fue investigada la prevalencia del trastorno depresivo mayor, su comorbilidad, severidad y su relación con el funcionamiento psicosocial; bajo la consideración de que el TDM era la entidad diagnóstica más frecuente en ese grupo etéreo.

El trabajo *Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial*²⁰⁴ que compendió los principales resultados encontrados, informaba de una prevalencia del TDM del orden del 38% y una alta comorbilidad, ya que el 90% de los adolescentes deprimidos presentaron por lo menos un diagnóstico comórbido y el 70% dos o más, en donde el TDAH reportó una mayor frecuencia con predominio entre la población masculina, en una relación de 19 hombres por cada 8 mujeres (*Tabla 18*), destacándose el hecho de que en las mujeres resultó más inusual la presencia del TDM con comorbilidad.²⁰⁵

Se comprobó igualmente que esta elevada comorbilidad, no infrecuente en la población estudiada, favorecía la severidad del trastorno; traducida en un mayor número de episodios depresivos, frecuente búsqueda de tratamiento para combatir la enfermedad y mayor probabilidad de intentos suicidas, particularmente en pacientes comórbidos con trastorno distímico en quienes también se observó un deterioro en su funcionamiento y en sus relaciones interpersonales.

²⁰⁴ F. De la Peña, R. Ulloa y F. Paez. (1999). Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. *Salud Mental, Número especial*, pp.88-92.

²⁰⁵ En términos de comorbilidad, sin embargo, se han descubierto diferencias de género importantes, ya que mientras en las adolescentes los trastornos distímico y de ansiedad se presentaron con mayor frecuencia; en los varones el TDAH y los trastornos oposicionista desafiante y de conducta resultaron los de mayor prevalencia. *Ibíd.*, p.89.

Tabla 18. Diagnósticos comórbidos por frecuencia²⁰⁶

<i>Diagnóstico</i>	<i>Frecuencia</i>
	<i>N (%)</i>
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	27 (54)
Trastorno distímico	20 (40)
Trastorno de conducta	19 (38)
Trastorno desafiante opositor	9 (18)
Tx por crisis de angustia	6 (12)
Tx de ansiedad por separación	1 (2)
Abuso de sustancias	2 (4)
Dependencia de sustancias	2 (4)
Tx por tics	1 (2)
Enuresis	1 (2)

Si se considera que de los 129 sujetos que conformaron la muestra, 50 presentaron trastorno depresivo mayor y de éstos únicamente un 10% tenía un sólo diagnóstico no comórbido con otra psicopatología, resulta fácil advertir que la población de adolescentes cuando menos en zonas urbanas, debería ser motivo de especial atención al reconocerse como un grupo de riesgo en el que el impacto de los desórdenes mentales y comportamentales amenaza su condición de vida actual y presumiblemente la futura.

Otros efectos de la depresión en población de adolescentes fueron estudiados mediante una muestra de jóvenes con problemas de adicción a sustancias de entre 10 y 18 años (116 abusadores y 102 dependientes de drogas ilícitas, de los cuales el 82.3% eran hombres y el 17.7% mujeres) que solicitaron tratamiento en unidades de los Centros de Integración Juvenil –CIJ- de la zona metropolitana de la ciudad de México, así como 679 no usuarios comparados en pares por edad, sexo y zona de residencia, como grupo de control.

A partir de la premisa de que el consumo de drogas representaba un estilo de *afrentamiento desadaptativo* y un mecanismo para hacer frente a la *ansiedad* y la *depresión*, se pretendió analizar “la relación del abuso y la dependencia de drogas con

²⁰⁶ *Ibid.* Cuadro 2, p.90.

la exposición a factores y situaciones potencialmente estresores, con el efecto percibido de esta exposición y con signos y síntomas de depresión”.²⁰⁷ Algunos de los hallazgos reportados por la investigación apuntaron:

- una relación entre intensidad del consumo y escolaridad y ocupación: el porcentaje de individuos que estudiaba tendía a disminuir conforme se incrementaba el uso de drogas, la falta de ocupación laboral o escolar estable se concentraba en sujetos dependientes y abusadores y la intensidad del consumo tendía a incrementarse en los jóvenes con un menor nivel de escolaridad;
- tasas más altas de consumo de alcohol y tabaco entre la población dependiente (82.4% y 74.5%) y abusadora (70.7% y 63.6%) en comparación con el grupo de control (39% y 43.6%);
- una mayor frecuencia de los grupos de factores de estrés relativos a la comunicación familiar disfuncional, problemas de ajuste escolar y enfermedades y pérdida de otros significativos; en comparación con los de problemas relacionados con la vida sexual y de situaciones de separación o ruptura del núcleo familiar;
- una intensidad en el uso de sustancias al incrementarse la exposición a un mayor número de situaciones y hechos estresores;²⁰⁸
- un aumento de la tensión percibida en relación con la exposición de factores de estrés, conforme aumentaba la intensidad del uso de drogas;
- una relación entre la intensidad del uso de drogas y la frecuencia con que se hacía uso de estrategias de afrontamiento orientadas a la resolución del problema; en donde a mayor intensidad de consumo de sustancias, mayor persistencia también de afrontamientos desadaptativos;

²⁰⁷ J. Arellanez, D. Díaz, F. Wagner y V. Pérez. (2004). Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: análisis bivariados de un estudio de casos y controles. *Salud Mental*, 27(3), p.55. El estudio refiere otras investigaciones llevadas a cabo en México que han identificado ciertos factores específicos de riesgo asociados al consumo de drogas ilícitas, tales como el uso de bebidas alcohólicas y tabaco, ser hombre, el consumo de drogas por parte de miembros de la familia, un débil apoyo y control familiar, la exposición a sucesos como el divorcio de los padres y la muerte de personas significativas, la *depresión*, la dificultad para el manejo de afectos, el abandono o suspensión de estudios, la tolerancia social ante el consumo y la disponibilidad de sustancias. Otros estudios generados por el CIJ han correlacionado el uso de sustancias con la pertenencia a redes sociales disfuncionales, trastornos de conducta, una baja adherencia escolar, un uso inadecuado del tiempo libre y trastornos afectivos y psicológicos, entre los que sobresalen la *depresión* y la *ansiedad*.

²⁰⁸ Las situaciones y hechos estresores estudiados fueron: separación y ruptura del núcleo familiar, comunicación familiar disfuncional, problemas de ajuste escolar, enfermedades y pérdidas significativas y consecuencias adversas de la vida sexual.

- un incremento de la prevalencia de síntomas de depresión en relación directa con el consumo, asociándose éste último con una menor percepción de riesgo y una más alta accesibilidad de drogas.

Más allá de los hallazgos expuestos por la investigación que llevó a concluir que en comparación con los consumidores de sustancias, los adolescentes no consumidores de drogas poseían un *repertorio más extenso de respuestas de afrontamiento* ante ciertos eventos potencialmente estresores; sería factible admitir como medidas de prevención primaria aquellas destinadas a fomentar en grupos de población en riesgo, el desarrollo de mayores recursos individuales que actuarían como factores de protección ante la depresión y la ansiedad, colocadas, en este caso, en la base de conductas de adicción a sustancias.²⁰⁹

A pesar de las limitaciones del estudio reconocidas por la propia investigación, se señaló que “la diversidad de factores identificados confirma la conveniencia de desarrollar modelos multifactoriales y sistémicos para la comprensión del fenómeno”, afirmando, sin embargo, que “los resultados de este estudio pueden, sin duda, contribuir al diseño y aplicación de estrategias preventivas y de tratamiento del consumo de drogas en la adolescencia, centradas en factores de riesgo específicos y maleables, asociados tanto con el inicio del uso de drogas como con su mantenimiento y ulterior evolución a formas más intensas de consumo”.²¹⁰

Con análoga tendencia, algunos investigadores se han interesado en examinar en otras cohortes de adolescentes, la relación entre el impacto del estrés psicosocial y las características de ciertos recursos psicológicos, tales como autoestima, nivel de impulsividad y *locus* de control.²¹¹ Han encontrado que la valoración cognitiva de los estresores cotidianos en las áreas familiares y sociales de los jóvenes, matizada por los

²⁰⁹ Este planteamiento resultaría compatible con los programas basados en evidencia expuestos por la OMS para la prevención de los trastornos mentales -contenidos en el Capítulo 2 de la presente tesis-, los cuales de forma consistente aluden al desarrollo de habilidades para la vida que en última instancia, se traducirían en formas de respuesta individuales más adaptativas frente a las demandas del ambiente.

²¹⁰ *Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: análisis bivariados de un estudio de casos y controles. Op.cit., p.62.*

²¹¹ C. González, P. Andrade y A. Jiménez. (1997). Recursos psicológicos relacionados con el estrés cotidiano en una muestra de adolescentes mexicanos. *Salud Mental, 20(1)*, pp.27-35.

recursos individuales, juega un papel crucial en las respuestas de enfrentamiento que a corto y largo plazo, comprometen su estado emocional. Las diferencias encontradas entre hombres y mujeres “permite considerar que se requiere de diferentes aproximaciones psicoterapéuticas y preventivas por sexo”.²¹²

Tal vez la estimación de la prevalencia de trastornos mentales en poblaciones rurales, sea uno de los aspectos menos estudiados en México. Sin embargo, encuestas como la llevada a cabo en el estado de Jalisco durante 1996-1997 y cuyos resultados fueron publicados dos años después, ofrecen un acercamiento a realidades epidemiológicas psiquiátricas particulares alimentadas por la influencia de los factores contextuales –sociales, económicos y culturales- que se encuentran por debajo de los niveles de salud mental de las poblaciones.

El estado de Jalisco fue elegido para valorar la prevalencia en población general –de por vida y en el último año- de trastornos afectivos, específicamente depresión mayor, distimia y “nervios”, a través de una muestra de 945 adultos (442 hombres y 503 mujeres, de edades entre 15 y 89 años) residentes de 33 comunidades rurales de alta y baja emigración a los Estados Unidos de menos de 5,000 habitantes. Los resultados obtenidos identificaron:²¹³

- una prevalencia de *depresión* estimada en 6.2%, la cual se concentraba mayoritariamente entre las mujeres (9.1%) y en menor proporción en los hombres (2.9%). Dentro del grupo de población femenina la prevalencia más alta correspondió a las mujeres de entre 30 y 49 años de edad, con bajos niveles de escolaridad, incorporadas al mercado laboral o desempleadas, casadas y con más de cuatro hijos; en contraposición con aquellas de menor edad, mayor escolaridad o en proceso de formación académica, en quienes la depresión no alcanzó una prevalencia significativa. En el grupo de hombres, por su parte, el trastorno depresivo resultó ser menos insidioso, mostrando una prevalencia más alta en la población de los más jóvenes (15-19 años), solteros, sin hijos y con mayor escolaridad;

²¹² *Ibid.*, p.27.

²¹³ V. Salgado y M. J. Díaz-Pérez. (1999). Los trastornos afectivos en la población rural. *Salud Mental*, 22, Número especial, pp.68-74.

- la prevalencia de por vida de *distimia* fue del orden de un 3.4% con el mismo patrón que en el caso de la depresión, es decir, más frecuente en las mujeres (5.2%) que en los hombres (1.4%). La población femenina en donde recayó la más alta prevalencia, fue el grupo cuya edad se hallaba comprendida entre los 40 y 49 años, sin escolaridad, desempleadas, casadas, con más de cuatro hijos y residentes de comunidades de alta emigración. En los hombres de 10 a 29 años y de más de 60 años, con escolaridad primaria y habitantes de localidades de baja emigración, se observó la prevalencia mayor de *distimia*;
- una prevalencia general de por vida de *nervios*²¹⁴ de 15.4%, con una frecuencia entre las mujeres de 20.8% y en los hombres de 9.5%. Sin distinción de edad se presentó en todas las mujeres, particularmente entre las casadas, con más de cuatro hijos, menor escolaridad, económicamente activas y radicadas en poblaciones de alta emigración. Los *nervios* afectaron a los hombres ubicados en los grupos de edad extremos, que no tenían pareja ni hijos, con escolaridad elemental o sin ella y pertenecientes a zonas de emigración activa.

Pese a la precariedad de las condiciones generales de vida de los pobladores de las zonas rurales y su limitado acceso a recursos de salud, los estimados de prevalencias de depresión y *distimia* alcanzaron una frecuencia menor, en comparación con los de los habitantes de zonas urbanas identificados en algunos otros estudios. Sin pretensiones de un mayor análisis en torno a este fenómeno, la investigación sugiere empero, que esta diferencia podría estar relacionada con la existencia de “recursos personales y comunitarios que les permiten aminorar el impacto negativo en su salud mental de los factores asociados con la pobreza que los rodea”.²¹⁵ Conocer su naturaleza y atributos, así como comprender su potencial como agentes protectores de la salud mental de los residentes de comunidades rurales, quedó sugerido como materia de posteriores lecturas desde una visión distinta que ciertamente sería de suma valiosa para activar la puesta en práctica de estrategias que puntearan en la prevención.

²¹⁴ Los “nervios” es una condición de malestar emocional cuya manifestación sintomatológica, es similar a la de los trastornos afectivos. “Los nervios son un síndrome ligado a la cultura mexicana sobre todo en el medio rural. Se expresa a través de una variedad de síntomas que incorpora entre otros, dificultad para respirar, náusea, diarrea, vómito, dolores de cabeza, estómago, pecho y espalda, irritabilidad, tristeza, angustia, llanto, falta de concentración, temores y desesperanza”. *Ibid.*, p.70.

²¹⁵ *Ibid.*, p.73.

A últimas fechas y como efecto de una cada vez mayor tendencia hacia una visión epidemiológica y social en la investigación en salud, ha permeado el desarrollo de análisis con perspectiva de género al campo de la salud mental, análisis preocupados más que por la cuantificación por sexo de trastornos mentales prevalentes, por comprender y explicar las disimilitudes entre hombres y mujeres en términos de salud y enfermedad,²¹⁶ expresadas en las diferencias encontradas en la distribución de trastornos mentales entre ellos; a partir de la exploración de una dimensión colectiva que construye socialmente a los géneros.²¹⁷

El trabajo *Estereotipos sexuales, trabajo extradoméstico y depresión en la mujer*,²¹⁸ es una muestra de este tipo de aproximaciones. Según la autora a lo largo de la historia de nuestro país y hasta la última década del siglo XX en la cultura mexicana habían permanecido muy sólidos los estereotipos y papeles de género que tanto hombres como mujeres habrían de cubrir, encontrándose más arraigados en los sectores populares; en este sentido, las mujeres reconocían como parte sus características femeninas las conductas de sumisión y como propias de los varones el machismo. Estas atribuciones estudiadas a la luz de la salud mental, resultaban ser factores predisponentes para el desarrollo de algunos trastornos en razón de haber sido correlacionadas con neuroticismo –*sumisión*–, con psicoticismo –*machismo*– y ambos aspectos con depresión. Por otra parte, la incorporación de la mujer al mercado laboral en condiciones desfavorables, la carga del trabajo doméstico y el cuidado de la familia

²¹⁶ “El género configura, con las diferencias biológicas, socioeconómicas y ambientales, los factores de riesgo y condición de salud en mujeres y hombres y determina también la frecuencia con la que usan los servicios de salud, la forma en que son atendidos, las características de apego a tratamientos médicos, y el consumo de medicamentos”. P. Cerón, C. Sánchez, C. Robledo, A. Del Río, L. Pedrosa, H. Reyes, B. Cerón, G. Ordaz y G. Olaiz. (2006). Aplicación de la perspectiva de género en artículos publicados en cuatro revistas nacionales de salud, México, 2000-2003. *Salud Pública de México*, 48(4), p.333.

²¹⁷ “Es indispensable precisar que no es lo mismo sexo que género. Por el primero nos referimos a la cualidad biológica definida por la morfología genital; por género aludimos a la *dimensión social* que adquieren las diferencias sexuales entre varones y mujeres, y que finalmente se expresan en estereotipos y roles de género que condicionan, entre otras cosas, modalidades de conducta y personalidad distintas según el sexo de las personas. El género es una red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores y actividades diferenciadas entre varones y mujeres, que pasan a través de un proceso de construcción social. Sobre esta red se constituyen las proscripciones y prescripciones sociales en que se sustenta el *deber ser* y lo que en cada sociedad definimos como lo masculino y lo femenino”. J. Granados y L. Hernández. (2003). Patrones de daños a la Salud Mental: psicopatología y diferencias de género. *Salud Mental*, 26(1), p.44-45.

²¹⁸ M. A. Lara. (1999). Estereotipos sexuales, trabajo extradoméstico y depresión en la mujer. *Salud Mental, Número especial*.

había incrementado sus niveles de tensión, generando un impacto negativo en su salud física y mental; pese a ello, a esa fecha las mujeres trabajadoras presentaron una menor sintomatología depresiva que aquellas dedicadas al hogar.²¹⁹

Con todo, análisis más refinados efectuados a la luz de otros factores contextuales que vulneraban la salud mental de las mujeres,²²⁰ advertían del riesgo de la población femenina económicamente activa de comunidades urbanas de nivel socioeconómico medio-bajo y bajo, de desarrollar desórdenes mentales, especialmente depresión; tal era el caso de las cohortes trabajadoras que fungían como jefes de familia, carecían de pareja y pertenecían a una familia extensa.

Su responsabilidad en el sostenimiento económico de la familia a la que se sumaban el peso de las tareas domésticas, así como las funciones de soporte emocional y afectivo para con los diferentes miembros de la familia, de dispensadora de cuidados a niños y ancianos y de proveedora de recursos para la familia; fueron las variables que se estimaron incrementaban su probabilidad de verse aquejadas por episodios depresivos. El cúmulo de demandas externas para satisfacer las necesidades del grupo familiar que sobrecargaba a las mujeres con estos patrones de vida, en suma, se traducían en un mayor riesgo de enfermedad mental. La precariedad de su economía, igualmente, comprometía “las oportunidades que sus hijos tendrán en el futuro...porque determina su acceso a la mayoría de los bienes y servicios que necesitan para su bienestar cotidiano y para su adecuado desarrollo”.²²¹

Los diferentes aportes de las investigaciones referidas, son apenas una muestra de la vasta producción de estudios llevados a cabo en nuestro país, en diferentes momentos y direccionados a diferentes grupos poblacionales en un afán por conocer el tamaño y

²¹⁹ La investigación plantea como posibles razones “a) la mejor salud de las mujeres que se incorporan a la fuerza de trabajo, b) el efecto que produce participar en varios roles, que hace que uno de ellos mitigue los efectos adversos del otro, c) un mayor apoyo social y d) la ganancia que se obtiene por el ingreso económico a la que se agregan las ganancias secundarias, como son los logros y los reconocimientos”. *Ibid.*, p.124.

²²⁰ S. Berenzon, M. Tiburcio y M. E. Medina-Mora. (2005). Variables demográficas asociadas con la depresión: diferencias entre hombres y mujeres que habitan en zonas urbanas de bajos ingresos. *Salud Mental*, 28(6), pp.33-40.

²²¹ *Ibid.*, p.39.

características de los daños en la salud mental de los mexicanos, amén de su evolución y trayectoria. Nuestra selección de estudios, por demás parcial y acotada, no tuvo más pretensiones que brindar un panorama global sobre la contribución de las enfermedades mentales en la disminución del estado de bienestar y niveles de salud de los individuos, eligiendo para ello un reducido número de investigaciones en algunos grupos de población.

Conocer la forma en cómo la aproximación al análisis de la prevalencia de trastornos mentales, contribuiría al diseño de estrategias para la prevención de trastornos mentales en México durante el periodo de nuestro análisis, correlacionada en un primer momento con variables sociodemográficas –sexo, edad, escolaridad, ocupación, lugar de residencia, entre otras- y más recientemente con interpretaciones de género –en la que los perfiles psicopatológicos diferenciados por sexo se vinculan con condiciones sociales-, será posible al momento de explorar los programas específicos que para hacer frente a las enfermedades mentales, fueron emitidos, aceptando que para controlarlos y/o evitarlos había que atender a su multicausalidad.

Impacto de los trastornos mentales

Los fundamentos para colocar a la prevención primaria en salud mental como estrategia prioritaria de las políticas públicas en nuestro país habían encontrado una base sólida en las perspectivas clínica, epidemiológica y social, sin embargo desde la visión económica todavía eran limitados los argumentos.

Costos directos

Dada esa insuficiencia, una contribución importante para la comprensión de las implicaciones financieras debidas a la producción de servicios de salud mental –*costos directos*- fue realizada por el estudio *Evaluación económica de la demanda de atención médica para la salud mental en México: esquizofrenia y depresión, 1996-*

2000.²²² El análisis de los gastos erogados por diversas instituciones del sistema de salud para su tratamiento, partió desde la evaluación del costo anual per cápita por padecimiento, hasta su contrastación con los correspondientes a otras enfermedades infecciosas y degenerativas.

La demanda de servicios de atención para la depresión y la esquizofrenia y el costo derivado tendieron a incrementarse en el periodo considerado, hasta alcanzar cifras que independientemente de su distribución, resultaron sumamente significativas: baste decir que en el supuesto de haberse efectivamente atendido a la población abierta y asegurada que solicitó atención para ambos trastornos en el año 2000²²³ el costo global ejercido por el sistema de salud habría sido de aproximadamente 2,890,000.00 dólares americanos.

Una revisión más detallada (*Tabla 19*) indica que el costo del manejo anual de caso promedio²²⁴ fue de \$221 USD para depresión y de \$211 USD para esquizofrenia, siendo éstos determinados a partir de los costos de insumos y funciones de producción.²²⁵ En relación a su demanda, el primer padecimiento fue el más solicitado en instituciones de seguridad social, mientras que el segundo tuvo ese efecto en instituciones de atención a población abierta.

²²² A. Arredondo, R. Ramos y A. Zúñiga. (2003). Evaluación económica de la demanda de atención médica para la Salud mental en México: esquizofrenia y depresión, 1996-2000. *Revista de Investigación Clínica*, 55(1), pp.43-50.

²²³ Aún cuando la investigación ofrece información para el periodo de los años de 1996 al 2000, sólo se hará referencia a la reflejada durante éste último.

²²⁴ Paciente controlado, en fase de mantenimiento, que no presentara complicaciones y para cuya atención se dispuso de los siguientes recursos: atención en un hospital público con un tratamiento farmacológico convencional mínimo, una visita de control anual y cinco visitas médicas de seguimiento.

²²⁵ La producción de bienes y servicios puede entenderse como el proceso a partir del cual insumos tales como recursos materiales, trabajo humano, tecnología médica, infraestructura física, capital, etc., son utilizados para la generación de productos, bienes y/o servicios dirigidos a la salud. En este sentido la *función de producción* es una descripción matemática de los insumos requeridos para producir un determinado servicio en salud. I. Parada. (2001). Aspectos a considerar en el análisis de los costos de la atención médica. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas*, 19, p.43.

Tabla 19. Demanda de Servicios y Costo de la demanda²²⁶

Depresión \$221 USD	Población no asegurada ²²⁷				Población asegurada ²²⁸		
	SSA	I. NAC	DDF	IMSS-S	IMSS	ISSSTE	OTROS
Demanda anual de servicios de salud por tipo de institución (casos)	1969	564	14	65	2480	416	376
Costo de la demanda anual de servicios de atención médica por tipo de institución	450,000	120,000	---	<50,000	550,000	100,000	<100,000
Costo de la demanda de servicios por tipo de población	700,000				900,000		

Esquizofrenia \$211 USD	Población no asegurada				Población asegurada		
	SSA	I. NAC	DDF	IMSS-S	IMSS	ISSSTE	OTROS
Demanda anual de servicios de salud por tipo de institución (casos)	4233	342	7	37	2802	420	135
Costo de la demanda anual de servicios de atención médica por tipo de institución	900,000	<100,000	---	<50,000	600,000	100,000	<50,000
Costo de la demanda de servicios por tipo de población	700,000				590,000		

La carga que la depresión y esquizofrenia tenían dentro del sistema de salud fue revelada al contrastar el gasto erogado para su atención (\$211 USD y \$221 USD) con el de otras enfermedades crónico-degenerativas e infectocontagiosas: tan sólo los costos del manejo de caso de hipertensión y diabetes (\$266 USD) fueron más altos que los de esas afecciones mentales, mientras que los costos de neumonía y diarrea resultaron más bajos (\$208 USD).

De las instituciones consideradas, aquellas que presentaron en conjunto la más alta demanda de servicios y absorbieron la mayor cantidad de recursos fueron la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, y el Instituto de Seguridad y Servicios

²²⁶ Evaluación económica de la demanda de atención médica para la Salud mental en México: esquizofrenia y depresión, 1996-2000. Op.cit. Tabla adaptada de cuadros 3 y 4 y de figuras 1, 2 y 3. pp.46-48.

²²⁷ Secretaría de Salud, Institutos Nacionales de Salud, Departamento del Distrito Federal, Programa IMSS Solidaridad.

²²⁸ Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado y otros.

Sociales de los Trabajadores del Estado, con lo que podría entenderse que *un mayor gasto* haya sido ejercido por la población asegurada, que para la fecha era solamente del 40.1% de la población nacional.²²⁹ La población no asegurada, cuya tasa era más alta comparativamente, estaba costando menos a las instituciones de atención abierta, quizá porque los usuarios de servicios cubrían gran parte de los costos de la atención –como se verá más adelante-.

Sentados estos antecedentes, ya era posible dimensionar el problema para el sistema de salud en función de los *costos directos* de la atención de los trastornos mentales; aún cuando las observaciones habían sido circunscritas a dos padecimientos, los resultados podrían proyectar condiciones similares para la atención de otros de notable prevalencia –ansiedad, abuso de alcohol y sustancias-.

El Sistema Nacional de Salud del país estaba ya pagando un alto precio por la atención a los trastornos mentales bajo un único esquema, el del tratamiento médico; situación que podría verse agravada ante la inminente crecida de su prevalencia y por su importante contribución al cambio del perfil epidemiológico, en adición había que plantear los cambios demográficos y las recurrentes crisis económicas que afectarían a todos los sectores de la nación, con el consiguiente debilitamiento de las instituciones de salud.

Costos indirectos: gasto catastrófico y discapacidad

Los análisis del impacto financiero generado por las afecciones mentales no deben limitarse a los *costos directos* de producción de servicios emitidos por las instituciones, los *costos indirectos* de la atención a la salud mental también afectan a la economía de las familias y al sector productivo de forma por demás significativa.

²²⁹ Instituto Nacional de Estadística y Geografía México. (2006). *Porcentaje de población derechohabiente y su distribución según institución para cada entidad federativa, 2000 y 2005.*

La modalidad de servicios de salud más extendida para hacer frente a los padecimientos mentales ha sido la atención médica ambulatoria, siendo ésta la principal estrategia de la atención primaria en salud; en gran medida se desarrolla en los espacios vitales de los usuarios, con la prerrogativa de permanencia dentro de su comunidad y la enorme desventaja de que el impacto de la atención queda condicionado a su capacidad de respuesta.

En este sentido, las condiciones económicas resultan ser determinantes para la recuperación del estado de salud pues su déficit puede llevar a la postergación de la atención y con ello a la cronicidad del padecimiento; otro camino probable es el desvío de recursos del sustento familiar para, en el mejor de los casos, acceder a los servicios públicos de salud y sufragar gastos propios de la atención que no son absorbidos por las instituciones, o en sustitución recurrir a servicios privados con las consabidas implicaciones.

Para 1999 ya era evidente el alto nivel de gasto de bolsillo erogado por los usuarios para solventar diversos conceptos relacionados a la atención médica ambulatoria²³⁰ prestada por el Estado (*Cuadro 12*). Importantes diferencias económicas eran destacables en razón del tipo de institución que brindaba la atención –de seguridad social ó a población abierta-, la disponibilidad y la accesibilidad a los servicios. A manera de ejemplo, el dispendio por transporte podía representar el 50% del salario mínimo diario de una persona, siendo mayor en comunidades rurales (\$4.11 USD) que en zonas urbanas (\$1.68 USD).

Esos gastos de bolsillo en que incurrían los consumidores de servicios de salud representaban una importante carga financiera para las familias situándolas en riesgo de empobrecimiento, especialmente en regiones con economía deprimida y con prestaciones en salud limitadas.

²³⁰ A. Arredondo, P. Nájera y R. Leyva. (1999). Atención médica ambulatoria en México: el costo para los usuarios. *Salud Pública de México*, 41(1), pp.18-26.

*Cuadro 12. Gasto de bolsillo para la atención médica ambulatoria.
Conceptos y costos promedio*²³¹*

Transporte	\$2.20
Consulta general	\$7.99
Medicamentos	\$9.60
Estudios diagnósticos	\$13.60
Costo promedio total de la atención ambulatoria	\$22.70
Otros gastos adicionales relacionados con la atención	\$6.80 a \$24.28

**Cifras expresadas en dólares estadounidenses*

En México para el año 2002²³² arriba del 50% de la población nacional no contaba con seguridad social y más de la mitad del gasto nacional de salud era gasto de bolsillo; cuando éste superaba el 30% o 40% de la capacidad de pago de la familia por motivos de salud era calificado como un gasto catastrófico. En el último trimestre de ese año 900,000 familias vivieron esa condición, que recaía generalmente en los hogares más desprotegidos del sistema de salud –no asegurados, rurales y pobres- a diferencia de los hogares ricos, asegurados y urbanos en los que la posibilidad de llegar a tener gastos catastróficos era menor.

Los pagos de medicamentos y la atención ambulatoria provocaron en general más del 60% de los casos de gasto catastrófico. En los hogares más pobres el 5% de los gastos catastróficos se debieron a hospitalización, el 36% a medicamentos y el 80% a la combinación de medicamentos con atención ambulatoria; esto significaría que aquellas enfermedades crónicas –especialmente no transmisibles-, cuya atención es básicamente médica ambulatoria, que requieren permanentemente de medicación y que presentan pocos episodios de internamiento –concepto absorbido en gran medida por las instituciones- resultan ser más riesgosas en términos económicos para las familias pobres.

Bajo estas circunstancias el no aseguramiento y el gasto de bolsillo realizado por atención ambulatoria y medicamentos, se constituyeron en factores de riesgo para el

²³¹ *Ibid.* Tabla basada en datos de resultados, p.21.

²³² S. Sesma, R. Pérez, C. Sosa y O. Gómez. (2005). Gastos catastróficos por motivos de salud en México: magnitud, distribución y determinantes. *Salud Pública de México*, 47(s1), pp.s37-s46.

surgimiento de gastos catastróficos derivados de la atención a los problemas de salud, con el consecuente y sustancial deterioro económico de las familias; el aseguramiento y la residencia en zonas urbanas, amén del nivel del ingreso actuarían como agentes protectores.

La dinámica entre el crecimiento de enfermedades no transmisibles –que requieren de periodos largos de atención médica-, categoría en la que se incluye a los trastornos mentales; la continua baja de nivel de aseguramiento de la población; el incremento de los gastos de bolsillo por motivos inflacionarios; y, una cada vez más deteriorada microeconomía conforman un escenario en el que el acceso a la salud será un verdadero privilegio, alcanzable básicamente por los sectores más protegidos del sistema; las familias más vulnerables del país llegarán al punto de tener que elegir entre mantener su paupérrima economía o atender su salud.

Dimensión adicional de los *costos indirectos* producto de la afectación por algún trastorno mental es la *discapacidad*, que se traduce casi inevitablemente en pérdida de productividad y bajo desempeño funcional en las diferentes áreas de la vida de los afectados, con lo que el espectro de su daño se amplía de lo individual a lo social.

Con los resultados expuestos por el *Global Burden of Disease* en los que se hizo evidente que los padecimientos mentales eran causantes de una importante carga de discapacidad en el mundo, se abría una nueva línea en la investigación de éstos.

En México esta tendencia había empezado a permear poco a poco desde la década de los 90's. Evaluaciones cuya orientación estuviese dirigida a la *medición de la discapacidad* no podrían evadirse de considerar las transiciones de los perfiles epidemiológico y demográfico si se pretendía fueran fundamento para: el trazado de paquetes de servicios esenciales en salud, la reforma del sistema de salud en México y el diseño e implementación de políticas de Estado.²³³

²³³ R. Lozano, C. Murray, J. Frenk & J.L. Bobadilla. (2006). Burden of disease assessment and health system reform: Results of a study in Mexico. Abstract. *Journal of International Development*.

Bajo la visión de los cambios epidemiológicos habría que tener en cuenta que condiciones particulares como los trastornos psiquiátricos mantienen estrechas relaciones con enfermedades no transmisibles –diabetes, cáncer, hipertensión- y con conductas de riesgo –que posibilitan lesiones-, relaciones que podrían influir en los índices globales de discapacidad.

Desde la mirada de discapacidad-demografía, estudios locales informaron que en la población de adultos mayores de 60 años,²³⁴ México en 1994 había perdido 1.8 millones de Años de Vida Saludable (AVISA) –para organismos internacionales correspondía al indicador AVAD, Años de Vida Ajustados por Discapacidad -,²³⁵ 84% de ellos debidos a *enfermedades no transmisibles*, 8% a enfermedades transmisibles y el 8% restante a *lesiones accidentales e intencionales*. La carga de la discapacidad se distribuía en un 52% en mujeres y un 48% en hombres, sin embargo a razón per cápita, el riesgo de perder un año de vida saludable era de 1.16 veces mayor en varones.

Datos más específicos sobre trastornos mentales y discapacidad fueron hechos patentes por el IMSS: en el año 2000 los trastornos neuropsiquiátricos habían generado una pérdida de 508,284 AVISA en la población derechohabiente, de los cuales 193,389 correspondían a trastornos depresivos; estos padecimientos se colocaron como la décima causa de AVISA perdidos en ese año, pese a no aparecer como motivo de consulta, hospitalización o mortalidad en los primeros lugares.²³⁶

²³⁴ R. Lozano, J. Frenk y M. A. González. (1996). El peso de la enfermedad en adultos mayores, México 1994. *Salud Pública de México*, 38(6), pp.419-429.

²³⁵ En las traducciones oficiales de la OMS y del Banco Mundial, el término empleado es AVAD (años de vida ajustados por discapacidad). En México el indicador correspondiente es denominando AVISA (años de vida saludable) que se compone de la suma de Años Perdidos por Muerte Prematura (APMP)-basados en tabuladores de mortalidad- y los Años Vividos con Discapacidad (AVD), usando parámetros adicionales a los de APMP como son: incidencia, duración promedio de la enfermedad, factor de corrección de las discapacidades asociadas a las diferentes etapas, en las que en promedio transita una enfermedad a lo largo de la vida. R. Lozano, M. Franco y P. Solís. (2007). El peso de la enfermedad crónica en México. *Salud Pública de México*, 49, Número especial, pp.283, 285.

²³⁶ G. Rodríguez, J. Escobedo, B. Zurita y T. Ramírez. (2007). Muerte prematura y discapacidad en los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública de México*, 49(2), pp.132-143.

No obstante a contar con información nacional, parecía ser que la mas reconocida provenía de estimados realizados por diferentes organismos internacionales²³⁷ que revelaban los *años de vida sana perdidos como consecuencia de enfermedades y lesiones no fatales causantes de discapacidad –AVAD´s-*.²³⁸

Unicamente para el año 2002 los montos de este indicador en México (*Tabla 20*) por todas las causas de pérdida de salud consideradas, alcanzaron la cifra de 15,387 AVAD´s; el mayor peso procedió de enfermedades no transmisibles (10,301=66%) a cuyo grupo pertenecían las *condiciones neuropsiquiátricas* y que le aportaron 3,773 AVAD´s. (el 36.6%). Estas condiciones neurológicas y psiquiátricas representaban en el global de AVAD´s casi la cuarta parte (24.54%).

Un análisis pormenorizado excluyente de padecimientos neurológicos, permitiría derivar que *tan sólo los trastornos psiquiátricos* eran causantes de 2,577 años de vida sana perdidos como resultado de discapacidad, entre los que se encontraban los desórdenes depresivos, por uso de alcohol, esquizofrenia, bipolar, obsesivo compulsivo, de pánico, por uso de drogas y de estrés postraumático.

Estos trastornos mentales correspondieron al 68.3% de las condiciones neuropsiquiátricas, al 25% de enfermedades no transmisibles y al 16.7% del total de AVAD´s. Siendo así, los trastornos psiquiátricos fueron responsables de la sexta parte del total de *años de vida sana perdidos por discapacidad* en México en el año 2002. No habría de perderse de vista que esta discapacidad podía ser traducida en términos de pérdida de productividad con sus consiguientes efectos económicos.

²³⁷ Estimados que influirían en el desarrollo de programas específicos en salud mental.

²³⁸ *Global Burden of Disease and Risk Factors. Op. cit., pp.2,3.*

Tabla 20. Estimado total de AVAD por causas en México 2002.²³⁹

Causas		AVAD's
<i>Todas las causas</i>		15,387
I. Enfermedades transmisibles, condiciones maternas, perinatales y nutricionales		2,914
II. Enfermedades no transmisibles		10,301
<i>II.1 Condiciones neuropsiquiátricas</i>		3,773
1	Desorden depresivo unipolar*	888
2	Desorden por uso de alcohol*	769
3	Esquizofrenia*	297
4	Desorden bipolar*	249
5	Epilepsia	178
6	Migraña	178
7	Alzheimer y otras demencias	131
8	Desorden obsesivo compulsivo*	126
9	Desorden de pánico*	121
10	Desorden por uso de drogas*	80
11	Insomnio (primario)	71
12	Desorden de estrés postraumático*	47
13	Esclerosis múltiple	24
14	Enfermedad de Parkinson	12
* <i>Trastornos psiquiátricos</i>		2,577
III. Lesiones		2,172

Con lo visto a lo largo de este apartado, la estimación de la prevalencia de los trastornos mentales reportada hasta esa fecha, habría de ser considerada como uno de los fundamentos que alimentarían el contenido y propósito de las políticas públicas, estimaciones que reiterativamente colocaban a los trastornos de depresión, ansiedad, uso de alcohol y psicóticos –en menor grado- como las principales causas responsables del deterioro de la salud mental.

De particular interés sería atestiguar la forma en cómo el Estado tenía previsto enfrentar esta cuestión sin omitir la dinámica socio-demográfica en la que se mueve la salud mental y sus trastornos. Y muy probablemente descubrir la estrategia mediante la cual se empatarían estas prioridades en el campo de la salud mental con una perspectiva económica al respecto.

²³⁹ World Health Organization. (2004). *Health statistics and health information systems*.

Desde esta visión podría esperarse que el conocimiento del coste-beneficio de la atención médica para problemas de salud mental en todos los planos, fuera motivación suficiente para que el Estado definiera acciones dirigidas a: organizar y optimizar los recursos institucionales disponibles; a innovar los esquemas de abordaje a la salud mental más allá del enfoque médico; y a reafirmar a la prevención primaria como la estrategia más plausible y quizá menos onerosa, llevándola a consolidarse como la directriz de las políticas públicas en salud mental en los años por venir.

No cabe duda de que la atención a la salud mental representa un alto costo, lo que no invalida afirmar que la no atención también. En esta encrucijada, ¿la prevención sería capaz de ofrecerse como una vía de solución en las diferentes dimensiones del problema? Habría que ver...

3.3.2 Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. Acciones Hoy, para el México del Futuro

El Plan Nacional de Desarrollo es el instrumento rector a partir del cual el Poder Ejecutivo Federal sienta los preceptos con los que es dirigida la nación durante su mandato. En él, quedan establecidos las políticas públicas concernientes a todos los ámbitos de la vida nacional, así como los objetivos, estrategias y acciones necesarias a efectuar por cada uno de los sectores de la administración pública para el desarrollo del país.

Como toda labor del Estado Mexicano el Plan Nacional de Desarrollo se cimienta en un marco legal, que para este caso estuvo fundamentado en:

- La *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917)* que en su Artículo 26 afirma que los fines del proyecto nacional serán los contenidos en la Constitución y que éstos determinarán los objetivos de la planeación nacional, que será democrática y reflejará las aspiraciones y demandas de la sociedad, quedando integrados en un Plan Nacional de Desarrollo al que se sujetarán todos los programas de la Administración Pública Federal.

- La *Ley de Planeación (1983)*. En esta ley quedan establecidos los principios básicos conforme a los cuales se llevará a cabo la planeación nacional del desarrollo, que en su proyecto considerará la participación y consulta de los diversos grupos sociales para la elaboración, actualización y ejecución del Plan Nacional de Desarrollo (Art. 20); en éste se precisarán los objetivos nacionales, estrategias y prioridades del desarrollo integral y sustentable del país (Art. 21). El Presidente de la República remitirá el Plan al Congreso de la Unión para su examen y opinión, quien formulará las observaciones que estime pertinentes durante la ejecución, revisión y adecuaciones del propio Plan (Art. 5).
- El *Sistema Nacional de Planeación Participativa (1983)* es la herramienta con que cuenta el Estado Mexicano para integrar las opiniones y aportaciones de la sociedad civil en la definición, concertación, seguimiento y evaluación de las políticas y acciones gubernamentales, mediante mecanismos que promuevan el desarrollo de relaciones funcionales intersectoriales y de éstos con los diversos grupos y organizaciones sociales a fin de alcanzar los objetivos definidos para el proyecto nacional.

En cumplimiento a lo dispuesto por la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y por la Ley de Planeación, el Plan Nacional de Desarrollo (PND) para el periodo 2001-2006²⁴⁰ fue aprobado por Decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 30 de mayo de 2001.

Generalidades

El Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 fungió como la guía presidencial para responder a los retos que implicaba el desarrollo de la Nación Mexicana en dicho periodo; la consideración de un entorno de transición en las esferas demográfica, económica, política y social, la incorporación de la participación ciudadana –a través del Sistema Nacional de Planeación Participativa-, el énfasis puesto en el desarrollo social –educación y salud- y una visión proyectiva de las acciones gubernamentales hacia el México del año 2025, *fueron los elementos estratégicos que caracterizaron la preparación de este plan.*

²⁴⁰ Presidencia de la República. (2001). *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. Acciones hoy para el México del futuro*. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. pp.5-157.

Bajo la apreciación de estos factores *quedaron delineadas las políticas social, económica, interior y exterior del país*, así como los objetivos y estrategias derivados de ellas, dando origen a los programas sectoriales, intersectoriales, especiales, institucionales y regionales, instaurándose éstos como los mecanismos operativos –con proyectos y procesos definidos- para lograr el cumplimiento de los objetivos y metas trazadas para el año 2006.

Aún cuando en el Plan Nacional de Desarrollo se precisó un marco que normara la acción del gobierno para un periodo de seis años, también *se dejó propuesto un horizonte de planeación a 25 años –Visión México 2025-*, mismo que sería analizado por un consejo procedente de la sociedad civil, el cual *identificaría constantemente oportunidades de mejora* y propondría análisis, estudios y líneas de acción al titular del Ejecutivo Federal, haciendo partícipes a los tres poderes del Estado, los tres órdenes de gobierno, con la sociedad civil y el sector privado.

La *capacidad de renovar* los alcances, sentido y contenido de las políticas públicas, estaría dada en función de:

- El conocimiento aportado por diferentes disciplinas y en su evidencia.
- Experiencias nacionales e internacionales en cuanto a la ejecución práctica de acciones.
- La detección de cambios en las necesidades de la población y las prioridades de atención demandada por ésta.
- La consideración de un entorno en evolución y de sus particulares situaciones en reparo en las variaciones de recursos humanos, materiales y económicos disponibles.
- Bajo la observancia de las transiciones demográfica, social, económica y política.

En ese entonces y para atender las demandas nacionales, el Estado requería de acciones dirigidas por objetivos comunes y hacia los cuales estuviera focalizado el esfuerzo gubernamental, lo que llevó a reformar la estructura del Poder Ejecutivo Federal creándose la Oficina Ejecutiva de la Presidencia de la República en la que

quedaron contempladas tres comisiones con funciones de planeación, coordinación, colaboración, apoyo y promoción y que concentraron a dependencias y entidades de la Administración Pública Federal: *Comisión de Desarrollo Social y Humano*, Comisión de Crecimiento con Calidad y Comisión de Orden y Respeto. Esta nueva estructura operativa tenía como *prioridades* a cumplir:

- El *fortalecimiento del desarrollo humano* con énfasis en la Revolución Educativa y la Reforma al Sistema Integral de Salud.
- El *desarrollo económico* dinámico, con calidad, incluyente y sustentable, que promoviera la competitividad nacional.
- El *crecimiento social* basado en el orden y respeto, con gobernabilidad democrática y seguridad pública.

Principios y valores

Desde las políticas trazadas en este Plan hasta las acciones a implementar por cada una de las dependencias de la Administración Pública, habrían de ser conducidas al amparo de tres *principios fundamentales*: el humanismo, la equidad y el cambio. El *humanismo* aludía a la búsqueda del desarrollo armónico de las facultades del ser humano, su inteligencia y su voluntad libre, tanto en el ámbito individual como en el social. Con independencia de la diversidad que caracteriza a la Nación, *la promoción de la equidad* e igualdad de oportunidades para el acceso a los bienes sociales y los satisfactores básicos, fue otro de sus postulados. Un México dinámico y en constante evolución requería de una *perspectiva guiada por el cambio*, que garantizara el desarrollo social y humano bajo un esquema de *cooperación democrática y de responsabilidad compartida con el Estado*.

Bajo estos principios sería posible alcanzar una sociedad en la que un gran número de ciudadanos poseyera sólidas *capacidades para construir su propio bienestar*, apoyados por *políticas públicas* eficaces que complementaran sus esfuerzos individuales y que estuvieran protegidos de riesgos que impidieran sus posibilidades de progreso.

En la *Visión* de este Plan, quedó perfilada la pretensión de un México hacia el 2025, ideal para el desarrollo continuo de su capital social y en general, de la Nación:

“La visión del México al que aspiramos en el año 2025 puede sintetizarse así: México será una nación plenamente democrática con alta calidad de vida que habrá logrado reducir los desequilibrios sociales extremos y que ofrecerá a sus ciudadanos oportunidades de desarrollo humano integral y convivencia basadas en el respeto a la legalidad y en el ejercicio real de los derechos humanos. Será una nación dinámica, con liderazgo en el entorno mundial, con un crecimiento estable y competitivo y con un desarrollo incluyente y en equilibrio con el medio ambiente. Será una nación orgullosamente sustentada en sus raíces, pluriétnica y multicultural, con un profundo sentido de unidad nacional”.²⁴¹

En la *Misión* fue definido el compromiso del Gobierno Federal para el avance hacia esa visión:

“La misión del Poder Ejecutivo Federal 2000-2006 es conducir responsablemente, de manera democrática y participativa, el proceso de transición del país hacia una sociedad más justa y humana y una economía más competitiva e incluyente, consolidando el cambio en un nuevo marco institucional y estableciendo la plena vigencia del Estado de derecho”.²⁴²

Los desafíos para México al siglo XXI

“Las transiciones no comienzan ni se agotan en el sexenio 2001-2006, lo trascienden”.²⁴³

El análisis prospectivo de México al 2025 hizo evidente los significativos procesos de cambio que habría de enfrentar el país para su desarrollo, procesos que requerirían de acciones gubernamentales que fueran reorientadas y renovadas continuamente en cuanto a metas, diseño de instrumentos y mecanismos para la toma de decisiones. El reconocimiento de las transiciones –*demográfica, económica, política y social*- permitiría

²⁴¹ *Ibid.*, p.37.

²⁴² *Ibid.*, p.38.

²⁴³ *Ibid.*, p.34.

prever las intervenciones requeridas tanto para reducir los riesgos y mitigar los efectos de los cambios, como para derivar de ellos oportunidades de acción, a fin de alcanzar las prioridades nacionales establecidas.

En el presente apartado, serán analizadas en exclusivo las *transiciones demográfica y social*, en virtud de las posibles implicaciones de éstas sobre la salud mental de la población, sin demeritar la influencia que también ejercerían los cambios económicos y políticos en ella; a continuación del análisis de esas transiciones, será incluida una sección donde se tratarán algunos aspectos socioeconómicos, educación y salud.

Los retos de la transición demográfica

México abandona el siglo XX habiendo vivido transformaciones demográficas que tendrían un significativo impacto para el desarrollo económico y social del país en el mediano y largo plazo.

La *transición demográfica* describe un proceso en el que los niveles de mortalidad y fecundidad desempeñaron un importante papel en cuanto al *tamaño y dinámica de la población*, expresándose inicialmente en un intenso crecimiento demográfico y posteriormente en su desaceleración (*Tabla 21*).

La disminución de la mortalidad como efecto de la mejora de las condiciones de vida, promovió un aumento en la *esperanza de años de vida*, que aunado al ascenso de la fecundidad en el país, originaron que la *tasa de crecimiento* poblacional atravesara por ciclos de un acentuado incremento (1930-1970). Lo anterior, produjo un perfil demográfico rejuvenecido: el *grupo de menores de 15 años de edad* aumentó en 3.5 veces en este periodo, mientras que el correspondiente al de *15 a 64 años* creció únicamente en un 2.5 veces su tamaño, agudizando con ello la *carga de dependencia juvenil*. Este fenómeno ejerció una fuerte presión sobre la prestación de servicios, especialmente los de educación y salud.

Tabla 21. Transformaciones Demográficas en el Siglo XX²⁴⁴

	1930*	1950*	1965*	1970*	1980	2000
<i>• Transformaciones en el tamaño de la población</i>						
Tamaño población (<i>millones de personas</i>)	17	26	---	52	---	100
Tasa de crecimiento natural (<i>porcentaje</i>)	2.3	2.9	3.5	3.3	2.6	1.7
Hijos por mujer (<i>promedio</i>)	---	---	---	7.3	4	2.4
<i>• Transformaciones en la estructura por edad</i>						
Menores de 15 años (<i>millones</i>)	6	---	---	22	---	33
Peso relativo de los menores respecto a la población (<i>porcentaje</i>)	39	---	---	46	---	---
Personas mayores de 15 a 64 (<i>millones</i>)	10	---	---	24	---	58
Peso relativo de los mayores respecto a la población (<i>porcentaje</i>)	58	---	---	50	---	---
Carga de dependencia juvenil (<i>menores de 15 años por cada 100 personas en edad laboral</i>)	68	---	---	92	---	56
Esperanza de vida (<i>años</i>)	36	50	---	62	---	75

*Etapa de intenso crecimiento demográfico

A partir de 1970 y ante la implementación de acciones para el control de la natalidad, la *tasa de crecimiento* demográfico desaceleró su ritmo llegando al 2000 a una análoga a la de 1930, pero con un *tamaño de población* seis veces mayor (de 17 a 100 millones de habitantes), a la que se sumaba una continua extensión de la *esperanza de años de vida*. Bajo esta dinámica, el *grupo de menores* elevó su volumen a únicamente 1.5 veces, en tanto que el de *mayores de 15 años* se multiplicó en casi 2.5 veces, reduciéndose entonces la razón de *dependencia juvenil*.

Sin embargo, el desplazamiento de las numerosas generaciones del pasado hacia la edad laboral, en un periodo de trascendental contracción económica –década de los ochentas-, provocó que los empleos disponibles fueran insuficientes y consiguientemente aumentaran el empleo informal, el desempleo y la pobreza, generando un importante impacto al desarrollo social con efectos de extenso alcance.

²⁴⁴ Tabla realizada con datos extraídos a lo largo del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006.

Estos cambios en la dinámica poblacional implicarían un desafío a la labor del Estado en pleno siglo XXI (Tabla 22), ya que el otorgamiento y promoción de los bienes sociales y servicios básicos de su responsabilidad –*educación, salud, seguridad pública, creación de empleo, acceso a la alimentación y vivienda*- serían objetivos difíciles de cumplir.

Tabla 22. Transformaciones Demográficas en el Siglo XXI

	2000	2005	2010	2015	2020	2030	2050
Tamaño población (millones de personas)	100	---	---	---	---	121	130
Personas mayores de 65 años (tasa de crecimiento anual; porcentaje)	3.7	---	---	---	---	4.6	---
Razón de mayores de 65 por número de habitantes	1/20	---	---	---	---	1/8	---
Personas de 15 a 64 años (millones)	58	---	75	---	---	87	---
Población Económicamente activa (millones)	43	---	55	---	---	69	---
Nuevos demandantes de empleo (millones por año)	---	1.2	1.1	< 1	.8	.5	---

Adicionalmente, diversos fenómenos tendrán lugar en la *dinámica poblacional* en el transcurso del presente siglo, con su consiguiente impacto en la actividad productiva, distribución poblacional y uso de recursos naturales.

Aún cuando el *tamaño de la población* seguirá incrementándose, la tasa de crecimiento natural se reducirá paulatinamente –comprometiéndose la presencia de niños y jóvenes en la población-, lo que al cursar simultáneamente con el desplazamiento generacional de un amplio sector de habitantes al grupo de *adultos mayores de 65 años*, provocará un perfil poblacional envejecido con sus respectivas secuelas en el ámbito económico y social. La presencia de modificaciones en el patrón epidemiológico del país, demandará reformas importantes en el sector salud y en los sistemas de seguridad social, que de no concretarse en el mediano plazo, pondrán en riesgo la viabilidad de ambos sistemas.

Dicho deslizamiento generacional también se verá reflejado en el *grupo poblacional de 15 a 64 años*, con lo que la *población económicamente activa* ascenderá, siendo necesario para el futuro, no solamente satisfacer las *demandas anuales de nuevos empleos*, sino también resarcir el rezago acumulado desde la década de los 80's. De cristalizarse esos objetivos, un periodo de alto potencial productivo podría surgir en el país entre el 2000 y el 2030, al aumentar más rápidamente la población en edad laboral que la población dependiente –menores de 15 años y mayores de 65-, fenómeno denominado *Bono Demográfico*; la creación de empleo, el ahorro familiar y el uso eficiente de los recursos humanos disponibles, resultarán ser factores determinantes para el aprovechamiento de esa ventana de oportunidad que tendrá una corta duración, debido a que las proporciones entre la población económicamente activa y la dependiente empezarán a revertirse y a que la satisfacción de las demandas de la población envejecida ejercerán gran presión sobre todos los sistemas del país.

Derivado de esos cambios en la dinámica demográfica y a fin de satisfacer las necesidades de las grandes generaciones por venir en edad de formar una familia, para el 2030 se requerirá de una disposición de 23 millones de nuevas viviendas que equivale al total existente en el año 2000.

Adicionalmente y siendo correspondiente a las tendencias observadas, más del 80% de la población en crecimiento se ubicará en las grandes ciudades, generando un impacto negativo, ya evidente, en dos sentidos: primero, *la rapidez y extensión con que se presentarán los procesos de urbanización* promoverán la pérdida de identidad y el incremento de los índices de violencia y de inseguridad, además de la insuficiencia de servicios y recursos naturales disponibles, lo que afectará la calidad de vida de sus habitantes; segundo, *la continua migración de la población del campo a los centros urbanos* traerá consigo cambios en los ámbitos productivo, familiar, social y comunitario de estas regiones con su consiguiente deterioro, amén de las complicaciones culturales y de adaptación que habrán de vivir los recién llegados a las ciudades.

En razón de lo anterior, la nación vivirá importantes transformaciones en sus estructuras socioeconómicas y cuyo afrontamiento requerirá, de una planeación estratégica para el reordenamiento del espacio nacional, de la implementación de políticas de desconcentración económica y demográfica y del impulso a los municipios para el desarrollo de su capacidad de autogestión administrativa.

Concurrentemente, los ecosistemas nacionales han sufrido las secuelas de dichos procesos demográficos: erosión de los suelos y deforestación, propios de la urbanización; severa contaminación de suelos, aire y agua, resultado de la alta densidad y concentración poblacional; uso irracional y extracción desmedida de recursos naturales con fines económicos y de servicios. De no aplicarse nuevas fórmulas para el desarrollo sustentable del país, esta situación se verá agravada en las próximas décadas, poniendo en riesgo las fuentes de recursos naturales necesarias para la vida y el desarrollo.

Los retos de la transición social

La vida social del país no quedaría exenta del influjo de las transformaciones demográficas, económicas y políticas, manifestándose en cambios de valores, percepciones, actitudes y conductas tanto en ámbito individual como colectivo. El debacle económico vivido en la década de los 80's, promovió cambios en el tejido social generando numerosas implicaciones que permanecerán en el largo plazo y permearán a través de todos los grupos sociales hasta alcanzar el familiar.

Dos fenómenos han caracterizado esta transición: la incorporación de la mujer a la fuerza productiva y la reestructuración de la familia en cuanto a su composición y participación social.

1. La *intervención de la mujer en actividades productivas* se incrementó en más del doble entre los años de 1970 y 2000, en virtud de las apremiantes necesidades económicas de las familias, como resultado de la baja de salarios reales y el incremento

del desempleo. Sin embargo, las *condiciones previas* de la mayoría de las mujeres de la nación –ser cuidadoras primarias de la familia, tener bajos niveles educativos y escasa experiencia laboral-, así como la *necesidad de su rápida y creciente incorporación* a actividades productivas, llevaría a este grupo a emplearse en condiciones poco favorables para el desarrollo familiar: ~en el sector formal con bajos salarios y largas jornadas de trabajo, o bien, ~en el sector informal sin el derecho a la protección de los sistemas de seguridad social, con ingresos precarios y poco estables.

Simultáneamente a este fenómeno, discrepancias importantes eran observables: a) *entre las mujeres urbanas y las de comunidades rurales*, donde el 75% de éstas últimas participaban activamente en el sector primario de producción sin recibir ingreso alguno y, b) *ante sus referentes masculinos*, quienes podían acceder a niveles más altos de educación, a categorías ocupacionales mejor evaluadas y consiguientemente a ingresos más justos.

2. La demanda de mayor presencia de la mujer adulta en el mercado laboral acarrearía consigo *cambios en la composición y participación social de la familia*. Con la transformación de los habituales roles femeninos se desencadenaron una serie de complicaciones dentro del núcleo familiar: incremento de fricciones entre los cónyuges con frecuentes episodios violentos, lo que contribuía al aumento de la tendencia de familias con jefatura femenina; modificaciones en los patrones de alimentación redundando en un mayor gasto y menor calidad nutricional; decremento en la supervisión y cuidados requeridos por los infantes, con influencia incluso en los índices de deserción escolar.

La desigualdad de oportunidades de empleo y mejores salarios, la deficiencia de prestaciones sociales y de apoyo a sus actividades productivas y domésticas, así como la inequidad de género en la vida familiar, social, laboral, política e institucional, reflejadas en las condiciones de dependencia, violencia, subordinación, exclusión y discriminación, constituirían para el Estado al año 2000 y con visión al 2025 un gran reto a solventar, que de no ser atendido eficientemente, representaría para la nación el

desaprovechamiento del potencial productivo femenino. En razón de ello, las acciones institucionales habrían de estar dirigidas a asegurar la equidad de oportunidades para las mujeres en cada una de las esferas de la sociedad, al fortalecimiento familiar y a la concientización social respecto a los nuevos roles femeninos.

Los retos asociados

Como se advirtió, las transiciones demográfica, social, económica y política no ocurren como fenómenos aislados, por el contrario, son procesos sumamente relacionados y de impacto recíproco, por lo que un conocimiento más amplio de sus efectos –aunque no más profundo en este apartado– permitiría dimensionar ya desde el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, el *escenario de vulnerabilidad social en que se desenvolverá México en el presente siglo*.

-Aspectos socioeconómicos

En los últimos años el contexto de inestabilidad económica y de acelerados cambios tecnológicos y sociales ha dejado huella en el tejido social de la nación, haciéndose evidente en *problemas comunes a determinados grupos de población*.

La búsqueda de mayores ingresos por parte de hombres y mujeres adultas, ha promovido en muchos casos a la par de la desintegración del modelo tradicional de familia, la sobreexposición de *niños y adolescentes* a un medio para el cual no han desarrollado todavía capacidad de enfrentar, condición suficiente para vivir situaciones de violencia, explotación laboral y sexual, maltrato y adicciones; por su parte, los *jóvenes* han tenido que lidiar con embarazos tempranos, aborto, drogas, alcoholismo y tabaquismo, amén de la falta de apoyos tanto para continuar con su educación como de oportunidades de inserción en el mercado laboral, a lo que se adiciona su desprotección de los sistemas de salud.

La vida de la población en *etapa de mayor productividad –25 a 50 años-* ha girado en torno a educación insuficiente, profuso subempleo y desempleo, deficientes ingresos económicos con cero posibilidades de ahorro, falta de cobertura de los servicios de salud y seguridad social, desprotección financiera para riesgos emergentes, conjuntamente con la responsabilidad económica de satisfacer las necesidades de la población dependiente –niños, jóvenes y ancianos-.

El grupo con tendencia de *productividad a la baja –50 años o más-* pese a haber vivido su etapa laboral en condiciones de mayor estabilidad económica, ha visto en grave riesgo su patrimonio y situación financiera, además de que un muy bajo porcentaje de ellos cuentan con una pensión y goza de los beneficios de la jubilación, entre ellos las prestaciones en salud.

Los *grupos sociales históricamente marginados*, como han sido las poblaciones discapacitadas y las indígenas también han sufrido el embate de la recesión económica. Las primeras, al ver disminuidas las posibilidades de atención a sus necesidades específicas y con ello, de oportunidades de acceso a la educación y a actividades productivas. Para las segundas, la disminución de sus ingresos directos e indirectos –por la afectación de otros grupos sociales- incidieron en su ya extrema pobreza, que han intentado resolver con la migración a las ciudades en busca de mayores y mejores oportunidades, a las que sin embargo no han podido acceder debido a su alto grado de analfabetismo.

-Educación

La educación, tema constante de atención en las políticas de los diferentes periodos de gobierno aún no ha alcanzado los niveles necesarios para convertirse en un factor de verdadero desarrollo individual, social y nacional. Los rezagos observables son notables.

Tanto la cobertura –niveles básico, medio y superior- como el acceso a la educación y la disponibilidad de la tecnología de información, se han caracterizado por profundas desigualdades, marcando importantes contrastes entre regiones, culturas, géneros, grupos, etc.

Los gastos derivados de la educación y un contexto de baja capacidad económica, que demanda de la incorporación temprana de los jóvenes –y muchas veces de los niños- a las fuerzas laborales para apoyar el sostenimiento familiar, hacen que el riesgo de deserción escolar se vea significativamente incrementado. Demostrado es que, el analfabetismo y la deserción escolar con bajos niveles de escolaridad terminada, han contribuido a la expansión de la pobreza.

El estilo de educación fundamentalmente basado en la transmisión de conocimiento, sin valorar *la adquisición y desarrollo de capacidades y habilidades para la vida* y para el aprendizaje continuo y permanente –aprender a aprender-, ha impedido que los individuos desarrollen en largo plazo competencias laborales y sociales relacionadas a conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes, necesarios para el tránsito entre la vida del estudio y la del trabajo, lo que hace una profunda distinción en cuanto a sus oportunidades de acceso e inserción al mercado laboral, acentuando las ya marcadas desigualdades económicas entre los diversos grupos sociales.

Esa desvinculación existente entre la educación y el sistema productivo, también es patente con la investigación científica y de ésta, con los diversos sectores sociales, económicos y gubernamentales del país y que se manifiesta en:

- el escaso empuje para estimular, desarrollar y difundir el conocimiento científico desde los programas educativos formulados por el Estado hasta los sectores productivos;
- la falta de acercamiento entre las fuentes del conocimiento científico-tecnológico con las unidades de producción de bienes y servicios e instituciones de gobierno, lo que deriva en su consiguiente desaprovechamiento;
- el insuficiente desarrollo de modelos de articulación entre los productos de la investigación y las demandas sociales y productivas del país.

Bajo estas condiciones, la riqueza de conocimiento que genera la investigación, difícilmente logrará contribuir a impulsar el cambio y el desarrollo de la nación.

Los Objetivos Rectores del Area de Desarrollo Social y Humano

El panorama nacional estaba asentado para el 2006 y hasta el 2025, ante él, la Visión propuesta por el Ejecutivo Federal sería muy difícil de alcanzar y la Misión, comprometía al Estado no sólo en el diseño e instrumentación de políticas para los objetivos propuestos, sino también, en cuanto al logro de la incorporación de la acción de todos los sectores.

El *Desarrollo Social y Humano* fue el *eje fundamental* de las políticas públicas sociales; sus herramientas, las instituciones, normas, programas, estrategias y lineamientos, cuya instrumentación debía realizarse bajo un enfoque integrador de todos los sectores.

A continuación quedan expuestos los seis ejes rectores del Area de Desarrollo Social y Humano del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, así como algunas de sus estrategias.

1. Mejorar los niveles de educación y bienestar de los mexicanos

- Proporcionar una educación de calidad, adecuada a las necesidades de todos los mexicanos.
- Diseñar y aplicar programas para disminuir la pobreza y eliminar los factores de riesgo que provocan su transmisión generacional, que amplíen el acceso a la infraestructura básica y brinden a los miembros más desprotegidos de la sociedad oportunidades para tener acceso al desarrollo y la prosperidad.
- Elevar los niveles de salud, garantizando el acceso a los servicios integrales de salud con calidad y trato digno, fortaleciendo el tejido social al reducir las desigualdades y asegurando protección económica a las familias.
- Contribuir al desarrollo integral de las familias mexicanas mediante el otorgamiento de prestaciones y servicios de seguridad social.

2. Acrecentar la equidad y la igualdad de oportunidades

- Avanzar hacia la equidad en la educación.
- Crear las condiciones para eliminar la discriminación y la violencia hacia las mujeres.
- Incorporar integralmente a los jóvenes al desarrollo del país, por medio de una política nacional de juventud que permita promover las oportunidades de este grupo.
- Dar protección y promover el desarrollo pleno de niños y adolescentes.
- Desarrollar políticas incluyentes para la atención a los ciudadanos de edad avanzada.
- Promover y fortalecer el desarrollo de las personas con discapacidad para equiparar y facilitar su integración plena en todos los ámbitos de la vida nacional.

3. Impulsar la educación para el desarrollo de las capacidades personales y de iniciativa individual y colectiva

- Ofrecer a los jóvenes y adultos que no tuvieron o no culminaron la educación básica, la posibilidad de capacitación y educación para la vida y el trabajo que les permita aprovechar las oportunidades de desarrollo.
- Diversificar y flexibilizar las ofertas de la educación media superior y superior a fin de lograr una mayor adecuación de los aprendizajes respecto de las necesidades individuales y los requerimientos laborales.
- Fortalecer la investigación científica y la innovación tecnológica para apoyar el desarrollo de los recursos humanos de alta calificación.

4. Fortalecer la cohesión y el capital sociales

- Fortalecer los ámbitos familiares para que sean el motor de la convivencia y la solidaridad social.
- Fomentar la participación de las organizaciones sociales y civiles en el desarrollo de las políticas públicas.
- Promover y desarrollar una política general de fortalecimiento e integración de las personas y las familias más vulnerables, mediante el desarrollo integral e incluyente, con la participación de la sociedad civil.

5. Lograr un desarrollo social y humano en armonía con la naturaleza

- Armonizar el crecimiento y la distribución territorial de la población con las exigencias del desarrollo sustentable, para mejorar la calidad de vida de los mexicanos y fomentar el equilibrio de las regiones del país, con la participación del gobierno y de la sociedad civil.

6. Ampliar la capacidad de respuesta gubernamental para fomentar la confianza ciudadana en las instituciones

- Impulsar el federalismo educativo, la gestión institucional y la participación social en la educación.
- Fortalecer la comunicación entre las organizaciones de la sociedad civil y el gobierno, garantizando el derecho a la información.
- Promover sistemas de seguro para proteger financieramente a las familias ante eventuales gastos extraordinarios en salud.
- Promover sistemas eficaces para apoyar a los individuos que pierden su empleo.

3.3.3 Programa Nacional de Salud 2001-2006.

La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud

No es posible concebir el desarrollo de una nación sin un capital humano y social saludable que satisfaga sus derechos sociales a partir de las acciones que para ello establezca el Estado y que de forma recíproca contribuya en la dinámica política, económica y social del país, generándose así, la creación de círculos virtuosos para su desarrollo.

El *Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud*,²⁴⁵ atendía a esa visión, en la que también se reflejaba la necesidad de vincular la salud y la democracia para alcanzar un sistema de salud orientado por los *Valores* de autonomía, justicia y corresponsabilidad social.

La noción de *universalidad* en el sistema de salud, aspiraba a la satisfacción de retos como la equidad –superar la desigualdad social y regional en la atención a los problemas de la salud-; la calidad –mejorar las condiciones técnicas y de calidez en los servicios de salud-; y, la protección financiera –apoyar el financiamiento de los servicios-.

²⁴⁵ Secretaría de Salud. (2001). *Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud*. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos.

Al *democratizar* la salud, el Estado se comprometía a organizar un sistema de salud que brindara las condiciones necesarias para el acceso universal a los bienes y servicios sociales en la materia y con ello ofrecer a los ciudadanos la posibilidad de alcanzar el derecho constitucional de protección a la salud. La población por su parte, era invitada a participar activamente y de manera organizada –a través de los mecanismos creados para ello- en la detección de necesidades, propuestas y toma de decisiones respecto a los temas relacionados a la salud de la población, además de asumir su responsabilidad ciudadana del cuidado de su estado de salud.

Los objetivos a cumplir por el Sistema Nacional de Salud serían alcanzados mediante la ejecución de sus *Funciones Básicas*, a saber: la prestación de servicios de salud, el financiamiento de esos servicios, la generación de recursos para la salud y la rectoría del sistema.

1. *Prestación de servicios de salud*; pretende proveer a la población de servicios de salud a través de los tres grupos de prestadores del Sector Salud: instituciones públicas (población abierta); de prestación de servicios de seguridad social y sector privado.

2. *Financiamiento*; dirigido a producir y adquirir servicios para la salud, condicionados por la movilización de recursos financieros desde sus fuentes (gobierno, organismos internacionales, empresas y hogares) y por la acumulación de fondos (ahorros familiares, presupuestos públicos y seguridad social).

3. *Generación de recursos*; función encaminada a incrementar tanto la capacitación del profesional en salud ya incorporado al sistema, como la capacidad del Estado para incorporar a nuevos profesionales; disponer de unidades de atención en sus tres niveles; promover la producción nacional de medicamentos; promover la producción de conocimiento en salud derivada de investigación; generar y disponer de información, vinculada entre segmentos propios y fuera del sector.

4. *Rectoría del sistema*; su objetivo es regular y vigilar los productos, bienes y servicios en el área de salud como de diversas actividades económicas relacionadas a ella; promover la evaluación del desempeño de los servicios de salud; y, proteger a los pacientes de negligencias o deficiencias de la atención.

Panorama de la salud en México al 2001

La salud al igual que la educación, siendo dos de los derechos sociales constitucionales fundamentales y componentes indispensables para el desarrollo humano y el de la nación, continuaba reportando significativos rezagos, quedando reflejada la insolvencia política, económica y social para afrontar el reto que históricamente habían implicado.

Para el ejercicio de cualquier acción era ineludible conocer el escenario que al momento se presentaba en el área de salud en nuestro país y a partir del cual se asentaran las bases para concatenar los valores, principios y objetivos superiores del Sistema Nacional de Salud con las necesidades reales de la población e instituciones, permitiendo derivar objetivos, estrategias y líneas de acción que respondieran a las demandas de salud en ese periodo y con una visión hacia el 2025.

El panorama de salud de entonces fue bosquejado considerando aspectos contextuales de la vida del país y en el cual se revelaba que el derecho a la protección a la salud sortearía con obstáculos significativos a librar en diferentes frentes.

La prestación de los servicios de salud proporcionada por las instituciones gubernamentales, históricamente se encontraba enmarcada por numerosas deficiencias. La cobertura, el acceso a los servicios de salud y la infraestructura disponible presentaban profundas disparidades regionales e incluso locales, en cierta medida debido a la desorganizada distribución poblacional lo que complejizaba la demanda y la oferta de la atención médica.

El aprovisionamiento y la distribución de medicamentos habían sido muy limitados y existía insuficiencia en materiales y equipo, muchos de ellos incluso estaban en completo desuso. Las fallas administrativas y normativas tenían una amplia presencia y en general los servicios no cumplían con los estándares mínimos de calidad, lo que se aunaba a una disminuida sensibilidad de los proveedores de los servicios de salud, ocasionando que éstos no fueran brindados con dignidad y respeto hacia los usuarios.

A estos ya difíciles problemas de afrontar, la demanda de los servicios de salud habría de verse incrementada en periodos por venir, en razón de los siguientes fenómenos:

Ante el reto de productividad que el desarrollo de la economía advertía, era necesario que un mayor número de personas, entre ellos jóvenes y mujeres, se incorporaran a la vida laboral, presionando sobre la prestación de estos servicios. Especial era el caso de la mujer, grupo que había venido incrementando los índices de fuerza laboral en el país y que requeriría de amplia protección a su salud y de servicios de bienestar social para su familia, ya que se proyectaba que para el año 2025 su tasa de participación en la población económicamente activa alcanzaría una cifra del orden de 44.52%.²⁴⁶

Una sociedad con más alto nivel de escolaridad, crecientemente participativa y crítica, exigiría una mayor cantidad de opciones de atención a su salud y servicios de alta calidad, enfatizando las vicisitudes del Estado para generar más y diversos recursos, a los que habría de incorporar personal en permanente capacitación.

La prestación de los servicios de seguridad social –económicos, culturales y sociales– otorgados paralelamente a la prestación de servicios de salud en instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, se encontraban en riesgo de subsistencia bajo las formas tradicionales, debido a un importante déficit de recursos para su cumplimiento.

²⁴⁶ Consejo Nacional de Población. *República Mexicana: Población económicamente activa a mitad de año por sexo y edad, 2005-2030*. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos.

Otro factor de relevante importancia en el ámbito de la salud, había sido el gasto privado generado por la población no derechohabiente para su atención, ya que al año 2000 únicamente el 40.1% del total de la población nacional contaba con prestaciones institucionales de salud y seguridad social.²⁴⁷ Lo anterior significaba que en caso de enfermedad de algún miembro de aquellas familias no protegidas, éstas hicieran erogaciones importantes de su bolsillo lo que repercutía en la economía familiar y a largo plazo en su patrimonio, convirtiéndose así en gastos catastróficos.

Una prospectiva de la transición demográfica para el año 2025, informaba que la nación contará con una población menor de 15 años disminuida y la de entre 16 a 24 años en decrecimiento; la población económicamente activa –25 a 64 años- se mostrará en continuo aumento, mientras que la mayor de 65 años en considerable expansión. Todos esos grupos en diferentes fases, serán demandantes de particulares prestaciones de servicios en salud y seguridad social.

Al estimar el envejecimiento de la población que al 2000 mantenía una esperanza de vida general (EVISA) de 74 años y una esperanza de vida saludable (AVISA)²⁴⁸ de 64, se hacía evidente la pérdida de 10 años de completa salud en cada individuo, periodo durante el cual requeriría constantemente de los servicios del sector. Esta circunstancia en particular, movilizaría las acciones del Estado hacia aquellos padecimientos que se estaban colocando como importantes contribuyentes a la carga de discapacidad.

En este sentido, el perfil epidemiológico del país registraba importantes modificaciones: las enfermedades no transmisibles y las lesiones estaban ya reemplazando a las enfermedades transmisibles; lo que resultaba de suma preocupación en razón de ser padecimientos de larga evolución con tendencia a la cronicidad, altamente discapacitantes y generadores de un importante gasto por su atención. Lo que era más, se hallaban relacionados a la propia transición demográfica, la urbanización e

²⁴⁷ *Porcentaje de población derechohabiente y su distribución según institución para cada entidad federativa, 2000 y 2005. Op. cit.*

²⁴⁸ Este indicador en México es correspondiente con los AVAD, denominación usada por los organismos internacionales para el indicador Años de Vida saludable Ajustados por Discapacidad.

industrialización, los cambios en los estilos de vida, los altos niveles de contaminación de aire, suelo y agua.

En la confluencia con la transición demográfica y la transición epidemiológica era previsible que dos obras ocurrieran en el mismo escenario.

En la primera, se hacía evidente la incapacidad del sistema para dar protección universal en salud a la población, de inicio habría que reducir la enorme brecha del rezago acumulado en materia de salud y simultáneamente desarrollar esquemas de atención diversos, eficaces, menos costosos y que dieran solvencia a la creciente demanda de servicios. Desafíos emergentes que el Estado tendría que enfrentar con presteza ya que su omisión o aplazamiento pondría en peligro la viabilidad de los sistemas de salud en el mediano y largo plazo y con ello, la salud de la población.

En la segunda, quedaba expuesta la insolvencia institucional para continuar brindando los servicios de seguridad social, especialmente, la inevitable responsabilidad del pago de pensiones a una población cada vez más extensa y con una esperanza de vida más larga; así como la de proveer de servicios sociales a un mayor número de madres trabajadoras, si es que el Estado pretendía aprovechar el potencial productivo femenino. Bajo estas condiciones, existía para entonces un gran dilema respecto al destino de los recursos disponibles: una de las salidas posibles era la reforma de los sistemas de pensiones,²⁴⁹ otra, la desviación de recursos correspondientes a la atención de la salud para focalizarla al pago de estas prestaciones.

Bajo una óptica más dirigida sobre los retos de equidad, calidad y protección financiera, quedaron al descubierto *necesidades prioritarias* a atender por el sistema de salud, convirtiéndose éstas en los objetivos propios del Programa Nacional de Salud, que para su logro debían ser traducidos en acciones efectivas con posibilidad de implementarse de forma inmediata y que tuvieran repercusión en el largo plazo.

²⁴⁹ Reformas que se concretarían finalmente en los años 2004 –IMSS- y 2007 –ISSSTE-.

Reto de Equidad

El reto de equidad en atención a la salud presentaba un doble desafío: reducir el impacto del subdesarrollo en algunas zonas del país, así como el de la rápida industrialización y concentración poblacional urbana. Dos condiciones particulares derivadas de ello fueron detectadas en ese momento: 1. el *rezago* presentado en salud y 2. *los padecimientos emergentes*:

1. Con un importante *rezago* se detectaron padecimientos como la desnutrición, las infecciones comunes (respiratorias, diarreas, tuberculosis y las de transmisión sexual) y algunos padecimientos asociados con la actividad reproductiva (cáncer cervicouterino, afecciones maternas y perinatales), así como los problemas de salud derivados de emergencias y desastres naturales.

2. Fueron calificados como *emergentes*: ~los padecimientos que en los últimos años habían incrementado su magnitud e impacto en relación a otras enfermedades y ~aquellos que se estaban colocando como generadores de alta morbilidad:

- Al primer aspecto correspondieron las enfermedades cerebro y cardiovasculares, los tumores malignos, la diabetes *mellitus* y la cirrosis hepática, que presentaron un constante y disparado ascenso en comparación con periodos previos.
- De entre los padecimientos de elevada *morbilidad* caracterizados como factores de riesgo para la aparición de otras enfermedades, contribuyentes en una alta proporción a la tasa de pérdida de años de vida saludable y “productores de relevantes problemas sociales”, se encontraban: *los trastornos neuropsiquiátricos*, el abuso en el consumo de alcohol, el consumo de drogas ilícitas, el tabaquismo, la obesidad y las lesiones accidentales o intencionales.

Reto de Calidad

El reto de calidad exponía la necesidad de desarrollar servicios verdaderamente efectivos para la mejora de la salud poblacional y en los cuales el usuario fuera atendido con dignidad y respeto.

Los cuestionamientos más importantes en cuanto a *calidad técnica*, atañían: a la baja disponibilidad de recursos e infraestructura y al insuficiente abastecimiento de medicamentos y equipos tanto en el primer nivel de atención como en las unidades hospitalarias; al servicio médico, prestado en gran medida por médicos y enfermeras no certificados y de tiempo parcial; así como al incumplimiento de la normatividad relacionada con los programas prioritarios de salud y la correspondiente al manejo y control de enfermedades.

La *calidad interpersonal* fue calificada como deficiente en relación al trato brindado a los pacientes, que consideraban que no se respetaban sus derechos a la información y autonomía para la decisión de su tratamiento, además de tener que esperar para la atención tiempos poco sensatos.

Reto de Protección Financiera

El gasto que en salud realizaban los mexicanos no podía dejar de ser observado, pues ya se había hecho patente el riesgo de pobreza al que estaban expuestas numerosas familias mexicanas:

- del gasto total nacional en salud, el 50% correspondía a gasto privado y de éste, el 90% procedía del bolsillo personal;
- al año, de entre *dos a tres millones de hogares* realizaban egresos en la atención a su salud por más de la tercera parte de su ingreso.

Objetivos, Estrategias y Líneas de Acción

El prólogo anterior, provee el conocimiento contextual necesario para comprender como fueron diseñados los objetivos, estrategias y líneas de acción del Programa Nacional de Salud 2001-2006. Son precisamente sus objetivos, el punto de vinculación con el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, ya que se encuentran orientados a partir de los objetivos rectores del Area de Desarrollo Social y Humano de dicho plan.

De conformidad con lo anterior, las estrategias instituidas imprimieron las directrices para definir y establecer cada una de las acciones que el sistema de salud habría de realizar para atender las demandas que en salud pública y fortalecimiento del sector eran necesarias. A manera de compendio y para fines del presente trabajo, se exponen algunas de ellas (*Cuadro 13*):

Cuadro 13. Estrategias y Líneas de Acción del Programa Nacional de Salud 2001-2006

<i>Objetivos</i>	<i>Estrategias</i>	<i>Líneas de Acción</i>
1. Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos	1. Vincular la salud con el desarrollo económico y social	<ul style="list-style-type: none"> •Fortalecer la acción comunitaria en favor de la salud •Promover la educación saludable •Promover la perspectiva de género en el sector salud
	2. Reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres	<ul style="list-style-type: none"> •Garantizar un arranque parejo en la vida •Mejorar la salud y la nutrición de los miembros de los pueblos indígenas
2. Abatir las desigualdades en salud	3. Enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades	<ul style="list-style-type: none"> •Disminuir la prevalencia de diabetes y controlar las enfermedades cardiovasculares y la hipertensión
		<ul style="list-style-type: none"> •Disminuir la adicción al tabaco, alcohol y drogas •Atender los problemas de salud mental •Fortalecer la prevención y rehabilitación de discapacidades
3. Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud	4. Desplegar una cruzada por la calidad de los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> •Definir y hacer explícitos los derechos de los usuarios de los servicios de salud y de los prestadores de servicios médicos
4. Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud	5. Brindar protección financiera en materia de salud a toda la población	<ul style="list-style-type: none"> •Consolidar la protección básica y promover un seguro de salud popular •Promover y ampliar la afiliación al seguro social

Cuadro 13. Estrategias y Líneas de Acción del Programa Nacional de Salud 2001-2006 (continuación)

	6. Construir un federalismo cooperativo en materia de salud	<ul style="list-style-type: none"> •Culminar la descentralización de la SSA •Fortalecer la cooperación interestatal en servicios de salud pública y servicios de especialidad
	7. Fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud	<ul style="list-style-type: none"> •Fortalecer la coordinación intra e intersectorial •Proteger a la población contra riesgos sanitarios
5. Fortalecer el Sistema Nacional de Salud, en particular sus instituciones públicas	8. Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud	<ul style="list-style-type: none"> •Reorientar las acciones de salud al medio familiar y comunitario •Fortalecer la capacidad resolutive del primer nivel de atención •Optimizar la capacidad instalada
	9. Ampliar la participación ciudadana y la libertad de elección en el primer nivel de atención salud	<ul style="list-style-type: none"> •Ampliar la participación de los ciudadanos en los órganos de decisión •Ampliar la libertad de elección en el primer nivel de atención
	10. Fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud	<ul style="list-style-type: none"> •Fortalecer la calidad de la educación de los profesionales de la salud •Fortalecer la capacitación de los recursos humanos para la salud •Fortalecer la investigación y el desarrollo tecnológico en salud



El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2001-2006 se caracterizó por hacer suya la orientación del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, organismo que diseña los proyectos para tal fin en acción conjunta con el Banco Mundial, institución que aporta el financiamiento para su implementación.

Desde ahí el PND adquiere en teoría un corte eminentemente social, apostando al fortalecimiento del capital social como base del desarrollo de la nación, a través del

fomento a las habilidades y capacidades individuales, con las que cada ciudadano procedería a construir su propio bienestar, contando para ello con el apoyo del Estado que mediante políticas públicas eficaces garantizara condiciones de mínimos riesgos para no entorpecer los esfuerzos individuales. A esto denominaría el PND “cooperación democrática y de responsabilidad compartida con el Estado”, fórmula que invierte los roles de participación en donde el Estado es el que apoya y el individuo quien resuelve.

Ante tan devastador panorama al año 2000 y recrudecido en las proyecciones a 25 años ¿cómo podría ese individuo enfrentarlo y permanecer invulnerable a sus efectos? Si bien en discursos de capítulos anteriores la predisposición constitucional asociada a la irrupción de trastornos mentales resultaba ser una premisa incuestionable, no menos cierto es que veladamente se reconocía la influencia de los factores contextuales como condiciones de alto riesgo para su aparición. La exposición de resultados de las diferentes versiones del *Global Burden of Disease*, pasando por el discurso previamente analizado que sobre salud mental ha estado elaborando la Organización Mundial de la Salud, hasta las investigaciones nacionales referenciadas con antelación, hicieron evidente la conexión entre la enfermedad mental y las variables de carácter sociodemográficas.

Tal consideración adquiere sentido en la medida en que a partir de ésta, resultaría claro que el problema sustancial a resolver no es el de la enfermedad mental, ella debería entenderse como el efecto de condiciones de suma adversidad inmanejables e imposibles de resolver desde la acción individual, abierta pretensión del Estado.

Para hacer frente a tan lacerante problemática el PND se pronunció por dos acciones primordiales: la Revolución Educativa y la Reforma al Sistema Integral de Salud; acciones aisladas que de inicio se vislumbran de tan limitados alcances que no deja de sorprender hayan sido concebidas como vías efectivas de solución. Empero, un verdadero impacto estaría determinado por el cumplimiento de los objetivos propuestos en cada uno de los ejes rectores de este plan, si así ocurriera, serían innumerables sus derivaciones positivas en el estado de bienestar personal, influyendo directamente a la

salud mental y tornado limitadamente necesaria la prevención de los trastornos mentales.

Aunque este plan logra mirar a un futuro a mediano plazo, no fue sustentado en una realidad económica y política que tornara asequibles los objetivos rectores y estrategias que le dieron vida, convirtiéndose simplemente en una oferta política que pretendió legitimar “al gobierno del cambio” y al mismo tiempo preparar el terreno para el *nuevo orden económico internacional* que irremediablemente ha alcanzado a la salud.

En este ámbito y en congruencia con la orientación social del PND, el Programa Nacional de Salud 2001-2006 adoptó como bandera la *democratización* y la *universalidad* de la salud. El primer objetivo perseguido por ese programa, propugnaba por la corresponsabilidad ciudadana y social con el Estado en el cuidado de su salud; el segundo por su parte, se hallaba dispuesto para brindar un acceso universal a los servicios bajo libre elección y simultáneamente facilitar la introducción de nuevas modalidades de prestación de servicios de salud con formas alternas de financiamiento.

Marco en el que habría de reflejarse la postura permanente del Estado...deslindarse de su ineficacia para resolver problemas de su amplia competencia, que en el ámbito de la salud queda constatada al:

- pretender fueran resueltas por los ciudadanos y la comunidad, a través de una retórica que los responsabilizaba de su estado de salud, usando como recurso “su legítimo derecho a participar” en el proceso integral de atención a la salud –*democracia*-;
- permitir la injerencia de otros agentes como prestadores de servicios, amparado en el objetivo de *universalidad* y en el argumento en torno a la prevención de “gastos catastróficos” en sectores sociales de mayor desventaja económica, materializada mediante la implementación del Seguro Popular cuya condición esencial para acceder a él es el pago anticipado de los servicios.

La perspectiva económica fue el elemento fundamental para redefinir el tradicional modelo de atención en salud, pasando de uno curativo, hospitalario, especializado e

institucional, a otro ofertado como *preventivo, de atención ambulatoria y en el primer nivel, de base comunitaria y orientado al usuario*; modelo este último de redituable costo-efectividad que derivaría en el consecuente “fortalecimiento del sistema nacional de salud”. Proceso definido en apego a los lineamientos propalados por la Organización Mundial de la Salud –Declaración de Alma Ata- y el Banco Mundial, que recomendaba intervenciones en salud efectivas en función de costos.

La morbilidad, particularmente aquella producida por enfermedades no transmisibles y en especial por los desórdenes mentales, se ha constituido en un tema de profunda preocupación en razón de la *discapacidad* aparejada y el *alto costo institucional* derivado de su manejo; la búsqueda de salidas resultaba apremiante dado que la dinámica económica del país requería de un capital individual y social “saludable y ampliamente participativo” en actividades productivas. En adición a lo anterior, estos padecimientos fueron identificados como “factores de riesgo” para la aparición de otras enfermedades y “productores de relevantes problemas sociales”, potencializando su peligrosidad para el sistema de salud.

Institucionalmente el abordaje de dichos padecimientos sería resuelto en los servicios de primer nivel, a través de la estrategia de atención ambulatoria, limitando con ello el acceso a los servicios de alta especialidad –y elevado costo-, amén de poder contar con el “apoyo” de la comunidad, dentro de la cual quedaba implicada la familia, las organizaciones no gubernamentales y otros agentes. Esta propuesta ignoraría el impacto económico de una forma de intervención basada en atención ambulatoria, que como se vio en secciones previas, contribuía mayoritariamente al “gasto catastrófico familiar” –servicio médico y medicamentos-, eventualidad ésta que contradictoriamente se pretendía evitar y de la cual surgiría la propuesta de pago anticipado de servicios en salud como medida de “protección financiera”.

En este entramado ¿dónde se coloca la prevención en salud mental? desde el sector salud, esta orientación no alcanza más que para promover acciones de autocuidado a la salud, que persiguen la modificación de comportamientos de riesgo a través de la

información y difusión de los síntomas de enfermedades mentales, factores de riesgo implicados y grupos vulnerables; fuera del sector, la prevención equivaldría al fomento de desarrollo de habilidades y capacidades individuales que podrían haber sido incorporadas en la revolución educativa. Con ambas estrategias se proyecta “empoderar a la población para enfrentar las condiciones del contexto”.

3.3.4 Programa de Acción en Salud Mental 2001-2006

Al inicio del nuevo milenio la nación mexicana parecía albergar grandes esperanzas sobre un mejor futuro, el vuelco dado en la historia política del país después de 70 años alimentaba la idea de que todo era posible de cambiar. Una administración renovada y una población anhelante, resultaban ser la mancuerna perfecta para plantear objetivos de desarrollo nacional más allá de la realidad propia del contexto; una visión sobre el panorama nacional dejaba a la vista los desafíos demográfico, económico, político, social y en salud que condicionarían su logro en ese presente y a futuro.

Las orientaciones con que habrían de conducirse las políticas delineadas en el Plan Nacional de Desarrollo para el alcance del objetivo supremo de «desarrollo humano para el bienestar social y plataforma del desarrollo nacional con visión al 2025», se hallaban sustentadas en: a) la permanente vinculación y coparticipación de todos los sectores y niveles de gobierno; b) la formulación de políticas que dieran respuesta eficaz a las necesidades poblacionales e impulso a los esfuerzos individuales, políticas caracterizadas por su capacidad de renovación ante nuevos contextos.

Estas orientaciones adquirirían interpretaciones específicas al asentarse en los programas sectoriales; así en el Programa Nacional de Salud se dirigieron hacia la democratización y la universalidad en salud atendiendo a la equidad, calidad y protección financiera, mismas que habrían de reflejarse en el ámbito de la salud mental y que circularmente retroalimentarían las posibilidades del desarrollo humano y social.

En este último sentido, el análisis del panorama de la salud mental al año 2000 colocado a la luz de las transiciones demográfica, social y económica advertía que el estado de la salud mental de la población estaba viéndose comprometido en el futuro cercano.

La prevalencia global de trastornos neuropsiquiátricos mantenida entre el 30.8% (1988) y el 28.7% (1995) en población urbana adulta preocupaba más allá del número de casos, por sus efectos en términos de costos de atención institucional e individual; por la productividad y funcionalidad laboral y social perdida debido a la discapacidad,²⁵⁰ por su importante contribución a la modificación del perfil epidemiológico y por la susceptibilidad de estos padecimientos a desarrollarse en condiciones contextuales de alta tensión.

El embate a esta problemática parecía no poder aplazarse. En virtud de ello, México se dispuso a emitir su primer Programa de Acción en Salud Mental (2001)²⁵¹ y derivado de éste un conjunto de programas específicos (2002) (*Cuadro 14*) que atendiendo a los objetivos y orientaciones nacionales establecidos, dirigieran las acciones gubernamentales en el rubro. No habrá de olvidarse que ya entonces la Organización Mundial de la Salud había instado a sus países miembro a efectuar esa tarea.

Cuadro 14. Programas Específicos de Acción en Salud Mental

•Depresión	•Trastorno por déficit de atención
•Esquizofrenia	•Enfermedad de Parkinson
•Epilepsia	•Atención psicológica en casos de desastre
•Demencias,	•Modelo Hidalgo de Atención a la Salud
•Psicopatología infantil y de la adolescencia	Mental.

La ejecución de dichos programas, la innovación y fortalecimiento de modelos de atención en salud mental que consideraran la creación de redes comunitarias de apoyo;

²⁵⁰ Programa Mundial de Acción en Salud Mental. *mhGAP...cerremos la brecha, mejoremos la atención. Op. cit., p.2.*

²⁵¹ Secretaría de Salud. (2001). *Programa de Acción en Salud Mental 2001-2006.* Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos.

el incremento de la oferta de servicios ambulatorios en el primer nivel de atención; el fortalecimiento del abasto, disponibilidad y acceso a medicamentos; la capacitación en el ámbito laboral y académico y el desarrollo de la investigación fueron las estrategias generales que constituyeron el movimiento de reforma psiquiátrica de la época. Todas ellas habrían de tener como punto de partida y sustento, los resultados de una encuesta epidemiológica de alcance nacional específica en salud mental a realizarse.

Sin embargo y considerando que ésta última lograría consolidarse hasta el año 2003 una vez emitidos los programas en la materia puede inferirse que en la definición de las acciones en ellos contenidas, fue necesario tomar como base información procedente de investigaciones previas, algunas de ellas generadas desde 1988.²⁵² Hallazgos nuevos tal vez, conminarían a una re-determinación de políticas en salud mental y de programas específicos prioritarios.

La elaboración del Programa de Acción en Salud Mental y de sus derivados fue conferida a los Servicios de Salud Mental (SERSAME) entonces incorporados al Comisionado del Consejo Nacional contra las Adicciones, instancias que mantuvieron el liderazgo de los mismos hasta el año 2004 (*Anexo III*). A estas instituciones fue delegado:

“Promover y proteger la salud de los mexicanos, mediante la definición y conducción de la política nacional en materia de formación y desarrollo de recursos humanos, investigación, prevención y tratamiento, para la atención de los problemas de salud mental y el control de las adicciones, a fin de mejorar la calidad de vida individual, familiar y social”.²⁵³

Adicionalmente y con apego al Reglamento Interior de la Secretaría de Salud de la época, los SERSAME fueron facultados para normar, supervisar y evaluar la prestación de servicios de atención en salud mental en el país y consolidar la descentralización de hospitales psiquiátricos, concediendo su tutela a los gobiernos estatales.

²⁵² Los análisis de resultados de algunas de estas investigaciones han sido presentadas en apartado previo, correspondiente al Panorama de la Salud Mental en México al año 2000.

²⁵³ *Programa de Acción en Salud Mental 2001-2006. Op. cit.*, p.101.

La instrumentación de los programas, en función de su carácter normativo y rector, habría de llevarse a cabo a partir de acuerdos de coordinación con todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud y de esquemas de concertación con instituciones privadas y organismos no gubernamentales, para lo cual serían creados Comités Consultivos Académicos.

Desde el año 2004 y a la sazón de la reciente creación del Consejo Nacional de Salud Mental dichos programas y el impulso a la reforma psiquiátrica fueron abanderados por esta unidad administrativa, que a la fecha se mantiene como cabeza del proyecto bajo la dirección de la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud (*Anexo V*).

El Programa de Acción en Salud Mental 2001-2006 tuvo como *objetivo general* lograr la implantación en el país de un modelo de atención a la salud mental equitativo, de calidad homogénea y accesible que garantizara a la población mejor calidad de vida y bienestar a través de la prevención, detección temprana de padecimientos, diagnóstico y tratamiento adecuados, rehabilitación y reinserción en la sociedad. Sus *objetivos específicos* fueron planteados vinculándolos a los retos de equidad, calidad y protección financiera definidos por el Programa Nacional de Salud de ese periodo.

El primero de esos desafíos, el de *equidad*, pretendía un cambio en el perfil de la salud mental de aquellos grupos que por cuestiones sociales y regionales se hallaban desprotegidos por el sistema de salud en el país, colocándolos en riesgo de desarrollar algún padecimiento mental.

El reto de *calidad técnica* exponía que para mejorar las condiciones de salud mental de los mexicanos era necesario tanto la prestación homogénea de servicios como el fortalecimiento de la normatividad y legislación en la materia. Por su parte, la *calidad interpersonal* debía garantizar un trato adecuado de los pacientes y tender a un cambio de mentalidad respecto a los problemas de salud mental tanto en los prestadores de servicios como en la población.

La *protección financiera* implicaría asegurar la justicia en el financiamiento de servicios y reducir las posibilidades de aparición de gastos catastróficos por motivos de salud mental en los hogares mexicanos; asimismo hacer más eficiente y rentable la gestión de salud del Estado.

Enfoque de partida

En el Programa de Acción en Salud Mental es claramente adoptado un enfoque biopsicosocial, desde el cual se reconoce que la *salud mental es un fenómeno complejo* determinado por la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales; es *integral* en relación a ellos y en virtud de no poder ser escindida del concepto de salud; y, es *amplia* por referirse tanto a la ausencia de trastornos como al desarrollo de las capacidades y potencialidades de los individuos. En gran medida, esta conceptualización resultaba congruente con los planteamientos del Plan Nacional de Desarrollo del periodo, que apostaba a la evolución del capital social como plataforma para el desarrollo nacional.²⁵⁴

Bajo esta lógica, manifiesta que los *padecimientos mentales tienen un origen multifactorial* y por tanto no pueden atribuirse en exclusivo a uno de sus posibles determinantes; pese a esta premisa, en un primer momento otorga un significativo peso como factores asociados a la enfermedad a aquellos de naturaleza biológica –genéticos y biológico/ambientales- para posteriormente afirmar que “los problemas de salud mental, a diferencia de otros padecimientos, tienen un origen en la estructura social y cultural que permite, y en algunos casos los propicia...”²⁵⁵

²⁵⁴ De acuerdo al PASM: por *Salud Mental* debe entenderse “la capacidad del individuo, el grupo y el ambiente de interactuar 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 las metas individuales y colectivas en forma congruente con la justicia y la adquisición y preservación de las condiciones de equidad fundamental”; los *Trastornos Neuropsiquiátricos* son considerados como “Enfermedades cerebrales con alteración en las funciones mentales”. *Ibíd.* Glosario.

²⁵⁵ *Ibíd.*, p.101.

Más allá, propone que los trastornos mentales son producto de la tensión entre el ambiente físico y social y los individuos, dinámica en la que factores *de protección y de riesgo* interactúan constantemente. Los primeros tendiendo a conservar la salud mental, al actuar como mecanismos protectores y moderadores de estrés para el afrontamiento (*Cuadro 15*); los segundos como elementos contribuyentes en la formación de este tipo de trastornos al generar un impacto lesivo significativo que se potencializa ante la exposición combinada o prolongada a ellos (*Cuadro 16*).

*Cuadro 15. Factores protectores que influyen favorablemente en la salud mental de los individuos (especialmente niños)*²⁵⁶

<i>Individuales</i>	<i>Familiares</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación adecuada • Cercanía o apego con la familia • Habilidades en la resolución de problemas • Autocontrol • Habilidad social • Habilidades de relación • Optimismo • Creencias morales y valores • Autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> • Padres que proveen cuidado y ayuda • Armonía familiar • Familia segura y estable • Familia pequeña • Más de dos años entre embarazos • Responsabilidades en la familia (de adultos y niños) • Relación de apoyo con otro adulto • Comunicación afectiva • Expresión emocional
<i>Escolares</i>	<i>Sociales</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Sentimiento de pertenencia • Clima escolar positivo • Grupo de pares prosocial • Oportunidades de éxito y reconocimiento de logros • Reglas en la escuela en contra de la violencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Relación cercana con una persona significativa • Oferta de oportunidades en momentos críticos o en cambios importantes • Seguridad económica • Acceso al mercado laboral • Vivienda digna
<i>Eventos</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Relación cercana con una persona significativa (compañero/ mentor) • Seguridad económica y buena salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Oferta de oportunidades en momentos críticos o en cambios importantes

²⁵⁶ *Ibid.* Tabla adaptada de cuadro V, p.35.

Cuadro 16. Factores de riesgo con influencia potencial en el desarrollo de problemas de salud mental en los individuos (especialmente niños)²⁵⁷

<i>Individuales</i>	<i>Familiares</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones genéticas • Daño cerebral prenatal • Nacimiento prematuro • Daño al nacer • Bajo peso y complicaciones al nacer • Discapacidad física e intelectual • Salud deficiente en la infancia • Apego inseguro en la infancia • Inteligencia deficiente • Temperamento difícil • Enfermedad crónica • Habilidades sociales deficientes • Autoestima baja • Alienación/ aislamiento • Impulsividad 	<ul style="list-style-type: none"> • Madre adolescente • Padre o madre soltero • Familia numerosa • Modelos con rol antisocial • Falta de armonía y/o violencia familiar • Familia disfuncional • Divorcio y/o separación • Negligencia con el cuidado del niño • Desempleo prolongado de los padres • Abuso de sustancias en los padres • Problemas mentales en los padres • Disciplina inconsistente y /o rígida • Experiencias de rechazo
<i>Escolares</i>	<i>Sociales</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Peleas/riñas • Rechazo de los padres • Bajo apego a la escuela • Manejo inadecuado de la conducta • Grupo de pares desafiante • Fracaso escolar • Cambios de escuela • Relaciones insatisfactorias • Deserción escolar • Falta de expectativas • Expectativas falsas 	<ul style="list-style-type: none"> • Desventaja socioeconómica • Discriminación social y cultural • Violencia y criminalidad en la zona de vivienda • Densidad de población y condiciones inadecuadas de la vivienda • Hacinamiento • Falta de servicios de apoyo como transporte y lugares de recreo • Contaminación • Aislamiento social • Sociedad competitiva
<i>Eventos</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Pobreza, inseguridad económica • Accidentes de trabajo • Responsabilidad en el cuidado a un enfermo o discapacitado • Residencia en un lugar de cuidados o asilo • Guerra o desastres naturales 	<ul style="list-style-type: none"> • Abuso físico, sexual y emocional • Muerte de un familiar • Enfermedad física o discapacidad • Desempleo/ Inseguridad de empleo • Falta de hogar • Encarcelamiento

²⁵⁷ *Ibid.* Tabla adaptada de cuadro VI, p.36.

En esta dinámica, la pertenencia a grupos donde los factores de riesgo son la constante e imperante forma de vida, coloca a los individuos en condiciones que limitan su desarrollo exponiéndolos persistentemente a desequilibrios físicos y mentales. Pobres, mujeres trabajadoras, madres adolescentes, desempleados, adultos mayores, niños en situación de calle, personas con discapacidad, poblaciones rural, indígena y migrante son, sólo por mencionar algunos, de los grupos vulnerables que conforman una realidad innegable de nuestro país y cuyas circunstancias de acuerdo al documento se encontraban “fuera del campo de los servicios de salud”.²⁵⁸

Esta postura ambivalente, parcial, acomodaticia e incluso contradictoria ante el enfoque biopsicosocial parece ser una constante a lo largo del programa, debido quizá, a que su formulación parte de una visión médico-psiquiátrica apuntalada generalmente sobre la “enfermedad” y a que, aún cuando se hace referencia al carácter “integral” del enfoque, éste no logra concebirse bajo una visión holística.²⁵⁹ La comprensión de la “salud” o la “enfermedad” mental no ha de desconocer los factores que se mueven en su dinámica, a la que habría que hacer continuas aproximaciones desde diferentes puntos y en la que la mente (psique) media permanentemente entre lo biológico y social. Esta ambivalencia se filtraría subliminalmente a los programas específicos, estrategias y acciones.

Por su parte, la comprensión epidemiológica de los trastornos mentales –atributo fundamental de la medicina preventiva- requeriría de una mirada sobre el contexto en el que aparecen y evolucionan, de sus causas, determinantes, factores protectores y de riesgo. Al tiempo, una visión de salud pública habría de reparar en los *componentes transicionales* –demográficos, económicos, culturales, tecnológicos y políticos- y las *transformaciones sociales* –estructuras, estilos de vida, creencias, valores y costumbres-.

²⁵⁸ *Ibid.*, p.34.

²⁵⁹ Holismo (del griego *holos*: todo, entero, total) Doctrina que propugna la concepción de cada realidad como un todo, distinto de la suma de las partes que lo componen. *Diccionario de Lengua Española. Real Academia Española.*

La atención institucional de la salud mental

En México la atención a la salud mental se efectuaba a través de acciones comunes y continuas en las diferentes instituciones del Sistema Nacional de Salud; la Secretaría de Salud como líder del sector había estado llevando a cabo un conjunto de acciones preventivas, de tratamiento y rehabilitación, sumadas a las de investigación, formación y capacitación de recursos humanos.

Las acciones de *prevención* se realizaban intrainstitucionalmente al amparo de programas de promoción de la salud y de medicina preventiva, que buscaban originar *cambios en los estilos de vida y promover el autocuidado* de la salud en los usuarios. Los servicios de consulta externa de algunos centros de salud; hospitales generales; e, instituciones especializadas –centros comunitarios de salud mental, centro integral de salud mental y hospitales psiquiátricos- eran los responsables de realizar estas acciones.

Para el *tratamiento* de los trastornos mentales, la puerta de ingreso al sistema la constituían los servicios de atención primaria en donde los médicos generales realizaban diagnóstico temprano y de ser procedente tratamiento farmacológico; los casos más severos eran referidos al segundo o tercer nivel, siendo el psiquiatra ó paidopsiquiatra institucional quien precisaba el diagnóstico y ordenaba un tratamiento similar pudiendo contrarreferir al paciente con el médico familiar para su seguimiento. En contados casos los usuarios podían acceder a un manejo psicoterapéutico integral proporcionado por el psicólogo clínico.

Los servicios de tratamiento se caracterizaban por ser ambulatorios, de internamiento y algunos otros mixtos. Los primeros se brindaban en la consulta externa de las unidades de primer a tercer nivel que tuvieran establecido el servicio; la hospitalización de corta estancia –principalmente urgencias- podía efectuarse en hospitales generales, mientras que cuadros clínicos que requirieran de permanencia más prolongada, se atendían en

los hospitales psiquiátricos; algunos de estos últimos junto con los centros comunitarios de salud mental, proporcionaban los servicios mixtos –hospital parcial o centros de día-.

El proceso de *rehabilitación* pretendía que los pacientes ya tratados mejoraran sus competencias y funcionalidad social a través de actividades de terapia ocupacional y socio-recreativas, teniendo como meta final se condujeran con independencia en sus actividades cotidianas una vez reintegrados a la comunidad. Los hospitales psiquiátricos y los centros comunitarios, así como la familia y otros grupos sociales participaban conjuntamente para dicho objetivo.

Una aseveración incongruente con el enfoque biopsicosocial planteada por el mismo programa fue que, el debate en contra de un enfoque médico generado por la psiquiatría social décadas atrás había detenido las acciones del Estado en materia de tratamiento y rehabilitación.²⁶⁰

Lo anterior había dado la pauta para continuar en la atención a los trastornos mentales bajo modelos tradicionales cuya orientación era “similar a la utilizada para cualquier enfermedad crónica”,²⁶¹ esquemas en los que el procedimiento terapéutico –generalmente exclusivo y de largo plazo- era la prescripción de fármacos, pese a admitirse la necesidad de un manejo psicoterapéutico integral y de que “el uso únicamente de medicamentos para atender los trastornos mentales no era válido, ya que se estaría realizando una atención parcial del enfermo con trastorno mental”.²⁶²

La *investigación* en salud mental, había sido liderada por los institutos nacionales de salud –psiquiatría, neurología y neurocirugía, ciencias médicas y de la nutrición- quizá

²⁶⁰ “Una situación que ha afectado la manera en cómo el Estado ha actuado en materia de salud mental, fue el debate, décadas atrás, alrededor de la psiquiatría social; percepciones incorrectas confundieron el ejercicio de los derechos humanos de los pacientes con el tratamiento clínico aceptado por la ciencia médica. Inclusive se llegó a vincular la psiquiatría social con acciones de tipo político, separándola de sus aspectos médicos; esto se debió seguramente a que, respondiendo al contexto social en que se ubican los pacientes, como componente determinante de la salud mental, la psiquiatría social considera los factores ecológicos, culturales y sociales que generan, precipitan, intensifican, prolongan o complican los trastornos mentales” *Programa de Acción en Salud Mental 2001-2006. Op. cit.*, pp. 62-63.

²⁶¹ *Ibid.*, p.63.

²⁶² *Ibid.*, p.62.

más en razón de estar facultados jurídicamente que por la falta de producción desde otras instituciones, especialmente las académicas. Los proyectos desarrollados estaban orientados desde diversos campos de las áreas clínica, de neurociencia y epidemiológico-social.

La *formación profesional* de recursos humanos para la salud mental correspondía primordialmente a las disciplinas de psiquiatría, psicología, trabajo social psiquiátrico y enfermería en salud mental, otorgadas en los niveles de licenciatura, maestría, doctorado y especialidad. La academia era impartida en diversas universidades públicas y privadas del país y la práctica se facilitaba en centros universitarios, hospitales e institutos nacionales de salud

La *capacitación y actualización* institucional pretendía desarrollar las capacidades del personal del área médica –médicos y psiquiatras- y del área paramédica –psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, rehabilitadores físicos y ocupacionales- para el adecuado diagnóstico y tratamiento de los pacientes; así como ampliar los conocimientos sobre salud y enfermedad mental de los prestadores de otros servicios –dentistas, camilleros, químicos, radiólogos, personal de intendencia, etc.-.

Pese a esta intensa labor, “la atención a la salud mental no ha respondido a un marco organizado sistemático y eficiente que haya permitido alcanzar resultados significativos; las acciones aisladas no han logrado aún un impacto que permita observar una reducción significativa en la prevalencia de estos padecimientos. A esto debe agregarse que la complejidad y multicausalidad de los trastornos mentales demandan un tratamiento más elaborado y un involucramiento significativamente mayor de la sociedad”.²⁶³ Esta afirmación permitía comprender por qué la atención a la salud mental se había constituido en el área de mayor rezago del sistema de salud en el país.

Las debilidades del sistema para la atención a la salud mental ya eran patentes. Acciones carentes de principios rectores, desorganizadas, fragmentadas y

²⁶³ *Ibid.*, p.61.

unidimensionales, en razón de provenir históricamente de la medicina y consecuentemente del sector salud, tendrán poca capacidad para *lidiar con un problema que se reconoce tiene su origen en diferentes factores interactuantes e interdependientes permanentemente –biológicos, psicológicos, sociales-*; problema que demandaría proceder sobre él desde ese conjunto de dimensiones que le dan lugar, bajo el sustento y vinculación de diversas disciplinas de conocimiento; acto que permitiría ampliar y enriquecer la visión sobre el problema y simultáneamente alimentar las acciones para su atención, a fin de que éstas tendieran en mayor medida a soluciones, sino perfectas sí más apegadas a la realidad.

La reforma psiquiátrica del siglo XXI

Teniendo como antecedentes un panorama de la salud mental en el que quedaban asentados numerosos retos a resolver; una capacidad de respuesta a la problemática que se había mostrado por demás insuficiente y limitada; y, un escenario nacional sumamente complicado y de futuro del todo incierto, el Estado mexicano plantearía vías “distintas” de afrontamiento erigiéndose así una *nueva reforma psiquiátrica* que intentaría dar solución en el mediano y largo plazo al histórico reclamo de la salud mental de ser atendida.

“El problema de 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; por esta razón en este programa los problemas de la salud mental se abordan no solamente desde su perspectiva clínica, sino también desde la perspectiva social e impacto económico, a fin de integrar una estrategia del Estado que aborde el problema desde su verdadera dimensión”.²⁶⁴

Siendo así, la *reforma psiquiátrica* propuesta autocalificada como integradora y multidimensional, sería conducida al amparo de dos macroestrategias:

²⁶⁴ *Ibid.*, p.101.

1. La *formulación e implementación de programas específicos* para la atención integral de los padecimientos mentales prioritarios en el país; y
2. La *reestructuración de la atención psiquiátrica* que implicaría la reasignación de funciones al interior del sector y la actualización y fortalecimiento de los modelos de atención. Esta estrategia daría lugar al proyecto Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental.

Una empresa de tal envergadura hubiese requerido preliminarmente de un cuestionamiento crítico sobre: la posibilidad de *innovación* de formas ya existentes; y, los efectos de considerar un problema desde sus diferentes planos pero siempre al amparo de la misma tendencia. Parecía de antemano que el objetivo de la reforma difícilmente podría ser alcanzado y que la salud mental nuevamente tendría que conformarse con ser vista en términos de enfermedad. ¿Desde este punto podría comprenderse el concepto, sentido y objetivos de la prevención?

1. Formulación e implementación de programas específicos

“La razón de concentrarse en estos padecimientos es que representan la mayor morbilidad e incapacidad personal, laboral y social en la población mexicana”.²⁶⁵ De acuerdo al Programa de Acción en Salud Mental los programas específicos derivados habrían de definir las orientaciones y acciones nacionales a seguir para la atención de los problemas en la materia, mismos que serían elaborados con base en un diagnóstico epidemiológico que permitiera identificar los trastornos *psiquiátricos y neurológicos* generadores de la mayor *incidencia*,²⁶⁶ morbilidad y discapacidad en el país. Así fueron reconocidos los trastornos de “depresión, esquizofrenia, demencias, epilepsia, *psicopatología infantil y de la adolescencia*, trastorno por déficit de atención, enfermedad de Parkinson y *atención psicológica en casos de desastre*”; *trastornos que*

²⁶⁵ *Ibid.*, p.19.

²⁶⁶ En función del contexto mencionado, parece ser que el concepto al que se desea hacer referencia es a *prevalencia* por lo que el uso del término de *incidencia* resulta desatinado; adicionalmente, a esa fecha no fue encontrada investigación alguna que informara sobre la incidencia de trastornos neuropsiquiátricos en el país. *Ibid.*, p.51.

en el año 2002 se fundaron en ocho programas específicos a los que se debe adicionar el correspondiente al Modelo Hidalgo de Atención a la Salud Mental.²⁶⁷

Consideraciones de peso pueden hacerse en un primer momento.

- Se advierte la atención desde el enfoque de la psiquiatría a trastornos de naturaleza diferenciada: neurológica y psiquiátrica.
- La visión de los programas parte del “peor” de los estados de la salud mental: el trastorno; cegándose a la posibilidad de otras condiciones de esa salud.
- Aun aceptando –sin conceder- estas particularidades, es claramente observable una base conceptual confusa en la que diversas nociones son desvirtuadas, llegando incluso a aplicarse el término *trastorno* a lo que son estrategias de atención.
- Algunos de los identificados como trastornos no corresponden *per se* a categoría diagnóstica alguna, sea neurológica o psiquiátrica.
- Los trastornos no pueden constituirse por sí mismos en programas, en el mejor de los casos pueden ser el objetivo de los mismos.

Lo anterior llevaría a cuestionar si de los programas establecidos sería factible derivar acciones resolutivas en las dimensiones de prevención en salud mental y de tratamiento de la enfermedad mental.

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud no sólo había propuesto la formulación de programas de atención a la salud mental, sino también sugerido que su diseño partiera de una visión global constituida por las perspectivas clínica, epidemiológica, social y económica de los trastornos mentales, *si lo que se pretendía era contener efectivamente –y mejor prevenir- la expansión e impacto* de esos padecimientos. Sin embargo y a pesar de disponer de investigaciones nacionales sobre trastornos mentales que daban cuenta de: su prevalencia; los factores sociodemográficos involucrados; los grupos identificados como vulnerables o de alto

²⁶⁷ *Ibid.*, pp.19, 51.

riesgo; la carga de la discapacidad; y sus implicaciones financieras, los programas específicos mencionados no atendieron a ese amplio criterio.

Una contrastación de los programas prioritarios con los estudios de prevalencia generados en México (1988²⁶⁸-1995²⁶⁹) y la evaluación emitida por la OMS²⁷⁰ concerniente al estimado de AVAD's al año 2002 en este país, permitiría observar *una mayor congruencia de los programas específicos con la carga de AVAD's* que con el peso de las prevalencias (*Tabla 23*).

El análisis a continuación consiente concluir que en la *determinación de los programas específicos prioritarios*, la perspectiva económica fue fundamental. Retomando, los AVAD's²⁷¹ evalúan los años de vida sana perdidos como consecuencia de enfermedades y lesiones no fatales causantes de discapacidad; discapacidad que se traduce en pérdida de productividad y funcionalidad individual, con lo que el impacto de dichos trastornos en términos económicos es muy alto.

Si la definición de los programas específicos se constriñó básicamente a ese criterio, es posible afirmar que esta decisión reduccionista minimizaría los aportes de las perspectivas clínica, epidemiológica y social, desconociendo a los factores interactuantes en la aparición de los trastornos mentales e igualmente a aquellos influyentes en el mantenimiento de estados mentales más saludables. Ante esta situación, los efectos de cualquier estrategia disponible para la atención de la salud mental se hallarían continuamente limitados, incluyendo a la prevención.

Todas esas deficiencias, como se verá más adelante, plantearían enormes dificultades para asentar en términos de prevención los objetivos, estrategias y líneas de acción de cada uno de los programas, comprometiendo significativamente los fines para los que fueron creados.

²⁶⁸ *Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México. Op. cit.*

²⁶⁹ *Morbilidad Psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. Op. cit.*

²⁷⁰ *Health statistics and health information systems. Op. cit.*

²⁷¹ Indicador AVISA para México.

Tabla 23. Contrastación de estudios de prevalencia con evaluación de AVAD's para México

Prevalencia Trastornos psiquiátricos 1988		P E*	Prevalencia Trastornos psiquiátricos 1995		P E*	AVAD's Trastornos neuro-psiquiátricos 2002		P E*
Depresión simple	6.5	a. b.	Episodio depresivo	7.9	a.	Desorden depresivo unipolar	888	a. b. c. d. f. g.
Depresión neurótica	3.7		Dependencia de alcohol	5.1		Desorden por uso de alcohol*	769	
Probable depresión simple	3.3		Distimia	4.4		Esquizofrenia	297	
Probable psicosis	2.8		Ansiedad generalizada	3.4		Desorden bipolar	249	
Trastorno obsesivo	2.5		Fobia específica	2.8		Epilepsia	178	
Probable depresión psicótica	2.5		Fobia social	2.6		Migraña	178	
Probable trastorno obsesivo	2.3		Agorafobia	2.5		Alzheimer y otras demencias	131	
Probable manía	1.3		Agorafobia simple	2.1		Desorden obsesivo compulsivo	126	
Trastorno de ansiedad	1.1		Pánico	1.9		Desorden de pánico	121	
Probables trastornos limítrofes	1.1		Trastorno obsesivo compulsivo	1.4		Desorden por uso de drogas	80	
Probable esquizofrenia	1.0		Hipomanía	0.9		Insomnio (primario)	71	
Depresión con retardo	0.9		Manía	0.7		Desorden de estrés postraumático	47	
Probable trastorno bipolar	0.7		Dependencia de otras sustancias	0.7		Esclerosis múltiple	24	
Depresión psicótica	0.7					Enfermedad de Parkinson	12	

*PE. Programas específicos prioritarios
a. Depresión
b. Esquizofrenia
c. Epilepsia
d. Deterioro intelectual y demencias
e. Trastorno por déficit de atención
f. Enfermedad de Parkinson
g. Atención psicológica en casos de desastre
h. Psicopatología infantil y de la adolescencia

2. La reestructuración de la atención psiquiátrica. Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental

La segunda estrategia trazada para la reforma psiquiátrica en México atendía a la necesidad de *fortalecer el Sistema Nacional de Salud* a fin de mejorar su capacidad de

respuesta y por consiguiente satisfacer las demandas de la población, a más de aminorar la carga financiera –en el ámbito institucional- de los padecimientos mentales.

Hacia ese objetivo, el gobierno de la época determinó la consolidación de un *Modelo Integrado de Atención a la Salud* (MIDAS), siendo precisado en el programa sectorial correspondiente como un instrumento orientado al usuario y dirigido institucionalmente a articular el cuidado profesional de los proveedores de salud con el autocuidado individual, a promover la atención comunitaria e integral y a fomentar las labores preventivas en la materia. Las iniciativas guía estaban dirigidas a:

- Crear mecanismos de apoyo para la atención y el cuidado familiar y comunitario de los enfermos mentales, los enfermos crónicos, los adultos mayores y los discapacitados.
- Concientizar a la ciudadanía sobre el derecho y la obligación de los pacientes a intervenir activamente en su propia atención, desde las etapas preventivas hasta la rehabilitación.
- Fortalecer los servicios ambulatorios en los hospitales.
- Mejorar el abasto de medicamentos e insumos esenciales en las unidades y farmacias de primer nivel.
- Capacitar al personal activo en la atención de los padecimientos emergentes (diabetes, hipertensión, depresión) y las lesiones.
- Fomentar la participación de las ONG en las actividades de promoción de conductas saludables.
- Desarrollar un marco regulatorio que promoviera la racionalización de la capacidad instalada y una mayor interacción entre instituciones y entidades.
- Destinar con mayor equidad los recursos crediticios obtenidos de la banca internacional, buscando favorecer a regiones y municipios altamente marginados.

En congruencia con ese proyecto, los servicios de salud mental debían ser reorganizados para integrar una red de prestadores de atención médica que contara con el apoyo de programas comunitarios y desde la cual se efectuarían las actividades de prevención, hospitalización breve y reintegración social; esta estrategia dio origen al *Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental* (MIHASAME).

El modelo propuesto tenía como antecedentes las experiencias de Trieste²⁷² y Leganés²⁷³ –ciudad de Italia y municipio de Madrid, España respectivamente- en donde *a partir de significativas modificaciones legislativas* –1978 y 1986- fueron desplegados esquemas de atención con resultados de inicio exitosos,²⁷⁴ que se hallaban conformados por una red de servicios de cuidado primario y una red asistencial ubicadas en zonas geográficas poco dispersas facilitando una cobertura de hasta el millón de habitantes. A continuación se exponen algunos de los principios básicos del modelo de Trieste²⁷⁵ con la finalidad de sentar un referente que permita un pronóstico –quizá anticipado- para el modelo mexicano:

- La *base del modelo* se hallaba sustentada por acciones dirigidas a favorecer tanto la defensa de los derechos formales –a través de normas jurídicas y administrativas-, como por políticas sociales para los sujetos débiles.
- Los *programas* –guías de las acciones- habían sido diseñados pasando del interés por la enfermedad al interés por la persona, en función de grupos de vulnerables y procediendo desde la acción individual a la colectiva –familia y ambiente-.
- La *responsabilidad profesional* significaba hacerse responsable de las personas –y no sólo de la enfermedad-, de los recursos, de los medios, de la capacidad de trabajar en grupo.
- Las *estrategias* en salud mental habrían de valerse de un amplio abanico de instrumentos y enfoques que permitieran emitir respuestas múltiples.
- La *desinstitucionalización psiquiátrica* implicaba desplazar las *intervenciones* de los hospitales a la comunidad, trabajando directamente en el territorio y apoyados en servicios comunitarios ya disponibles –evitando crear dispositivos específicos-.
- La *atención institucional* se brindaba en el primer nivel pugnándose por un esquema no medicalizado, que proporcionaba tratamiento farmacológico únicamente en los casos en que era necesario bloquear los síntomas agudos, pasando inmediatamente a un programa terapéutico –psicológico y social- separado del modelo médico que actuaría a nivel tanto simbólico como

²⁷² Departamento di Salute Mentale Trieste Italia. *Trieste: storia di un cambiamento*.

²⁷³ Instituto Psiquiátrico Servicio de Salud Mental José Germain. *El Instituto*.

²⁷⁴ M. Hernández. (2004). La psiquiatría comunitaria. En Asociación Mundial de Psiquiatría (Eds.), *Imágenes de la Psiquiatría Española*. pp. 585-602.

²⁷⁵ G. Dell'Acqua. (2000). *Trieste veinte años después: de la crítica de las instituciones psiquiátricas a las instituciones de la salud mental*. E. Pasqual. (2000). *Conclusiones: Hacia una psiquiatría comunitaria*. Departamento di Salute Mentale Trieste Italia.

práctico-afectivo.²⁷⁶ El diagnóstico se emitía posteriormente.

- La *rehabilitación* era impulsada por la ejecución de programas específicos dirigidos a tal fin y se proporcionaba directamente en y con apoyo de la comunidad.

- Los *servicios territoriales –comunitarios-* mantenían actitudes y estilos operativos con una orientación social distanciándose del modelo clínico. La existencia de estos servicios aspiraba a encontrar “la petición de ayuda psiquiátrica en el momento de su formación, incluso antes de que se complique el contacto con las múltiples <paradas> institucionales; perfeccionar la capacidad de intervención y control sobre los procesos generadores de la propia solicitud y; en consecuencia, afirmar la capacidad para prevenir, modular o interaccionar con los mecanismos que determinan y constituyen la enfermedad, la crisis, la cronicidad”.²⁷⁷

A diferencia de esos modelos, México arrancarían su proyecto sin reformas legislativas de base; teniendo como guías programas formulados a partir de trastornos –considerados prioritarios–; con acciones de prevención, hospitalización breve y reintegración social al amparo de un enfoque médico-psiquiátrico; con una visión que anticipaba la desaparición de los hospitales psiquiátricos y la erección de nuevas estructuras a lo largo y ancho del país. Pero por encima de ello, las mayores debilidades del proyecto se debían a la ligereza en la lectura de la experiencia acumulada por esos países a lo largo de los años,²⁷⁸ a la deformación de los principios básicos del modelo original y esencialmente, a la carencia de presupuestos reales asequibles para su implementación. Con esta plataforma el proyecto mexicano parecía tener pocas posibilidades de materializarse en el corto y mediano plazo.

Pese a ello, México proseguiría con el plan establecido. Dentro del proceso, se advertía de inicio la necesidad de generar “un cambio sobre el concepto de la enfermedad mental... enfatizándose que se trata de una enfermedad médica, cuyo órgano alterado es el cerebro”. Giro que se pretendía permeara más allá de los espacios

²⁷⁶ “Hay que reconocer como terreno terapéutico actuar las contradicciones (expresiones de la complejidad humana) en su contexto”. *Ibid.*

²⁷⁷ *Trieste veinte años después: de la crítica de las instituciones psiquiátricas a las instituciones de la salud mental. Op.cit.*, p.8.

²⁷⁸ Una importante discusión merece la experiencia y resultados recogidos a más de 14 años de implementada la reforma en España. A. Fernández. (2000). *La Reforma inacabada*. Introducción a la mesa. I Congreso Virtual de Psiquiatría.

intrainstitucionales en los que colaboraban médicos, psiquiatras psicólogos,²⁷⁹ trabajadores sociales y enfermeras; por lo que se hacía necesario ejercer de forma paralela, una importante labor de sensibilización social destinada por un lado, a reducir el estigma cargado por el enfermo mental y por otro –en oposición- a promover “acciones preventivas y de detección temprana en la familia y en la comunidad”.²⁸⁰

Los rezagos observados en la atención institucional a la salud mental fueron confirmados con “estimaciones diversas”²⁸¹ que informaban en un sentido, que de los mexicanos que padecían de algún trastorno mental un 95% podría haber necesitado de los servicios de *atención de tipo ambulatorio*, resultando indispensable asegurar esta prestación. En dirección opuesta, de los pacientes atendidos en la consulta externa de diversas unidades de la Secretaría de Salud durante el año de 1999, un 3.4% (20,000) habían sido internados en un hospital psiquiátrico debido a la presencia de un episodio agudo y un 0.35% (2,000) se hallaban asilados permanentemente, pacientes que –de acuerdo al PASM- no requerían haber sido tratados en segundo o tercer nivel de atención sino en los *servicios primarios*.

Los objetivos del proyecto que apuntaban claramente hacia el *tratamiento y la rehabilitación social*, encontrarían solución a la problemática de atención institucional al reforzar la capacidad resolutoria del *primer nivel de atención* –bajo el esquema de atención ambulatoria-, que ofrecía la gran ventaja de compartir parte de la carga económica con las familias y aprovechar los servicios ya disponibles en los que el médico podría proporcionar un rápido alivio farmacológico; con lo que paradójicamente, se tornaba innecesaria la construcción de una superestructura organizacional y operativa que pretendía resolver la demanda de atención a un muy alto costo –social y económico-.

²⁷⁹ Pese a reconocerse una actitud más receptiva de los psicólogos hacia los pacientes, también se afirmaba que “en la mayoría de los casos los conocimientos que tienen sobre las enfermedades cerebrales son insuficientes”. *Programa de Acción en Salud Mental 2001-2006. Op. cit.*, p.161.

²⁸⁰ *Ibid.*, p.161.

²⁸¹ Se desconoce la fuente de la que se extraen tales estimados; esta información resultaba inconsistente con las investigaciones analizadas en el apartado de Panorama de Salud Mental en México.

La *hospitalización breve* –a cargo del Estado- quedaría reservada para el manejo médico-psiquiátrico²⁸² de cuadros agudos urgentes y de aquellos persistentes derivados del primer nivel, previéndose una estancia promedio de 15 a 30 días; posteriormente, los pacientes podrían ser contrarreferidos al servicio primario o bien enviados a *hospitalización transitoria* –servicio de enlace apoyado por la comunidad- en donde se iniciaba el proceso de rehabilitación de pacientes crónicos a fin de que adquirieran o recuperaran habilidades y competencias para una vida autónoma y productiva. En este punto del proceso, la breve intervención de los *hospitales psiquiátricos* era tan limitada –y tan costosa- que la posibilidad de su cierre empezaba a justificarse.

El siguiente paso, la *reintegración social* que culminaría el proceso de rehabilitación –sin la participación de médicos o paramédicos- implicaba “reorientar” las acciones institucionales al medio familiar y comunitario, adjudicando a éstos la responsabilidad del cuidado, incorporación laboral y social de los afectados, misma que habría de ser asumida por comités ciudadanos de apoyo y ONG’s que organizarían y administrarían las estructuras definidas para tal fin por la SSA.

Algunas puntualizaciones pueden hacerse al respecto. Un incremento en el diagnóstico de padecimientos mentales, una mayor demanda de servicios y el fortalecimiento de la atención en el primer nivel, parecían ser premisas coherentes entre sí, pero incongruentes si se pretendía: devolver a las familias y comunidades la responsabilidad del cuidado de su salud, disminuir la exclusión de los afectados y reducir el riesgo de gastos catastróficos en esos grupos.

En razón de su naturaleza, *en este modelo no existía espacio para la prevención*, en lo así llamado fueron aglutinadas un conjunto de actividades relacionadas a: la *difusión de información* para crear una cultura de prevención de la enfermedad mental; la sensibilización y capacitación del personal de la SSA y otras instituciones; la promoción de salud mental a través de la conformación de grupos que orientaran a la población y a

²⁸² El manejo psicoterapéutico podría ser proporcionado en aquellas instituciones que anteriormente disponían del servicio pero con apego al enfoque vigente.

grupos vulnerables para la detección de casos; el estímulo a actividades culturales y socio-recreativas para los usuarios. En suma, con tan variadas acciones y de tan difícil ubicación en el sector salud fue alimentada la intervención de prevención.

Las principales razones por las que la prevención –como acción anticipatoria al trastorno mental- no encontró un lugar en esta propuesta de reorganización de servicios y funciones, pueden hallarse en:

- *la definición de los propios objetivos* a los que atendería el MIHASAME, donde el usuario es concebido de inicio como un enfermo mental;
- *el esquema funcional*, donde la atención ambulatoria –primer nivel- es renombrada bajo el término de prevención (*Anexo VII*);
- *la distribución de labores preventivas*, que incumbían tanto a los servicios médicos y especializados, como a la sociedad en general –familia, comunidad, escuela- para hacer detección oportuna.

Ante este paisaje, la *prevención* en el mejor de los casos podría equivaler a diagnóstico temprano dentro de los espacios sociales y a tratamiento inmediato en nivel primario de atención.

Recapitulando, es con esos planteamientos que se hizo patente la estrategia global para la *reducción de la carga económica institucional* y el consiguiente *fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud* en el renglón de la salud mental (*Anexo VII*):

- *erradicar la hospitalización psiquiátrica* –tercer nivel- de donde los enfermos crónicos y asilados pasarían al proceso de rehabilitación y reintegración social sustentado por actividades de la propia comunidad y punto desde el cual serían monitoreados en atención ambulatoria;
- *incentivar la hospitalización breve en hospitales generales* –segundo nivel- de los pacientes con cuadros agudos, algunos de los cuales avanzarían en el proceso –rehabilitación y reintegración social- y algunos otros habrían de ser recanalizados a los servicios primarios de atención;
- *consolidar la atención ambulatoria* –primer nivel- ya que habría de recibir tanto a los pacientes derivados de dichas áreas, como a los nuevos demandantes de

atención, constituyéndose así en el pilar soporte del modelo en el que la familia y la comunidad del usuario estarían involucradas irremediablemente.

Bajo estas convenientes condiciones por supuesto, el gobierno podría asentar su visión de “universalidad y democratización de la salud”, así como su constante y aún permanente llamada a la “atención comunitaria”.²⁸³ El Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental no presenta cambios sustanciales que lo diferencien de sus antecesores, a excepción de su tendencia a extinguir a los hospitales psiquiátricos dentro de él y a la serie de implicaciones que tendrá este movimiento para la comunidad.

La prevención en el programa

Hasta este momento del recorrido por el presente capítulo *La salud mental en el contexto político y social de México*, es posible observar que la prevención ha sido reconocida como objetivo fundamental de la salud mental con carácter prioritario; ha sido mandato, facultad y responsabilidad institucional, medio para contender enfermedades y proteger la salud, servicio básico y actividad de la atención médica, alocución constante de los programas en la materia e incluso responsabilidad comunitaria, roles que la prevención ha adoptado en función de los diferentes actores de ese escenario –legislaciones, instituciones, programas, comunidad, etc.-.

Con todo, por sí misma no ha logrado ser *motivo u objeto de conocimiento* desde la visión del Estado cerrando la posibilidad de profundizar en un acto que no sólo es citado permanentemente en los discursos oficiales revisados, sino que al inicio de un siglo de transiciones, que se prevé complejo y doloroso para muchos sectores del país, se ha colocado a la prevención como la *solución contundente y casi mágica* para

²⁸³ Lo anterior fue reafirmado en el Simposio sobre Estrategias de la Atención Psiquiátrica llevado a cabo en México, Distrito Federal el 9 de Julio del 2009. Servicios de Atención Psiquiátrica. (2009). *Relatoría del Simposio sobre las Estrategias de la Atención Psiquiátrica*, p.3.

muchos problemas nacionales,²⁸⁴ entre ellos los relacionados a la salud y para el caso, la salud mental.

Acaso por ello en la historia del abordaje a la salud mental, ha terminado por constituirse como un componente contemporáneo adicional al ancestral *paradigma de estrategias de atención* “prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y reintegración social”.

Siendo este el primer Programa de Acción en Salud Mental en México cabía la esperanza de que la prevención encontrara un espacio y sentido propios.

Ciertamente y por vez primera en este tránsito fue posible hallar un concepto de lo llamado prevención: “En el campo de la salud es un conjunto de acciones que permiten evitar la aparición o detener la evolución de cualquier enfermedad, así como prepararse anticipadamente para evitar los riesgos de adquirirla”. Noción que se coloca decisivamente en dos dimensiones: en el estado de salud o en el estado de enfermedad; dicotomía que abría posibilidades distantes una de otra para comprender el sentido de prevención en determinados contextos.

Esta disyuntiva ha sido resuelta en el ámbito de la salud mental ubicando desde el *enfoque médico* a la prevención en los niveles de primaria, secundaria y terciaria²⁸⁵ que pretenden respectivamente: evitar la aparición de la enfermedad –*dimensión de salud*-;

²⁸⁴ El Gobierno de México correspondiente al periodo 2007- 2012, ha formulado diversas iniciativas a las que ha denominado “Estrategias Nacionales de Prevención...” como respuesta a situaciones o demandas que característicamente el Estado no ha podido afrontar, especialmente en los rubros de adicciones, seguridad –delincuencia y violencia- y por supuesto salud; con lo que es esperable que esta acción sea convertida en la “mejor vía de solución” a relevantes problemas sociales en el país. Ciertamente puede atribuirse a dicha estrategia -cuando es diseñada y aplicada, desde y sobre macrofactores contextuales de riesgo- considerables derivaciones positivas con sus respectivos beneficios sociales; sin embargo, también existe un gran riesgo de que sea convertida en una estrategia paliativa, en virtud de la gran ventaja que representa el hecho de que la prevención per sé no es tangible, no es medible y sólo puede reconocerse su efectividad en el mediano y largo plazo por las repercusiones generadas en el ámbito en el que se implementa. En razón de lo anterior, la prevención ha demostrado ser sostenible a nivel de discurso, brindado al Estado la conveniente posibilidad de escudarse en ella e incluso justificar sus incipientes y limitadas acciones.

²⁸⁵ *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.* op. cit. p.54

detener la evolución ó reducir el impacto de un proceso patológico instalado –*dimensión de enfermedad*–.

Una revisión de la prevención a la luz de sus diferentes niveles posibles, permite afirmar que *no existe, ni es posible la prevención primaria* como estrategia de atención capaz de impedir la ocurrencia de un trastorno mental. Cuando se apunta al acto de prevenir, invariablemente éste se encuentra referido a la prevención *secundaria o terciaria*, como intervenciones que actuarían para evadir la presencia de la discapacidad o su recrudescimiento.

En torno al presente programa no queda definido el plano en el que se ubica a la prevención de la que se habla; de hecho, no existe mayor acercamiento que lleve al conocimiento y comprensión de lo *que es e implica* la prevención. No obstante, numerosos llamados se hacen en él al acto de prevenir. Las atribuciones que le son asignadas no difieren significativamente a las otorgadas en otros documentos, evidenciándose que la *prevención*:

- Es una *función* institucional del sector salud y una alternativa de servicios.
- Es un *medio* para alcanzar estados de bienestar y para contener enfermedades, violencia, adicciones, problemas de salud mental.
- Es un *recurso* para la atención a la salud mental, para la educación familiar, para favorecer estilos de vida sano, ambientes protectores y condiciones de flexibilidad y resiliencia.
- Es *responsabilidad* de médicos, psiquiatras, escuelas, padres de familia, instituciones, personal de jurisdicciones sanitarias, etc.
- Se *realiza desde* el ámbito del hogar, escolar, centros de salud, hospitales, etc.
- Tiene por *objetivo* el diagnóstico oportuno, la educación en salud y la promoción de la salud.
- Las *actividades preventivas* pueden ser de promoción y diagnóstico, así como de difusión para la salud a través de campañas informativas en medios de comunicación masiva.
- En cada uno de los programas específicos la prevención es *objetivo*, y

término al que se alude constantemente en las estrategias y líneas de acción de este programa bajo la cadena paradigmática de la atención en salud mental.

Pareciera ser que el riesgo de incremento de las prevalencias de los trastornos mentales en relación a tan difícil contexto nacional, el impacto económico y social derivado y el peso que estos padecimientos tienen para el sistema de salud; no fueron motivo suficiente para profundizar en el tema de la prevención.

La *prevención* –cuando menos la primaria- no logró en la realidad constituirse como la directriz orientadora de las políticas públicas en salud mental y traspasar el nivel del discurso. Quizá una de las razones esenciales a las que puede atribuirse este fracaso es la carencia de una base epistemológica –cuando menos en el sector oficial de salud- que permita conocer y comprender el significado y sentido de la prevención en el ámbito de la salud mental, en virtud de lo cual, cualquier propuesta, programa o acción definidas desde la prevención resultan insignificadas. Tal vez en el fondo, existan otras motivaciones que desde de aquí no sean tan visibles.

Con estos lineamientos, pero nulas concepciones, es que el Estado abordó la salud mental desde el enfoque de prevención en el periodo de análisis y con visión al año 2025. Se ha de insistir en que el Programa de Acción en Salud Mental 2001-2006 ha trascendido al del periodo de la administración en curso.

Numerosas cuestiones quedan en el tintero, porque aún cuando existe un nuevo programa en la materia, éste tampoco ofrece mayores respuestas. Qué es, cómo se hace, a dónde se dirige y quién hace verdaderamente prevención en salud mental en este país, si es que esto es viable bajo intervención exclusiva del sector salud, siguen siendo interrogantes a resolver.

El Programa de Acción Específico de Salud Mental 2007-2012²⁸⁶ aún cuando informa acerca de los trastornos mentales más prevalentes de acuerdo a los hallazgos de la ENEP (2003), que dio cuenta de una tendencia y dinámica muy similar a la presentada en años previos al 2000, no dispone de la instrumentación de programas específicos actualizados para su prevención y atención. Esta falta de precisión deja abierta la posibilidad de que los programas específicos del periodo de gobierno anterior continúen vigentes.

Los *objetivos* del programa actual se hayan delineados a partir de la consumación del Modelo Miguel Hidalgo procediéndose a través de la reestructuración de los servicios y el cierre paulatino de los hospitales psiquiátricos a nivel nacional.

Las *estrategias básicas* definidas por la actual gestión son:

- a) la *prevención* del desarrollo de la enfermedad mental mediante la *atención oportuna y el tratamiento adecuado*;
- b) el *tratamiento*, ofrecido bajo un enfoque integral médico-psiquiátrico; y
- c) la *rehabilitación psicosocial*, realizada mediante talleres de inducción laboral, salidas terapéuticas y banco de reforzadores.

Los *procesos críticos* a enfrentar de acuerdo a lo asentado en el nuevo programa se constituyen por una concepción psiquiátrica tradicional predominante, un rechazo a modelos innovadores y resistencia al cambio por parte de trabajadores y dirigentes de los hospitales generales y psiquiátrico; pero fundamentalmente por la falta de recursos económicos. La insistencia que en él se hace sobre este último punto, podría interpretarse como la incapacidad del Estado para concretarlo y en consecuencia abrir una ventana de oportunidad para otros intereses.

Nada nuevo en la historia del abordaje a la salud mental.

²⁸⁶ Secretaría de Salud. (2008). *Programa de Acción Específico 2007-2012. Salud Mental.*

3.3.5 La prevención en los programas específicos derivados del Programa de Acción en Salud Mental 2001-2006

Para atender los problemas en materia de salud mental en México, el Consejo Nacional contra las Adicciones, a través del Órgano Desconcentrado de los Servicios de Salud Mental, fue designado como la instancia responsable de formular programas específicos en salud mental en correspondencia a los padecimientos mentales considerados como prioritarios en el país:

1. Depresión.
2. Deterioro intelectual y demencias.
3. Esquizofrenia.
4. Trastorno de déficit de atención.
5. Psicopatología infantil y de la adolescencia.
6. Enfermedad de Parkinson.
7. Atención psicológica en casos de desastre.
8. Epilepsia.²⁸⁷

Para los propósitos del presente trabajo y dado que la *prevención de las enfermedades mentales tiene carácter prioritario* (Art. 72 Ley General de Salud), la revisión de los programas específicos se dirigirá a identificar el tipo y el papel que jugaba la *prevención* en el manejo de estos problemas de salud mental, para tal efecto se presentan de manera condensada algunos de los principales aspectos de los programas mencionados, haciendo hincapié de manera enfática en que los *contenidos de los mismos no fueron modificados a fin de respetar su intencionalidad original*.

1. Programa Específico de Depresión

Objetivo General: Establecer un modelo para la atención médica de los pacientes con enfermedad depresiva en el primer y segundo nivel de atención.

Objetivos Específicos: Dar orientación a la población general acerca de la enfermedad depresiva.

Estrategia 1: Educación para la salud dirigida a la población en general, maestros, pacientes y familiares. El establecer una campaña de información y orientación entre

²⁸⁷ No se detalla el Programa Específico de Epilepsia por no encontrarse disponible.

la población general, maestros, pacientes y familiares, redundaría en el mayor conocimiento de los factores de riesgo, manifestaciones clínicas, tratamiento y centros de ayuda para la atención de la enfermedad depresiva.

Línea de Acción: Desarrollar actividades de *educación* para la salud, a fin de brindar conocimientos básicos sobre la enfermedad depresiva que permitan la detección y tratamiento oportuno.

Acciones específicas:

- Desarrollo de una campaña nacional de información y orientación a la población en general sobre la depresión.
- Elaboración y difusión de material de divulgación sobre la depresión dirigido a la población en riesgo.

Estrategia 4: Atención a la prevención del suicidio. Desarrollar modelos de prevención e intervención en el enfermo deprimido que curse con riesgo de suicidio.

Línea de Acción 1: Desarrollo de mecanismos de detección y prevención del paciente deprimido que curse con ideación suicida.

Acciones específicas:

- Elaboración de campañas informativas y de orientación a través de medios de comunicación.
- Instalación de módulos de orientación en las unidades de atención médica del primero y segundo nivel de atención.
- Capacitación a los médicos del primer nivel en el desarrollo de habilidades clínicas para abordar los aspectos relacionados con el suicidio, durante la evaluación de los pacientes deprimidos.
- Aplicación de un cuestionario de tamizaje a los pacientes deprimidos para detectar pacientes con potencial suicida.
- Apoyo a centros pilotos de atención de urgencias con personal especializado para la recepción de pacientes con riesgo suicida (centros de atención durante las 24 horas, líneas telefónicas de ayuda y orientación, etc.).
- Establecimiento de un mecanismo de canalización a centros especializados de atención de pacientes con riesgo suicida o a instituciones psiquiátricas.

2. Programa Específico de Deterioro Intelectual y Demencias

Objetivo General: Desarrollar la infraestructura y programas necesarios para favorecer una óptima calidad de vida de los individuos con padecimientos demenciales y/o deterioro intelectual y de su entorno inmediato, a través del manejo integral del paciente en los tres niveles de atención a la salud y haciendo partícipes de ello a los sectores público, social y privado, así como a la comunidad, la responsabilidad de la aplicación de los programas residirá también en la corresponsabilidad con las entidades federativas incluyendo a los municipios, utilizando para ello los lineamientos y normas generales propuestas en este programa.

Estrategia 1: Prevención, diagnóstico y tratamiento. Hacer presente en las comunidades los servicios de prevención, diagnóstico precoz y detección de los

pacientes con deterioro intelectual y demencias, permitirá aumentar la capacidad de intervención de cada entidad federativa en esta materia de acuerdo a sus condiciones locales.

Línea de Acción 1: Instrumentación y coordinación de acciones para la prevención, diagnóstico oportuno y detección del deterioro intelectual y las demencias.

Acciones específicas:

- Promoción de acciones preventivas específicas para las demencias potencialmente reversibles y acciones de prevención secundaria en las demencias vasculares, en instituciones del sector público, social y privado.
- Diseño de material didáctico sobre prevención y detección del deterioro intelectual y demencias, para educación a distancia por medios electrónicos.

Línea de Acción 2: Promoción y coordinación de acciones preventivas para reducir el impacto de las demencias y la comorbilidad que se presenta en el paciente y sus cuidadores, en el segundo nivel de atención, en colaboración con los grupos de apoyo.

Acciones específicas:

- Diseño de material educativo, dirigido a público en general, que contenga información sobre el tema del impacto del deterioro intelectual y las demencias.

3. Programa Específico de Esquizofrenia

Objetivo General: Promover condiciones de vida más saludables, equitativas y de calidad para las personas afectadas por esquizofrenia y para su familia, a través de un proceso integral de atención interinstitucional e interdisciplinaria que comprenda acciones de carácter preventivo, diagnóstico, de atención, de rehabilitación, de reinserción social y de investigación, que involucre la participación comunitaria y tenga cobertura nacional.

Objetivos Específicos: 1. Informar a la población sobre la esquizofrenia y sus alternativas de atención. 2. Integrar en las instituciones de salud mental grupos de orientación para diferentes tipos de población, con especial énfasis en los padres de familia.

Estrategia 1: Prevención. La intervención sobre un padecimiento antes de que se desarrolle es mucho más importante que cuando ya ha dejado una serie de secuelas que hacen más difícil la recuperación del individuo que la padece. Así mismo en enfermedades episódicas, como la esquizofrenia, la prevención de recaídas va directamente relacionada al pronóstico del funcionamiento del paciente.

Línea de Acción 1. Prevención primaria. Aún cuando no se ha determinado la causa de la esquizofrenia, se han identificado factores de riesgo para desarrollarla, por lo que la prevención primaria está encaminada a disminuir estos factores e identificar los factores protectores.

Acciones específicas:

- Informar a pacientes, familiares y a la población en general sobre los factores asociados a la esquizofrenia y los grupos de riesgo para presentarla. A través de pláticas, cursos, anuncios en radio, televisión, artículos en revistas y periódicos, así como carteles, trípticos y folletos.
- Capacitar a especialistas y médicos generales sobre el consejo genético y los factores asociados a esquizofrenia, integrando los conceptos “producto de riesgo” e “individuo de riesgo para desarrollar esquizofrenia”.
- Promover en las universidades el incremento de temas relacionados a la esquizofrenia en los programas de estudios de los profesionales de la salud (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeras), haciendo énfasis sobre la prevención de la esquizofrenia.

Línea de Acción 2. Prevención de recaídas y deterioro. Es del conocimiento general que un paciente con un mayor número de recaídas presenta un deterioro mayor. La identificación de los síntomas prodrómicos del episodio y el manejo oportuno de los mismos, está relacionado con la intensidad, duración y discapacidad.

Acciones específicas:

- Capacitar a los pacientes y familiares sobre la esquizofrenia, haciendo énfasis en la necesidad de apego al tratamiento permanente, los síntomas prodrómicos previos al episodio, la consulta periódica de control del paciente esquizofrénico con el fin de evitar recaídas y con ello la cronicidad del padecimiento.
- Capacitar a los especialistas en la salud mental para la detección de familias con alta expresión emocional (EE), con el fin de que se canalicen a terapias familiares de grupo que se coordinarán con las instituciones y las asociaciones civiles.

4. Programa Específico de Trastorno por Déficit de Atención

Objetivo General: Contribuir a la mejoría de calidad de vida de los individuos afectados por TDA, de sus familias y de la sociedad, desarrollando los mecanismos que logren una atención igualitaria, de calidad y accesible a todos, que permitan la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de estas personas.

Objetivos Específicos: 1. Desarrollar acciones en materia de prevención, atención y rehabilitación en los tres niveles de atención, adecuándolos a las características, necesidades y recursos específicos de la población y de las instituciones involucradas en el proceso 2. Instrumentar acciones específicas dirigidas a grupos vulnerables 3. Promover la aplicación de este programa en los ámbitos federal, estatal y municipal 4. Promover la investigación básica, epidemiológica, clínica, farmacológica, educativa, neuropsicológica y social en el trastorno por déficit de atención.

Estrategia 1: Vincular al programa específico en TDA con el PASM y con el desarrollo económico y social del país. Es claro que este programa no se puede desligar de los demás. De manera natural, el desarrollo de unos implicará el progreso de otros. Salud, economía y sociedad constituyen una triada inseparable.

Línea de Acción 1. Fortalecer la acción comunitaria a favor de las personas con TDA.

Acciones específicas:

- Participar en la capacitación del personal del sector salud y del sector educativo en áreas relacionadas al TDA, especialmente para aquellos que trabajen con población vulnerable.

Línea de acción 2. Promover la educación saludable. Este punto adquiere una particular relevancia en el TDA, considerando que su presencia interfiere de manera habitual con el desarrollo de los niños y que este factor puede a su vez ser un elemento negativo para el desarrollo integral de estas personas.

Acciones específicas:

- Incorporar en los libros de texto de educación primaria y secundaria información sobre TDA de acuerdo a lo especificado en el PASM.
 - Participar en la integración de Comités Escolares de Salud Mental y prevención de enfermedades mentales con la participación de la comunidad escolar y las jurisdicciones sanitarias.
 - Realizar un diagnóstico sobre la prevalencia del TDA en la población escolar de niveles básico, medio y superior.
 - Participar en la capacitación del personal docente con temas relacionados al TDA, integrando estos conocimientos a los que se les den en promoción de la salud mental y prevención de enfermedades y trastornos.
- Participar en la educación familiar preventiva de acuerdo con los lineamientos del PASM.

Línea de acción 3. Promover la perspectiva de género en el Sector Salud. Las líneas de acción, acciones específicas y metas de esta estrategia son las mismas que se mencionan en el PASM puesto que al cumplir éstas se estarán cumpliendo las propias del Programa.

Estrategia 2: Reducir los rezagos en la salud de los pobres que afectan la atención a las personas que padecen del trastorno por déficit de atención. No hay duda de que los rezagos sociales que afectan la salud de los pobres influyen directamente sobre sus posibilidades de desarrollar el TDA, y en el caso de tenerlo, de superar las dificultades que el problema impone sobre sus vidas. El atender los rezagos que afectan a la población más vulnerable repercutirá necesariamente en una mejor atención a quienes padecen TDA.

Línea de Acción 1. Garantizar un arranque parejo en la vida. Dentro de las causas de TDA se han considerado las alteraciones durante el embarazo y el periodo perinatal. Las intervenciones que se realicen para garantizar una mejor atención a las mujeres embarazadas y al recién nacido serán favorables no sólo para mejorar su salud en general sino especialmente para disminuir la presencia de TDA.

Acciones específicas:

- Proporcionar orientación a las mujeres que acudan a consulta, previamente a embarazarse, sobre todo a aquellas que han tenido ya un niño o varios con TDA, sobre sus posibilidades de que el evento se repita.
- Proporcionar orientación a las mujeres embarazadas sobre los factores negativos que puedan influir en la presentación del TDA.
- Realizar en los recién nacidos una evaluación neurológica inicial y asegurarse que son calificados con el sistema APGAR dando seguimiento a los que obtengan bajo puntaje.

- Orientación a la población general sobre las ventajas de establecer estilos sanos de crianza.

Línea de Acción 2. Integrar la prevención y atención al TDA a los programas de salud mental que se realizan en las poblaciones indígenas. El alto porcentaje de población indígena de nuestro país y su rezago en la atención a su salud y educación hacen indispensable que se dedique un esfuerzo muy especial para mejorar su salud mental. Debe integrarse información sobre TDA a todos los programas orientados a esta población.

Acciones específicas:

- Incluir TDA en los programas locales y regionales que para promover la salud mental y prevenir, tratar y rehabilitar sus trastornos se realice en las comunidades indígenas de acuerdo a los lineamientos del PASM.

Línea de Acción 3. Promover que en la participación de los servicios de salud mental en la atención de los niños en situación de calle se incluyan contenidos de TDA. Los niños en situación de adversidad son especialmente vulnerables al desarrollo del TDA, particularmente en aquellas formas comórbidas con trastornos de conducta y adicción. Esta población debe de ser una particular preocupación de este programa.

Acciones específicas:

- Incluir TDA en los programas de salud mental que se apliquen a esta población en completa colaboración con los programas intra e interinstitucionales que en conjunto participen en la atención a estos niños.
- Realizar un estudio epidemiológico sobre la frecuencia del TDA en estos niños.

5. Programa Específico de Psicopatología Infantil y de la Adolescencia

Objetivo General: Promover condiciones de vida saludable y equitativa para la población infantil y adolescente y su medio familiar y social, a través de un proceso integral de atención a su salud mental, que comprenda acciones preventivas, de atención, rehabilitación, reinserción social, investigación, legislación y normatividad, a través de un trabajo multidisciplinario que involucre una coordinación interinstitucional.

Objetivos Específicos: Determinar las acciones que establezcan la integración de un programa de atención integral a la salud mental del menor y su familia con los sistemas educativo, social, cultural y económico del Estado Mexicano.

Estrategia 1: Vincular la salud mental del niño y del adolescente y su familia con el desarrollo económico y social. Invertir en acciones para promover la salud mental del niño y el adolescente requiere de acciones integrales que aborden las diversas problemáticas socioeconómicas que afectan a esta población.

Línea de Acción 1. Fortalecer la acción comunitaria a favor de la salud mental del niño y el adolescente.

Acciones específicas:

- Capacitar a los proveedores de salud infantil en la promoción de la salud mental y la detección temprana de factores de riesgo en el desarrollo.

Línea de Acción 2. Promover la educación saludable del niño y el adolescente.

Acciones específicas:

- Diseñar contenidos educativos, considerando los ya publicados por organismos internacionales reconocidos como la AACAP (*American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*), enfocados hacia los padres de familia y población infantil, que ilustren el sano desarrollo del individuo durante las etapas de su ciclo vital, y al mismo tiempo informen sobre la presentación de factores de riesgo a los que están expuestos los menores.
- Diseñar e instrumentar el contenido temático que abarque la psicopatología infantil y adolescente, su detección y la información sobre las alternativas de atención, para la realización del curso “Escuela para padres”.
- Diseñar material impreso que refuerce campañas y eventos educativos para el primer nivel de atención y la comunidad p.e. “Escuela para padres”.
- Gestionar espacios en los medios masivos de comunicación para la transmisión de mensajes en horarios preferentes, sobre los temas prioritarios y su significado.

6. Programa Específico de Enfermedad de Parkinson

Objetivo General: Promover condiciones de vida más saludables, equitativas y de calidad para las personas afectadas por la enfermedad de Parkinson y para su familia, a través de un proceso integral de atención interinstitucional e interdisciplinaria que comprenda acciones de carácter preventivo, diagnóstico, de atención, de rehabilitación, de reinserción social y de investigación, que involucre la participación comunitaria y tenga cobertura nacional.

Objetivos Específicos: Desarrollar acciones en materia de prevención, atención, rehabilitación y reinserción en los tres niveles de atención.

Estrategia 1: Prevención. La educación para la salud acerca de la Enfermedad de Parkinson, permitirá prevenir sus factores de riesgo, especialmente en los grupos susceptibles de padecerla y generar mejores condiciones de vida para ellos y para la población general.

Línea de Acción 1. Promover campañas de educación para la salud, a fin de brindar a la población conocimientos básicos sobre la Enfermedad de Parkinson, sus riesgos, detección y alternativas de atención.

Acciones específicas:

- Diseño y desarrollo de campañas de sensibilización para la población que asiste a los centros de primer nivel de atención acerca de la enfermedad de Parkinson, especialmente en las zonas rurales donde el consumo de agua de pozo y el uso de pesticidas es elevado.
- Difusión de información y orientación acerca de la enfermedad de Parkinson dirigida a grupos susceptibles como los referentes a la EP familiar y juvenil.
- Promoción de campañas de información a la población general sobre los riesgos del consumo de drogas que pueden producir parkinsonismo y vincularlas con el programa de acción en adicciones.

7. Programa Específico de Atención Psicológica en Casos de Desastre

Objetivo General: Preservar, mantener o restaurar la salud mental de los grupos de individuos o poblaciones que puedan afectarse debido a la ocurrencia de una amenaza, emergencia o desastre, a través de medidas establecidas, durante y después de la presencia de eventos perturbadores, que permita la prevención del impacto psicológico de los individuos afectados.

Objetivos Específicos: 1. Coadyuvar en la atención a damnificados y grupos de apoyo por desastres, minimizando a las alteraciones psicológicas y conductuales causadas por desastres a través de primeros auxilios emocionales, intervención en crisis, duelo y seguimiento psicosocial 2. Desarrollar un programa de atención en casos de desastres que contemple aspectos preventivos de respuesta en la emergencia y de retorno a la normalidad. 3. Promover y mantener una cultura de prevención del impacto psicológico en casos de desastre 4. Promover la participación ciudadana, especialmente de los grupos con mayor nivel de vulnerabilidad en aspectos preventivos para caso de emergencias o desastres.

Estrategia 1: Promoción y Prevención. Ultimamente se ha incrementado de manera importante la aparición de fenómenos naturales provocados por el hombre, desastres de diferentes tipos que han alterado la forma de vida y la organización de las sociedades, afectando la integridad física, mental y social de los individuos y grupos que la componen. Ante estas condiciones, las experiencias que el mundo y el país ha sufrido en materia de desastres, así como las condiciones de riesgo y vulnerabilidad que en ese sentido vive un gran porcentaje de la población nacional, han permitido desarrollar una serie de medidas para anticipar la intervención ante esos eventos y evitar o disminuir el impacto de los daños ocasionados por los mismos.

Línea de Acción 1. Promover y mantener una cultura de prevención del impacto psicológico en caso de desastres a través del fortalecimiento de la salud mental de la población. La preparación anticipada y sistemática de la población ante los eventos catastróficos, sus consecuencias y el impacto que pueden tener en la estabilidad emocional de las personas, hace necesaria la prevención, para fortalecer la salud mental de la población así como para afrontar este tipo de eventos de manera integral y conjunta entre ésta y las instituciones.

Acciones específicas:

- Sensibilización de la población general acerca de las condiciones de riesgo y vulnerabilidad en que se encuentra el país en materia de desastres así como de las medidas de protección y seguridad que deben tener.
- Detección y capacitación de líderes comunitarios acerca de las medidas preventivas ante los riesgos de un desastre, con especial énfasis en el impacto psicológico que conlleva.
- Promoción de la participación ciudadana, a través de la organización y fortalecimiento de las redes locales, en aspectos preventivos y de autoprotección de caso de emergencias o desastres, especialmente de los grupos con mayor nivel de vulnerabilidad. (niños, niñas, mujeres, personas de la tercera edad, discapacitados, indigentes, etc.).



Como era esperable y dado el marco previo de acción, los programas expuestos con antelación se hallaban plagados de inconsistencias, incongruencias, contradicciones y falta de visión cuando menos en lo relativo a la prevención. Las imprecisiones conceptuales –carencia de definición y comprensión diferenciada de objetivos, estrategias y líneas de acción- es una primera dificultad que se infiltró a lo largo de los programas, logrando incluso que las acciones planteadas no correspondieran a los fines definidos.

Desde el enfoque médico, el dominio y la validación de prácticas terapéuticas psiquiátricas en el complejo proceso salud-enfermedad mental,²⁸⁸ ha significado un poderoso freno para un cambio de paradigma en el que la *prevención* de los trastornos mentales pudiera ser vista desde otras perspectivas y consiguientemente comprendida y asumida desde diversos campos de conocimiento.

La hegemonía de este enfoque no ha encontrado una oposición decidida de parte de otras disciplinas –en particular de la psicología- que hubieran cuestionado no sólo la creciente expansión de la medicina psiquiátrica a ámbitos ajenos a su propia vocación,²⁸⁹ sino también las limitaciones de sus herramientas de intervención en el terreno de la *prevención en salud mental*. Polo éste desde el cual, para prevenir, habría de resultar imprescindible intervenir sobre el riesgo y no sobre el daño.

²⁸⁸ “Psiquiatría y salud mental son términos que con frecuencia se emplean para referirse a un área de competencia y a un conjunto de actividades, a pesar de que están lejos de ser sinónimos. La psiquiatría es una especialidad médica a la que se atribuye la responsabilidad de atender los trastornos mentales, en tanto que el término «salud mental» tiene una acepción mucho más amplia, y se refiere a una condición peculiar de bienestar y desarrollo de las potencialidades individuales y colectivas”. O. Benassini. (2001). La atención psiquiátrica en México hacia el siglo XXI. *Salud Mental*, 24(6), p. 62.

²⁸⁹ “...a pesar de que la medicina estaba originalmente dedicada a la salud del cuerpo, los movimientos científicos de los tres últimos siglos permitieron que se modificaran y ampliaran sus ámbitos de aplicación, abarcando con ello muchas otras áreas y aspectos que, en principio, no eran de su competencia (seguramente sin una conciencia clara al respecto), como es el caso de la ética, la moral, los problemas de la vida cotidiana y, en algunos casos extremos, hasta la libertad para decidir sobre uno mismo. Pero cuando se empezaron a relacionar *todos los comportamientos con la mente y ésta con el cerebro*, el modelo médico también llegó a apropiarse de la autoridad científica para decidir sobre los comportamientos, aunque aparentemente delimitándose a los comportamientos “anómalos” que supuestamente eran los indicadores de las «*enfermedades mentales*». G. Limón. (2005). *El giro interpretativo en Psicoterapia*. pp. XVI-XVII.

El marco de actuación propuesto por la OMS para la prevención, enriquecida de un enfoque social, apuntaba en ese sentido; es decir, sólo a partir de la correlación de los factores de riesgo con grupos poblacionales sería posible determinar el tipo de intervención preventiva a aplicar como resultado de la ponderación del riesgo.

De forma contraria, la dirección impresa a los programas en México fue determinada por el interés en las enfermedades mentales, recuperando en ellos de forma secundaria a los segmentos sociales en donde se concentran los daños a la salud, omitiendo su conexión con las complejas configuraciones causales que los explicarían.

Intentando rastrear la lógica aplicada en el diseño de estos programas, se podría apuntar que: ~el conocimiento previo sobre la vulnerabilidad de los grupos de población dada por sus condiciones de vida, es un primer referente casi certero de la presencia de patología mental; ~a partir de él y ya con la lupa del trastorno se procede a una aproximación dirigida al sujeto en vinculación con su entorno; ~una vez efectuado este acercamiento se extrae al sujeto de su entorno, discriminando sus condiciones y por tanto desestimándolas como posibles productoras de daños en la salud; ~hecho lo cual, queda focalizada la atención exclusivamente en el sujeto, el que bajo la naturaleza de la mirada, es convertido automáticamente en enfermo; ~acto seguido, se deriva la necesidad de intervenir sobre ese sujeto para que recupere su salud, lo que equivaldría a normalizar su funcionamiento, pero siempre dentro de esas mismas condiciones, que sólo podrían ser modificadas, mediante la acción de un sujeto ahora saludable.

La prevención en términos de habilidades para la vida y asumiendo que pudieran ser instrumentadas por sectores distintos al de salud –entre ellos el de educación- no rompe con esta dinámica ni con el objetivo final perseguido, que redundaría en el ajuste social del individuo al presente y en el futuro.

El discurso institucional reproducido en los ocho programas específicos, sin embargo, no prescindió de la prevención como parte de la cadena que la conecta con el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social, cliché abusivamente

multicitado en todos y cada uno de los programas en cuestión, en sincronía con la argumentación oficial. La *prevención* entonces, quedó reducida básicamente a la *diseminación de información* alusiva a las características y síntomas de las enfermedades y a los factores de riesgo que vulneran la salud mental de los individuos, para –nuevamente- facilitar la detección oportuna y el tratamiento temprano.

3.4 PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. ENCUESTA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA PSIQUIATRICA 2003. (ENEP)

Como se ha anotado con antelación, uno de los objetivos propuestos por el Programa de Acción en Salud Mental 2001-2006 fue la realización de una encuesta nacional que ofreciera un diagnóstico epidemiológico actualizado del estado mental de la población; objetivo cumplido en el año 2003 con la ejecución de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), que serviría de base para una posible reorientación de las acciones en salud mental que con anticipación a ella habían sido establecidas.

Fue el propio Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 que con visión al año 2025, había considerado la posibilidad de constantes ejercicios de renovación de políticas públicas en atención a nuevas necesidades poblacionales detectadas. En el espacio de la salud mental, los resultados generados por la nueva evaluación podrían haber respondido a esa facultad concedida, trascendental si se considera su vigencia a tan largo plazo.

En este momento del trabajo se pretende esbozar los más importantes resultados provenientes de investigaciones originadas de la ENEP, reconocida como de amplio alcance y la más confiable por el uso de una herramienta metodológica²⁹⁰ validada internacionalmente. Con los datos generados por ella fue posible producir diversas investigaciones abocadas a: la identificación de trastornos mentales más prevalentes a ese momento, correlacionados con variables sociodemográficas; los hallazgos más

²⁹⁰ M. E. Medina-Mora, G. Borges, C. Lara, C. Benjet, J. Blanco, C. Fleiz, J. Villatoro, E. Rojas & J. Zambrano. (2003). *Mexican National Comorbidity Survey (NCS-Mexico): an Overview of Design and Field Procedures*. Documento interno del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. pp.1-13.

significativos en torno a las prevalencias en el uso de los servicios de salud; y algunas consideraciones generales relativas a la carga de los trastornos mentales. Dada la importancia otorgada a la cuantificación de AVAD's vinculada con los desórdenes mentales, hemos convenido en incluir alguna información al respecto, aun cuando ésta no es resultante de la encuesta referida.

Desde el punto de vista metodológico, la ENEP estuvo basada en un diseño probabilístico, multietápico y estratificado para seis regiones²⁹¹ y a escala nacional; tomando como criterios para la composición de la muestra únicamente población no-institucionalizada, con hogar fijo, de entre 18 a 65 años de edad y que viviera en áreas urbanas (población de más de 2,500 habitantes) las cuales representaban el 72% de la población nacional.

La versión computarizada del *World Health Organization Composite International Diagnostic Interview* (WHO-CIDI) cuya confiabilidad y validez ha sido ampliamente documentada, fue el instrumento utilizado en la realización de la encuesta. Mediante las preguntas incluidas en dicho instrumento se obtuvieron 10 criterios diagnósticos de acuerdo con el DSM IV y CIE 10, para “toda la vida”, “12 últimos meses”, y “30 últimos días” de 23 trastornos mentales que conformaron tres grupos diagnósticos –ansiedad, afectivos y uso de sustancias-; conteniendo módulos sobre las características sociodemográficas de los entrevistados, empleo, finanzas, matrimonios y niños, redes sociales, carga familiar, condiciones crónicas, fármaco-epidemiología, discapacidad y uso de servicios.

²⁹¹ La estratificación del México urbano se conformó de las siguientes áreas: 1) Areas metropolitanas auto-seleccionadas: Incluyó las tres regiones metropolitanas más grandes del país, a saber, Ciudad de México (AMCM), Guadalajara (AMG) y Monterrey (AMM); 2) Noroeste: Incluyó los estados de Baja California, Baja California Sur, Nayarit, Sinaloa y Sonora; 3) Norte: Incluyó los estados de Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León (excluyendo AMM), San Luis Potosí, Tamaulipas y Zacatecas; 4) Centro-oeste: Incluyó los estados de Aguascalientes, Jalisco (excluyendo AMG), Colima, Guanajuato y Michoacán; 5) Centro-este: Incluyó los estados de Guerrero, Morelos, Estado de México (excluyendo AMCM), Querétaro, Hidalgo, Tlaxcala y Puebla; 6) Sureste: Incluyó los estados de Veracruz, Oaxaca, Tabasco, Chiapas, Campeche, Yucatán y Quintana Roo. *Ibíd.*

3.4.1 Prevalencia de los trastornos mentales. Resultados de la ENEP 2003

De acuerdo a las categorías diagnósticas de la CIE-10, se detectó que los trastornos mentales afectaban a una importante proporción de la población adulta residente de comunidades urbanas:²⁹² el 28.6% presentó algunos de los 23 tipos de trastornos para “alguna vez en su vida”, el 13.9% lo reportó en los “últimos 12 meses” y el 5.8% en los “últimos 30 días”. Lo anterior significaba que alrededor de 6 de cada 20 mexicanos, 3 de cada 20 y 1 de cada 20 presentaron trastornos psiquiátricos respecto a cada uno de esos periodos.

Por tipo de trastornos “alguna vez en la vida”, los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (14.3%) seguidos por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%).

Un análisis de los trastornos individuales mostró una mayor contribución de las fobias específicas (7.1%), seguidas por los trastornos de conducta (6.1%), la dependencia al alcohol (5.9%), la fobia social (4.7%) y el episodio depresivo mayor (3.3%). La clase de desórdenes mentales y su peso por sexo presentaban variaciones según los indicadores de tiempo considerados (*Tabla 24*).

Como puede observarse el sexo fue un factor determinante en la distribución de enfermedades; las *fobias específicas*, las *fobias sociales* y la *depresión* fueron los problemas psiquiátricos más comunes entre las mujeres, en tanto que en los hombres la *dependencia al alcohol*, los *trastornos de conducta* y el *abuso de alcohol* –sin dependencia- se colocaron en los primeros sitios de prevalencia.

²⁹² M. E. Medina-Mora, G. Borges, C. Lara, C. Benjet, J. Blanco, C. Fleitz, J. Villatoro, E. Rojas, J. Zambrano, L. Casanova y S. Aguilar-Gaxiola. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), pp.1-16. El análisis de la prevalencia reportado están calculados a partir de un total de 2,432 entrevistas correspondiente a los pesos parte 2.

Tabla 24. Prevalencia de trastornos psiquiátricos por rangos de tiempo y sexo²⁹³

	Total (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)
“alguna vez en la vida”	<ul style="list-style-type: none"> • Fobias específicas (7.1) • Trastornos de conducta (6.1), • Dependencia al alcohol (5.9), • Fobia social (4.7) • Episodio depresivo mayor (3.3). 	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia al alcohol (11.5), • Trastornos de conducta (10.3) , • El abuso de alcohol - sin dependencia- (4.9) • Fobia específica (4.0) 	<ul style="list-style-type: none"> • Las fobias específicas (9.8) • Las fobias sociales (5.4) • Episodio depresivo mayor (4.5) • Ansiedad por separación (3.5)
“últimos 12 meses”	<ul style="list-style-type: none"> • Fobia específica (4.0) • Fobia social (2.3) • Dependencia al alcohol (1.8) • Agorafobia sin trastorno de pánico (1.7) • Episodio depresivo mayor (1.7) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia al alcohol (3.7) • Trastorno de conducta (2.1) • Dependencia a la nicotina (1.9) • Fobia específica (1.9) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fobia específica (5.8) • Fobia social (2.7) • Agorafobia sin trastorno de pánico (2.5) • Episodio depresivo mayor (2.1)
“últimos 30 días”	<ul style="list-style-type: none"> • Fobia específica (1.5) • Fobia social (0.7) • Dependencia al alcohol (0.6) • Episodio depresivo mayor (0.6) 	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia al alcohol (1.2) • Fobia específica (0.7) • Trastorno de ansiedad generalizado (0.6) • Fobia social (0.5) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fobia específica (2.2) • Fobia social (0.9) • Agorafobia sin trastorno de pánico (0.8) • Episodio depresivo mayor (0.8)

Por lo que hace a la *edad de inicio* de los padecimientos mentales (Tabla 25).y en función de la mediana es observable que:

1. En el periodo de *la infancia*, la *ansiedad de separación* y el *trastorno por déficit de atención* ocurrieron en etapas tempranas de la vida, seguidos de la *fobia específica* y el *trastorno oposicionista*.

2. En la *edad adulta* y de acuerdo a grupos diagnósticos, los trastornos de *ansiedad* prevalecieron en edades de inicio más tempranas, a los que les sucedieron los *trastornos afectivos* y *por uso de sustancias*.

²⁹³ *Ibid.* Tabla adaptada, p.8.

Tabla 25. Edad de inicio de los trastornos psiquiátricos²⁹⁴

Diagnóstico según la CIE-10	N	Min.	Max.	Media	Mediana
Trastorno de ansiedad generalizada	72	4	61	25.72	27
Dependencia a la nicotina	66	15	60	27.30	25
Dependencia al alcohol	105	1	53	25.56	25
Bulimia nerviosa	26	1	47	24.89	24
Episodio de depresión mayor	225	1	64	26.08	24
Consumo perjudicial de alcohol	262	12	61	24.47	22
Trastorno de ansiedad de separación del adulto	138	1	63	22.25	20
Manía	66	3	47	21.36	20
Hipomanía	94	3	53	21.26	19
Trastorno de estrés postraumático	24	5	61	19.77	19
Consumo perjudicial de drogas	59	1	51	19.64	18
Trastorno de pánico	122	1	56	21.48	18
Dependencia a las drogas	21	11	36	18.27	17
Agorafobia	135	1	60	19.60	17
Fobia social	257	1	53	13.98	13
Trastorno disocial	137	1	20	11.39	11
Trastorno disocial desafiante y opositor	27	4	23	9.24	8
Fobia específica	227	1	63	9.72	7
Trastorno de la actividad de la atención	2	6	6	6.00	6
Trastorno de ansiedad de separación de la infancia	16	1	5	4.59	5
	Inicio durante la adultez rango de 16 años en adelante				
	Inicio durante la infancia rango de 5-15 años				

Un trato distinto fue dado a la información para dar *seguimiento a los momentos* identificados como de inicio de los trastornos mentales,²⁹⁵ observándose que el auge inicial del episodio *depresivo mayor* ocurrió aproximadamente a los 17 años y proseguido en dos momentos de la vida, el primero alrededor de los 32 años y el último al final de la edad tope de la encuesta –65 años-. Para los tres *trastornos afectivos* considerados, los casos se distribuyeron homogéneamente durante el transcurso de la vida, no así para los trastornos de ansiedad y por uso de sustancias, ya que aunque ambos reportaban altas y bajas, los primeros tendían a concentrarse en edades jóvenes (antes de los 15 años), mientras que los segundos solieron converger entre los 15 y 30 años de edad.

Este mismo análisis aplicado a los trastornos tipificados como *infantiles*, develó que en su mayoría se concentraron entre los 5 y los 15 años. La *bulimia* y el *trastorno de*

²⁹⁴ *Ibid.* Tabla adaptada, p.9.

²⁹⁵ *Ibid.* Figuras 1-8, p.9-13.

separación del adulto fueron los desórdenes que mostraron una tendencia a extenderse a lo largo de la vida.

Los trastornos considerados en la muestra revelaron igualmente *variaciones geográficas significativas*. En la región centro-oeste se presentó la prevalencia más elevada de trastornos en la vida (36.7%) –incluso por encima de la reportada para todo el país (28.6%)–, lo que podría explicarse por el elevado índice de trastornos por uso de sustancias, en particular por alcohol. Los trastornos de *ansiedad* (cualquiera de los clasificados) *mostraron mayor prevalencia en todas las regiones y en todos los rubros de tiempo*, a excepción de la región noroeste que durante el “último mes” reportó mayor prevalencia en cualquier trastorno afectivo.

Finalmente la región del sureste presentó las prevalencias más bajas de cualquier trastorno “alguna vez en la vida (23.5%) y una prevalencia de trastornos afectivos (5.7%) comparativamente más baja que el total nacional (9.1%); los trastornos de ansiedad y por consumo de sustancias alcanzaron asimismo en esta región las prevalencias más bajas.

De los tres grupos diagnósticos definidos en la encuesta el que presentó las más altas variaciones al interior del país “alguna vez en la vida”, fue el relativo a uso de sustancias, cuyas prevalencias alcanzaron desde 6.5% ubicadas en la región noreste hasta 15.2% en la región centro-oeste, pasando por las regiones norte, central este y sureste con prevalencia del orden del 10.1%, 7.8% y 7.9%, respectivamente.

Para el periodo correspondiente a “los últimos 30 días”, las prevalencias tendieron a reducirse, observándose que en la región centro-oeste los trastornos afectivos consiguieron las prevalencias más elevadas (2.5%); en la región integrada por las tres áreas metropolitanas los trastornos de ansiedad resultaron los más prevalentes y en la región norte los trastornos por uso de sustancias (1.7%) obtuvieron las mayores prevalencias, es esta misma región la que reportó la más alta prevalencia para cualquier trastorno en los “últimos 30 días” (8.2%) (*Tabla 26*).

Tabla 26. Prevalencia de trastornos con jerarquía por región de acuerdo con la CIE-10²⁹⁶

	Áreas metro-politanas		Noroeste		Norte		Central oeste		Central este		Sureste		Total		
Diagnóstico	% (SE)		% (SE)		% (SE)		% (SE)		% (SE)		% (SE)		% (SE)		
Alguna vez en la vida															
Cualquier trastorno afectivo	10.4	(0.9)	8.4	[1.6]	9.0	(1.1)	10.2	(1.5)	10.6	(1.6)	5.7	(1.5)	9.1	(0.6)	
Cualquier trastorno de ansiedad	15.2	(0.9)	12.3	(2.8)	16.4	16.4	(1.9)	15.8	(2.4)	13.6	(1.9)	12.3	(3.0)	14.3	(0.9)
Cualquier trastorno de uso de sustancias	8.7	(1.1)	6.5	(1.2)	10.1	(1.9)	15.2	(2.0)	7.8	(1.8)	7.9	(1.7)	9.2	(0.7)	
Cualquier trastorno "Core"	21.8	(1.4)	19.3	(2.6)	25.4	(2.3)	27.8	(3.4)	22.0	(3.2)	19.9	(3.6)	22.5	(1.1)	
Cualquier trastorno	28.6	(1.5)	25.3	(3.1)	30.1	(2.5)	36.7	(3.8)	29.0	(2.8)	23.5	(3.6)	28.6	(1.2)	
Últimos 12 meses															
Cualquier trastorno afectivo	5.3	(0.9)	4.5	(0.9)	4.6	(0.7)	5.6	(1.0)	4.9	(0.6)	2.2	(0.6)	4.5	(0.3)	
Cualquier trastorno de ansiedad	7.6	(0.8)	6.2	(2.0)	10.1	(1.7)	11	11	(2.3)	8.3	(1.0)	5.8	(1.5)	8.1	(0.6)
Cualquier trastorno de uso de sustancias	2.9	(0.7)	1.7	(0.6)	5.4	(1.6)	6.8	(3.0)	3.2	(0.9)	2.0	(0.9)	3.5	(0.5)	
Cualquier trastorno "Core"	9.7	(0.8)	8.1	(2.4)	14.6	(2.5)	15.9	(3.4)	11.4	(1.3)	7.3	(1.9)	10.9	(0.8)	
Cualquier trastorno	13.5	(1.3)	10.5	(2.3)	17.7	(3.0)	20.7	(4.0)	14.5	(1.3)	8.4	(2.1)	13.9	(0.9)	
Último mes															
Cualquier trastorno afectivo	2.2	(0.5)	2.4	(0.4)	1.9	(0.3)	2.5	(0.7)	2.1	(0.6)	0.9	(0.3)	1.9	(0.2)	
Cualquier trastorno de ansiedad	3.4	(0.6)	1.8	(0.8)	5.3	5.3	(1.1)	3.1	(0.6)	3.1	(0.7)	2.2	(0.8)	3.2	(0.3)
Cualquier trastorno de uso de sustancias	0.9	(0.3)	1.1	(0.5)	1.7	(0.8)	1.3	(1.0)	0.2	(0.2)	1.0	(0.8)	1.0	(0.3)	
Cualquier trastorno "Core"	4.3	(0.7)	3.3	(1.1)	6.9	(1.0)	4.6	(1.1)	3.2	(0.7)	3.2	(1.2)	4.2	(0.4)	
Cualquier trastorno	6.2	(0.8)	4.8	(0.9)	8.2	(1.0)	7.9	(1.6)	4.7	(0.7)	3.7	(1.2)	5.8	(0.5)	
	La lectura fue realizada en sentido horizontal para determinar la región que reporta mayor prevalencia de cualquier nivel de clasificación de trastorno independientemente del rubro de tiempo														
	La lectura fue realizada en sentido vertical para determinar el trastorno de mayor prevalencia en cada región por rubro de tiempo														
* Los trastorno "Core" y los tipificados como cualquier trastorno no fueron considerados para determinar la prevalencia															

Tema de otra investigación fue el *análisis de la depresión con inicio temprano*²⁹⁷ (antes de los 18 años de edad), a la luz de los datos ofrecidos por la ENEP y motivado por el panorama expuesto por el *Global Burden of Disease* que desde la década de los 90's exhibió la contribución de la depresión unipolar dentro de la carga que los trastornos

²⁹⁶ *Ibid.* Tabla adaptada, p.14.

²⁹⁷ C. Benjet, G. Borges, M. E. Medina-Mora, C. Fleiz y J. Zambrano. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, 46(5), pp. 417-424.

neuropsiquiátricos representaban dentro del conjunto de enfermedades evaluadas a ese momento.

Se reconoce que durante mucho tiempo se consideró este trastorno como privativo de la adultez, sin embargo, en los últimos años se sabe que también cursa en la niñez y la adolescencia, afectando importantes áreas de funcionamiento de los individuos como podrían ser el ajuste y rendimiento escolar, la formación de redes sociales y el desarrollo de habilidades sociales, entre algunos de sus efectos, los cuales podrían trascender hasta la vida adulta tornándose más complejos e impactando a diversas áreas de funcionamiento.

Sustentado en las cifras proporcionadas por la encuesta, se estimó que el 2% de la población nacional, equivalente a dos millones de personas, antes de los 18 años de edad habían padecido un episodio de depresión mayor (*Tabla 27*) y en aquellos que se habían visto afectados por este desorden psiquiátrico *alguna vez en la vida* (27.5%) reportaron el primer episodio en la infancia o la adolescencia.

Tabla 27. Prevalencia de un episodio de depresión con inicio temprano y con inicio en la edad adulta²⁹⁸

	% Mujeres	% Hombres	% Población
<i>Episodio de depresión mayor</i> (incluyendo a aquellos con trastorno. bipolar)			
Inicio temprano	2.8	1.1	2.0
Inicio en adultez	7.0	3.3	5.2
Sin depresión	90.3	95.6	92.8
<i>Episodio de depresión mayor</i> (excluyendo a aquellos con trastorno. bipolar)			
Inicio temprano	2.4	1.0	1.7
Inicio en adultez	6.7	2.9	4.9
Sin depresión	91.0	96.1	93.4

Se ha determinado que la *depresión en edades tempranas* tiende a la cronicidad y a abarcar un periodo mayor de duración que cuando ocurre en otras etapas de la vida, de tal suerte que mientras el primer episodio de inicio temprano perduró en promedio 31

²⁹⁸ *Ibíd.* Tabla adaptada, p.420.

meses, el primero de inicio en la adultez persistió en promedio 16 meses. En cuanto al número de episodios las diferencias fueron de igual forma notables, las personas con inicio temprano reportaron un promedio de 6.8 episodios a lo largo de la vida y en quienes el inicio fue tardío, se informó de un promedio de 3.1 episodios. Al respecto de este último hallazgo, el estudio en cuestión encontró que estas diferencias eran el resultado de la desatención de la depresión instalada en etapas tempranas,²⁹⁹ diferencia que logra desaparecer cuando se toma en cuenta el haber recibido atención.

En términos de *comorbilidad* se evidenció una clara diferencia entre la depresión iniciada tempranamente, de aquella acontecida en la edad adulta. La tendencia a desarrollar trastornos comórbidos fue mayor en las personas que cursaron depresión durante la infancia o la adolescencia: 2.5 veces mayor probabilidad de desarrollar manía, 4 veces la probabilidad de agorafobia, 2.2 veces la probabilidad de fobia social, 7 veces la probabilidad de haber padecido trastorno negativista desafiante, 5 veces la probabilidad de un trastorno disocial, 18.3 veces la probabilidad de dependencia a drogas, así como 50% mayor probabilidad de haber cometido un intento de suicidio.

No es infrecuente que la *depresión con inicio temprano* suela acompañarse de otros problemas de salud mental, amén de su posible *vinculación con enfermedades físicas*, en particular con padecimientos crónico-degenerativos, como se ha expuesto en anteriores capítulos. De especial interés ha sido para los investigadores profundizar en el estudio de la comorbilidad entre trastornos mentales y el uso de sustancias, en la medida en que esta co-ocurrencia eleva los riesgos de recaídas en los pacientes con cuadros depresivos, al disminuir la efectividad de los tratamientos farmacológicos indicados para su manejo.

De acuerdo a los datos de la ENEP, del total de la población urbana adulta en nuestro país, el 10.4% (5.2 millones de personas) había usado *sustancias ilícitas en algún momento de la vida*, con tasas de uso en los hombres cinco veces mayores que en las

²⁹⁹ “Los sujetos con depresión de inicio temprano tardaron en promedio 10.6 años desde el inicio del primer episodio hasta buscar atención, mientras que aquellos con inicio durante la adultez tardaron en promedio 1.8 años” *Ibíd.*, p.421.

mujeres. La prevalencia total en los 12 meses previos a la encuesta fue de 2.3%, correspondiendo un 3.5% a los hombres y un 1.2% a las mujeres³⁰⁰ (Tabla 28).

Tabla 28. Uso de cualquier tipo de droga “alguna vez a lo largo de la vida” y en “los últimos 12 meses”, por sexo³⁰¹

Grupos de edad	Hombres		Mujeres		Total	
	Alguna vez %	Ultimos 12 meses %	Alguna vez %	Ultimos 12 meses %	Alguna vez %	Ultimos 12 meses %
18-29	25.0	6.4	5.5	2.2	14.7	4.2
30-44	14.4	1.5	3.0	0.5	8.4	1.0
45-59	12.5	2.0	1.8	0.8	6.6	1.3
60-65	10.5	0.0	0.6	0.0	4.5	0.0
Total	18.2	3.5	3.6	1.2	10.4	2.3

Es evidente en la tabla, que las tasas de *uso de sustancias ilícitas en los hombres* en edades de entre 18 y 29 años alcanzaron una cuarta parte del total de ese grupo etéreo para el indicador “alguna vez en la vida”, mostrando un considerable decremento en el subsecuente grupo de edad –30/44- (a casi la mitad en el primer indicador y cuatro veces menos en el segundo), así como una tendencia a disminuir conforme aumentaba la edad de las personas.

Estos resultados confirmarían la consistente relación existente entre el sexo y el uso de sustancias –ampliamente documentada en la literatura y congruente con los hallazgos de investigaciones nacionales previas-, ya que en todos los adultos las tasas reportadas para “alguna vez en la vida” fueron considerablemente mayores en hombres (18,2%) que en mujeres (3.6%). Aunque en general para el primer indicador las drogas más comúnmente usadas fueron la marihuana (7.8%) y la cocaína (4.3%), también en términos de preferencia, las diferencias por sexo se hicieron sentir: para los hombres estas dos drogas ocuparon los dos primeros sitios de prevalencia de uso (para

³⁰⁰ M. E. Medina-Mora, G. Borges, C. Fleiz, C. Benjet, E. Rojas, J. Zambrano, J. Villatoro & S. Aguilar-Gaxiola. (2006). Prevalence and correlates of drug use disorders in Mexico. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 19(4), pp.265-276.

³⁰¹ *Ibid.*, Tabla adaptada, p.269.

mariguana de 14.5% y de 8.3% para cocaína), pero en las mujeres fueron la mariguana (2.0%) y los tranquilizantes (1.8%).

Del total de la muestra catorce personas de cada 1,000 cumplieron el criterio de *abuso o dependencia de drogas* para alguna vez en su vida y 0.4% para los doce meses previos. Resultados éstos que indicaban una mayor frecuencia de diagnóstico en la población masculina en comparación con la femenina, en una relación de 14.5 veces a 1,³⁰² -2.9% contra 0.2%, respectivamente- concentrándose mayoritariamente en el primer grupo etáreo, según se puede apreciar en la *Tabla 29*.

Tabla 29. Tasas de abuso y dependencia de drogas por edad y género para “alguna vez en la vida” y “en los últimos 12 meses” basado en datos de la ENEP³⁰³

Sexo y edad	Abuso		Dependencia		Abuso o dependencia	
	Alguna vez %	Ultimos 12 meses %	Alguna vez %	Ultimos 12 meses %	Alguna vez %	Ultimos 12 meses %
<i>Hombres</i>						
18-29	3.0	1.6	1.3	0.5	4.3	1.9
30-44	2.2	0.3	0.2	0.1	2.4	0.4
45-59	1.1	0.0	0.5	0.0	1.6	0.0
60-65	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<i>Total</i>	2.2	0.3	0.7	0.2	2.9	0.9
<i>Mujeres</i>						
18-29	0.0	0.0	0.3	0.0	0.3	0.0
30-44	0.1	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0
45-59	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
60-65	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<i>Total</i>	0.0	0.0	0.1	0.0	0.2	0.0
<i>Ambos sexos</i>						
18-29	1.4	0.8	0.8	0.3	2.2	0.9
30-44	1.1	0.2	0.1	0.0	1.2	0.2
45-59	0.5	0.0	0.2	0.0	0.7	0.0
60-65	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
<i>Total</i>	1.0	0.4	0.4	0.1	1.4	0.4

Los datos generados por la encuesta permitieron asimismo establecer otro tipo de correlaciones al apuntar que “poco más de cuatro quintas partes (85.4%) de la población que cumplió con los criterios del DSM IV de abuso o dependencia a drogas

³⁰² M. E. Medina-Mora, G. Borges, C. Lara y C. Benjet. (2005). *Manual de trastornos mentales (2005). La salud mental en México y los retos para su atención. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica*. Documento interno, p.17.

³⁰³ *Prevalence and correlates of drug use disorders in Mexico. Op. cit.* Tabla adaptada, p.270.

alguna vez en su vida presentó también un trastorno por abuso de alcohol y ligeramente más de una tercera parte de la población (37%) que presentó un trastorno de abuso de sustancias (alcohol y drogas) presentó también un trastorno del afecto (31.5%), de ansiedad (30.9%) o del impulso (en esta categoría se agruparon los trastornos por déficit de atención, de conducta y oposicionista) (29.1%). Cuando sólo se consideró a la población con abuso o dependencia a sustancias ilícitas, entonces la comorbilidad aumenta a un 56%, es decir, es más probable que una persona con trastorno por uso de sustancias ilícitas también tenga un trastorno mental que cuando la dependencia es solamente al alcohol”.³⁰⁴

El análisis de las variaciones en la edad en que se iniciaban los trastornos mentales, posibilitaron definir la probabilidad de concurrencia de padecimientos psiquiátricos. Atendiendo al orden de aparición de los trastornos mentales (ver *Tabla 25*), se advierte que la totalidad de los *trastornos de impulso* aparecieron antes de los producidos por abuso o dependencia de sustancias; al igual que en gran parte de los casos de ansiedad tanto en la población masculina (67%) como en la femenina (97%), y que para los trastornos afectivos los índices alcanzaron un 47% y 26% para ambas poblaciones,³⁰⁵ respectivamente.

Adicionalmente a lo anterior “a través de modelos de regresión logística se establecieron probabilidades de presentar trastornos de abuso de sustancias (alcohol y otras drogas) cuando se padece de trastornos mentales. Se encontró que el riesgo de abuso o dependencia a sustancias se incrementa 2.6 veces en los hombres y 7.3 veces en las mujeres cuando anteceden *trastornos de ansiedad*. Los riesgos para los *trastornos del afecto* fueron 4.1 y 3.7 respectivamente y los *del impulso* 3.1 en hombres y 10.4 en mujeres”.³⁰⁶

³⁰⁴ *Manual de trastornos mentales (2005). La salud mental en México y los retos para su atención. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. Op. cit., pp.17-18.*

³⁰⁵ *Ibid.*, p.18.

³⁰⁶ *Ibid.*, p.18.

A manera de conclusión y con base en la investigación, podríamos señalar que la probabilidad de uso de drogas resultó significativamente menor en mujeres que en hombres y también menor en el grupo de edad de 30 y más años, en comparación con el de 18 a 29. La contrastación de los grupos en términos de número de años de educación formal, exhibía una asociación entre bajo nivel educativo (0-11 años de educación) con el uso ilícito a lo largo de la vida de cualquier clase de droga. El ser separado, viudo o divorciado resultaron ser condiciones que incrementaban de forma significativa la probabilidad de uso de drogas en algún momento de la vida.

Los altos índices de violencia (privada y pública) a los que se halla expuesta diferencialmente una buena proporción de mexicanos, producen un severo impacto en su salud mental. Las consecuencias de esta violencia pueden expresarse en trastornos mentales, siendo la *depresión mayor*, la *ansiedad generalizada* y el *trastorno por estrés postraumático*, los más comúnmente reconocidos. La encuesta de referencia arrojó información para determinar la proporción de casos que cumplían con los criterios para el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático³⁰⁷ –TEPT- reconocida como la respuesta emitida por una persona ante sucesos altamente estresantes.

Al respecto mostraría que el 68% de la población adulta que residía en el México urbano –más de la mitad del total de la muestra- había estado expuesta al menos a un evento estresante –de los 28 previamente definidos-³⁰⁸ alguna vez en su vida; el 28% reconoció haber experimentado al menos uno de esos sucesos, el 15% dos y el 33% tres o más.

De manera más específica el estudio indicó que una de cada cuatro personas (26.9%) había sufrido la muerte repentina o imprevista de un familiar o amigo próximo, casi el

³⁰⁷ M. E. Medina-Mora, G. Borges, C. Lara, L. Ramos, J. Zambrano y C. Fleiz. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública de México*, 47(1), pp.8-22.

³⁰⁸ Los sucesos prevalentes susceptibles de generar TEPT fueron: violación; abuso sexual; apaleado por padres; apaleado por pareja; apaleado por otros; guerra o conflictos; secuestrado; accidente tránsito/otro; desastre natural/provocado; enfermedad grave; atracado, amenazado con arma; perseguido, acosado; muerte de familiar; evento traumático a familiar; violencia intrafamiliar; vio que hirieran o mataran a alguien; hirió, mató accidentalmente a otro; hirió, mató intencionalmente a otro; testigo de atrocidades o matanzas, otro suceso traumático. *Ibíd.*

25% había experimentado un asalto a mano armada, una persona de cada cinco se había accidentado (21.4%) y casi en la misma proporción, presenciado violencia doméstica en la infancia (20.3%) y haber sido víctima de violencia física severa por parte de progenitores o cuidadores en etapas tempranas de la vida (18.3%). Aunado a esto, “El 16.3% ha sido testigo de la muerte o lesiones de una persona, 13.7% experimentó algún desastre natural o provocado por el hombre. Una de cada 10 personas ha sufrido alguna enfermedad grave; 7.4% ha sido apaleado por alguna persona que no son los padres o la pareja, 6% ha sido apaleado por su pareja y 5.4% reporta haber experimentado abuso sexual. Prevalencias menores, pero importantes de mencionar, son la violación con 3.9% y la persecución o acoso con 3.7%”.³⁰⁹

La *población femenina* presentó prevalencias más altas en los sucesos estresores relativos a abuso sexual, violencia física por parte de la pareja, violación, persecución y acoso; mientras que los *hombres* experimentaron en mayor proporción que sus contrapartes: atracos con arma y accidentes, así como secuestros, además de haber sido testigos de muerte o lesiones a una persona y de atrocidades y matanzas, haber matado accidentalmente a otro, dado muerte o lesionado a otra persona y participado en guerras y conflictos.

El *secuestro*, el *atracó o amenaza con armas* y la experiencia de *haber sido testigo de que hirieran o mataran a alguien*; fueron los tres sucesos estresantes que mostraron una significativa variabilidad entre las diferentes regiones del país. Mientras que la prevalencia del secuestro en la región norte fue considerablemente más frecuente que en el sur y que en las áreas metropolitanas, en el primer caso más de seis veces y en el segundo 3.3 veces; el atraco y las amenazas con armas ocurrieron con mayor frecuencia en las áreas metropolitanas (33%) y con menor frecuencia en el sureste (17%). Finalmente respecto a la variable *ser testigo de la muerte de otra persona o el que hubiera resultado herida*, la mayor prevalencia se ubicó en la región centro oeste (26.4%), seguida por las áreas metropolitanas (19.4%).

³⁰⁹ *Ibid.*, p.13.

De acuerdo al estudio, el ser *violado, perseguido o acosado* y sufrido *abuso sexual* son los tres principales sucesos estresantes responsables de las mayores prevalencias de trastorno por estrés postraumático (*Tabla 30*).

La *prevalencia total del Trastorno por Estrés Postraumático* fue de 1.45%; 2.3% en las mujeres y 0.49% en los hombres. Pese a que la exposición a la violencia no hace distinción de sexos –aunque si diferenciación en la experiencia de manifestaciones de violencia-, la proporción de mujeres que desarrollaron el trastorno fue considerablemente mayor, en una relación de 4.73 mujeres por cada hombre.³¹⁰

Tabla 30. Prevalencia de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), según sucesos, basada en criterios del DSM IV³¹¹

	<i>n</i>	<i>TEPT (%)</i>
<i>Violación</i>	10	11.3
<i>Perseguido, acosado</i>	7	8.1
<i>Abuso sexual</i>	7	5.6
<i>Secuestrado</i>	3	5.6
<i>Apaleado por padres</i>	18	4.3
Muerte de familiar cercano	25	4.0
Otro suceso traumático	5	3.7
Apaleado por otros (no padres)	11	3.6
Accidente tránsito/otro	17	3.5
Enfermedad grave	8	3.5
Violencia intrafamiliar	14	3.1
Vio que hirieran o mataran a alguien	9	2.6
Desastre natural/provocado	7	2.3
Atracado, amenazado con arma	10	1.8

La *exposición inicial a los diferentes tipos de eventos estresores*, se hallaba relacionada con la edad de los sujetos encuestados. El evento que tuvo una aparición más temprana fue el relativo a *ser testigo de violencia doméstica*, es decir haber visto peleas físicas, en especial del padre y de la madre, con una vasta frecuencia entre los 5 y 10

³¹⁰ De acuerdo al estudio “Esto puede estar relacionado con el estigma social que acompaña a sucesos tales como el abuso sexual o la violación, que una vez ocurridos tienen repercusiones de por vida y a que son los más frecuentes entre las mujeres”. *Ibíd.*, p.19.

³¹¹ *Ibíd.*, Tabla adaptada, p.17.

años de edad, con menor incidencia entre los 10 y los 20 años y con ligero incremento en el número de nuevos casos a partir de esa edad. Con una distribución similar se encontró el referido a *ser víctima de violencia por parte de los padres*, aunque los nuevos casos dejaban de aparecer a una edad más temprana, siendo poco probable que ocurrieran después de los 17 años.

La *población infantil y los jóvenes* fueron los grupos que mostraron una mayor exposición a la *violación sexual* que tendió a producirse durante los primeros 20 años de la vida, con una disminución en su incidencia después de esa edad. Un patrón análogo presentó el *abuso sexual* al ocurrir por vez primera en edades muy tempranas del desarrollo –a partir de los 5 años-; hasta los 25 años continuó el índice de nuevos casos, seguido de un periodo con un menor número de casos nuevos hasta poco después de la tercera década de vida y con reducida incidencia posterior.

Sucesos tales como *acoso*, haber causado lesiones a otros, accidentes graves y atracos y amenazas, solieron experimentarse por primera vez durante la *adolescencia*, aunque algunos de ellos, sin embargo, mostraron frecuencias mayores en otras edades con tendencia a disminuir conforme se incrementaba la edad.

Motivo de interés del estudio fue asimismo evaluar el *impacto social y económico* del TPEP en la población de la muestra que refirió haber tenido un diagnóstico durante los “últimos 12 meses” (0.6%): el 6.07% de los individuos manifestó dificultades para relacionarse con las personas cercanas debidas al padecimiento, el 5.93% en actividades relacionadas con el trabajo, el 5.88% haberse visto afectada su vida social y el 5.79% alterado su funcionamiento en el ámbito del hogar. Por su parte, la indagación sobre el número de días en los que fueron incapaces de trabajar o llevar a cabo sus labores cotidianas a consecuencia del TPEP, concluiría que el total de días con discapacidad fue de 21.4 por persona, lo que equivalía a estimar la pérdida de un año en alrededor de \$323, 000,000.00, calculado a partir de un salario promedio de \$64.00 diarios.

Innumerables estudios efectuados en otros contextos han focalizado su exploración al conocimiento y estimación del *suicidio* como una de las consecuencias de la presencia de trastornos mentales en la población, particularmente en cohortes jóvenes.

La ENEP ofreció la oportunidad de evaluar la prevalencia del *comportamiento suicida*,³¹² encontrándose que del total de las entrevistas realizadas a población de 18 y más años, el 8.3% había tenido ideación suicida “alguna vez en la vida”, el 3.2% estructurado un plan y el 2.8% cometido intento(s) suicida(s) –que equivale a tres de cada 100 personas-. Para el indicador *en los 12 meses anteriores* a la entrevista, las conductas suicidas alcanzaron prevalencias menores del orden de un 2.3%, 1.0% y 0.6% para ideación, planeación e intento, respectivamente (*Tabla 31*).

*Tabla 31. Prevalencia de comportamientos suicidas para “alguna vez en la vida” y “en los últimos 12 meses”*³¹³

	<i>“alguna vez en la vida”</i>			<i>“en los últimos doce meses”</i>		
	Ideación %	Planeación %	Intento %	Ideación %	Planeación %	Intento %
<i>Hombres</i>	6.1	2.4	2.0	1.9	1.0	0.6
<i>Mujeres</i>	10.4	3.9	3.5	2.7	0.9	0.5
<i>Total</i>	8.3	3.2	2.8	2.3	1.0	0.6

Tales comportamientos fueron más frecuentes en la adolescencia y adultez temprana, escasamente antes de los 12 años de edad y con un crecimiento incrementado de la ideación entre los 15 y 21 años. El plan y el intento suicida fueron reportados dentro del intervalo comprendido entre los 12 y los 35 años, perdiendo peso después de esa edad, con excepción de la ideación suicida que logró permanecer hasta edades más avanzadas. La planeación, por su parte, aunque persistió con posterioridad a los 40 años, el intento para consumirla decreció.³¹⁴

³¹² G. Borges, H. Wilcox, M. E. Medina-Mora, J. Zambrano, J. Blanco & E. Walters. (2005). Suicidal behavior in the Mexican National Comorbidity Survey (M-NCS): lifetime and 12-month prevalence, psychiatric factors and service utilization. *Salud Mental*, 28(2), pp.40-47.

³¹³ *Ibid.* Tabla adaptada, p.43.

³¹⁴ *Ibid.* Figura 1, p.43.

Como puede apreciarse en la tabla, la población femenina reportó prevalencias mayores de conductas suicidas para “alguna vez en la vida” y una prevalencia más alta en el segundo indicador para ideación y no así para planeación e intento.

La presencia de *uno o más trastornos psiquiátricos* considerados en la encuesta bajo criterios diagnósticos del DSM-IV, resultó ser una constante entre las personas con *comportamiento suicida*. La prevalencia de por vida fue del 75%, correspondiendo a la ideación el 60.9%, a la planeación el 75.6% y al intento el 74.6%, lo que los identifica como poderosos factores de riesgo en la emisión de comportamientos suicidas, al lograr aumentar 4.8 veces el riesgo para ideación, 10.2 para planeación y 9.6 veces para intento; el haber experimentado tres o más desordenes mentales elevó el riesgo de intento suicida en 23.4 veces.

Los desórdenes más comúnmente asociados con las diferentes etapas del comportamiento suicida fueron: la ideación, frecuentemente vinculada con la dependencia a las drogas; la distimia prevaleciente en la planeación y los trastornos de comportamiento correlacionados con el intento de suicidio.

3.4.2 Utilización de servicios de salud para la atención de los trastornos mentales

En adición a la estimación de las tasas de prevalencia de los principales problemas de salud mental en México, la ENEP se propuso evaluar los índices de uso de servicios de salud, calcular el tiempo transcurrido entre la manifestación del primer síntoma y la búsqueda de ayuda y examinar el tipo de atención solicitada, así como su efectividad, en aquellos casos de la muestra que informaron algún padecimiento mental de la CIE-10 en los 12 meses previos a la encuesta.

De acuerdo a la clasificación operacional establecida para el uso de servicios, un primer hallazgo fue la marcada tendencia a incrementarse el *uso de cualquier tipo de servicio según el número de trastornos reportados*, de tal suerte que: la prevalencia en el uso de

cualquier servicio en las personas que no desarrollaron ningún trastornos fue del 2.9%, 11.7% en quienes existía un trastorno, 19.4% en quienes refirieron dos y 11.2% en los casos en que coexistían tres o más desórdenes mentales. Esto significaba que “sólo uno de cada 10 sujetos con un trastorno mental recibieron atención, sólo uno de cada cinco con dos o más trastornos recibieron atención, y sólo uno de cada 10 con tres o más trastornos obtuvieron atención. Una de cada cinco personas con algún trastorno afectivo usaron servicios y sólo una de cada 10 con algún trastorno de ansiedad lo hicieron”³¹⁵ (Tabla 32).

Tabla 32. Patrones de uso de servicios por trastorno para México, en personas con un trastorno mental en los últimos 12 meses, (CIE-10)³¹⁶

Trastorno	Especialista		Med .General		Salud		Otros		Cualquier servicio	
	PCT	SE	PCT	SE	PCT	SE	PCT	SE	PCT	SE
Episodio de depresión mayor	11.9	3.3	7.7	2.5	18.4	4.0	3.5	1.7	21.8	4.3
Distimia	5.5	3.2	11.5	4.4	17.0	5.3	1.5	1.1	18.5	5.4
Manía	12.7	5.5	1.6	1.6	14.3	5.7	0.0	0.0	14.3	5.7
Cualquier trastorno de ánimo	10.9	2.6	7.7	2.0	17.7	3.1	2.5	1.1	20.2	3.3
Trastorno de pánico	17.1	6.1	11.6	4.3	25.6	6.5	3.2	3.2	28.8	6.8
Fobia específica	6.7	1.9	4.6	1.4	10.7	2.4	0.0	0.0	10.7	2.4
Fobia social	4.9	2.0	4.5	1.8	8.8	2.6	0.3	0.3	9.1	2.6
Agorafobia	7.1	2.8	4.7	2.1	10.3	3.3	0.0	0.0	10.3	3.3
Ansiedad generalizada	3.6	2.6	0.8	0.8	4.4	2.8	0.8	0.9	5.3	3.0
Estrés postraumático	7.3	4.9	6.6	4.1	13.9	6.3	3.1	3.1	17.0	7.0
Cualquier trastorno de ansiedad	6.9	1.4	4.8	1.1	10.9	1.7	0.8	0.5	11.7	1.7
Trastornos alimenticios (ano/bul)	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Déficit de atención	0.0	0.0	44.1	4.9	44.1	34.9	0.0	0.0	44.1	34.9
Trastorno disocial desafiante y oposicionista	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Ansiedad de separación de la infancia	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Cualquier otro trastorno	0.0	0.0	3.3	3.4	3.3	3.4	0.0	0.0	3.3	3.4
Ningún trastorno según la CIE-10	1.6	0.3	1.1	0.2	2.6	0.4	0.3	0.1	2.9	0.4
Un trastorno según la CIE-10	6.5	1.5	4.2	1.1	10.0	1.8	1.7	0.8	11.7	2.0
Dos trastornos según la CIE-10	11.1	3.2	8.6	2.8	19.0	4.1	0.4	0.4	19.4	4.1
3+ trastornos según la CIE-10	7.1	3.5	4.5	2.1	10.5	3.9	0.6	0.6	11.2	4.0

ESPECIALISTA: Psiquiatra o psicólogo u orientador o psicoterapeuta o enfermera en salud mental o trabajador social.
 MEDICINA GENERAL: Médico familiar, general o de cabecera o algún otro médico como cardiólogo o (mujer-ginecólogo/ hombre-urólogo) o enfermera, terapeuta ocupacional u otro profesional de la salud.
 SALUD: Especialista o medicina general.
 OTROS RECURSOS: Consejero espiritual o religioso como sacerdote, pastor o rabino o curandero, yerbero, quiropráctico o espiritista.

³¹⁵ Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Op. cit., p.15.

³¹⁶ *Ibid.* Cuadro 5, p.14.

Cabe hacer notar las variaciones existentes entre los *grupos diagnósticos y el tipo de servicio solicitado*. Mientras que las tres principales entidades diagnósticas que utilizaron *cualquier tipo de servicio* fueron las relativas a déficit de atención (44.1%) seguida por el trastorno de pánico (28.8%) y por la depresión mayor (21.8%); los desórdenes mentales con una mayor prevalencia de uso de *servicios especializados* fueron el trastorno de pánico (17.1%), la manía (12.7%) y el episodio de depresión mayor (11.9%).

En los “últimos 12 meses”, las personas con *desórdenes del estado de ánimo y uso de sustancias* presentaron las tasas más altas de uso de servicio, solicitando atención en el primer caso mayoritariamente de parte de médicos generales y de especialistas en salud mental en el segundo. Por su parte, aquellos individuos con *trastornos de ansiedad* recurrieron preferentemente a los sectores de medicina general y de salud mental especializada.³¹⁷

En términos generales la revisión de la información contenida en la tabla indicaría que los trastornos mentales resultaron mayoritariamente atendidos por personal de salud que corresponde a especialistas o médicos generales, que no son necesariamente psiquiatra o psicólogo, orientador o psicoterapeuta, enfermera en salud mental o trabajador social.³¹⁸ De la verificación de la columna de uso de servicios especializados, es posible advertir que sólo dos de cada 30 personas con tres o más trastornos recibieron atención especializada,³¹⁹ evidenciando que la mayor proporción de personas que cursan con desórdenes mentales no recurren a atención de especialización, atendiéndose en el primer nivel de servicios.

³¹⁷ G. Borges, M. E. Medina-Mora, P. Wang, C. Lara, P. Berglund & E. Walters. (2006). Treatment and adequacy of treatment of mental disorders among respondents to the Mexico National Comorbidity Survey. *The American Journal of Psychiatry*, 163, pp.1371-1378.

³¹⁸ S. Berenzon, M. E. Medina-Mora y M. A. Lara. (2003). Servicios de salud mental: veinticinco años de investigación. *Salud Mental*, 26(5), pp.61-72. La investigación plantea que pese a que generalmente la población suele dirigirse en primera instancia al médico general para atender sus problemáticas de salud mental, un alto porcentaje de casos permanecen sin detección y consecuentemente sin ser referidos con oportunidad, situación que eleva el costo de la atención.

³¹⁹ *Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Op. cit.*, p.15.

“El tiempo que tardan los pacientes en llegar a la atención es también importante con una latencia que oscila entre 4 y 20 años según el tipo de tratamiento”.³²⁰ La investigación afirma que la *subutilización de los servicios* podría deberse a la alta proporción de personas excluidas de los regímenes de salud y seguridad social quienes ejercen un alto gasto de su bolsillo para la adquisición de medicamentos; además de las limitaciones en los criterios para el diagnóstico clínico y a la focalización de los servicios a personas con padecimientos no severos,³²¹ ya que “Una proporción elevada de las personas que reciben tratamiento tienen padecimientos leves o tienen síntomas sin presentar el diagnóstico”,³²² de las cuales una de cada dos, tuvieron acceso a un tratamiento mínimamente adecuado.³²³

De manera particular las investigaciones han apuntado que sólo el 29% de las personas con un *episodio de depresión* en algún momento de la vida independientemente de la edad de inicio del trastorno, ha consultado a algún profesional. Atendiendo a la *etapa de inicio* sí se han descubierto disparidades: aquellos sujetos con problemas de depresión de inicio temprano han demorado en promedio 10.6 años desde iniciado el primer episodio hasta la demanda de atención, en comparación con quienes lo desarrollaron en la adultez los cuales tardaron en promedio 1.8 años.³²⁴ Tal diferencia, se ha señalado, podría tener una implicación sustancial en el sentido de que las personas con depresión de inicio tardío tendieron a la búsqueda de atención para el primer episodio, en tanto que las de inicio en la niñez y la adolescencia lo hicieron para un episodio subsecuente; lo cual se traduciría en una mayor duración del episodio, una mayor probabilidad de tener otro y de presentar un mayor número de episodios en la

³²⁰ *Manual de trastornos mentales (2005). La salud mental en México y los retos para su atención. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. Op. cit., p.21.*

³²¹ *Ibid., p.21.*

³²² M. E. Medina-Mora. (2009). La carga de los trastornos mentales. *Academia Nacional de Medicina y Servicios de Atención Psiquiátrica*. Presentación Power Point, lámina 36.

³²³ *Treatment and adequacy of treatment of mental disorders among respondents to the Mexico National Comorbidity Survey. Op. cit., p.1371.* El tratamiento considerado como mínimamente adecuado durante los 12 meses previos, atiende a tres aspectos: a) cuatro o más sesiones de psicoterapia; b) dos o mas visitas con cualquier proveedor de servicio y tratamiento farmacológico para cualquier periodo de tiempo, y c) reportar continuación de tratamiento al momento de la entrevista

³²⁴ *La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. Op. cit., p.421.*

vida y un mayor número de años vividos con algún episodio, incrementándose la probabilidad de reincidencia.³²⁵

Prevalencias igualmente bajas de uso de servicios de salud fueron registradas entre la población con *problemas de drogadicción*.³²⁶ Únicamente una reducida proporción de personas con patrones de abuso o dependencia de drogas durante los 12 meses anteriores a la encuesta recibieron tratamiento (17.1%). La fuente de la que más comúnmente provenía la ayuda fue el servicio especializado de salud mental en instituciones especializadas en este campo –compuesto por psicólogos, consejeros psicoterapeutas, enfermeras de salud mental y trabajadores sociales-. Tanto los psiquiatras y médicos generales, como los grupos de autoayuda, fueron consultados en proporciones muy reducidas, 8.2 %, 2.8% y 2.8%, respectivamente.

En el caso del *comportamiento suicida*, por su parte, los resultados de la encuesta demostraron una clara asociación entre éste y la utilización de servicios de salud.³²⁷ Del total de encuestados, únicamente el 15.9% usó cualquier tipo de servicio para tratar sus problemas emocionales,³²⁸ siendo utilizado mayoritariamente por las personas con un intento suicida en razón del 53%. (*Tabla 33*).

Tabla 33. Uso de servicios a lo largo de la vida en los encuestados de la ENEP con comportamiento suicida³²⁹

<i>Tipo de servicio</i>	<i>Ideación</i> %	<i>Plan</i> %	<i>Intento</i> %	<i>Total de la muestra</i> %
Psiquiatra	13.7	21.7	21.4	3.4
Otros especialistas en salud mental	18.8	19.7	26.0	7.4
Medicina general	14.6	19.5	18.1	6.3
Cualquier servicio humano	1.2	2.9	3.4	0.9
Medicina alternativa complementaria	9.2	12.9	12.5	1.9
Cualquier profesional	41.3	50.0	53.0	15.9

³²⁵ *Ibíd.*, p.423.

³²⁶ *Prevalence and correlates of drug use disorders in México. Op. cit.*

³²⁷ *Suicidal behavior in the Mexican National Comorbidity Survey (M-NCS): lifetime and 12-month prevalence, psychiatric factors and service utilization. Op. cit.*, p.45.

³²⁸ *Ibíd.*, p.44.

³²⁹ *Ibíd.*, Tabla adaptada, p.44.

En general se observa una subutilización del sector especializado de psiquiatría –3.4%–; sin embargo, una persona de cada cinco con intento suicida recurrió a la atención psiquiátrica y una de cada cuatro con esa misma conducta, consultó a otro especialista en salud mental.³³⁰

En cuanto al tiempo de uso de cualquier servicio en relación con el comportamiento suicida, se estimó que el 69% había cometido un intento suicida antes del uso de cualquier servicio; el 17% había hecho uso de cualquier servicio previo al atentado y el 14% intentado y utilizado cualquier servicio durante el mismo año.

3.4.3 Aproximaciones al impacto de los trastornos mentales

La ENEP representó asimismo la ocasión para proceder a la evaluación de la carga de *discapacidad*³³¹ producida por los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad³³² que concentraban las mayores prevalencias en los “últimos 12 meses” y efectuar un análisis comparativo con la generada por determinadas condiciones crónicas no psiquiátricas.³³³

Para el efecto se usaron dos indicadores de discapacidad: ~el impacto en cuatro *áreas de funcionamiento* de los sujetos utilizando como instrumento la Escala de Discapacidad de Sheehan y ~la estimación del *número de días productivos perdidos*, a consecuencia de los desórdenes mentales. Para el primer indicador, las áreas de

³³⁰ El sector de otros especialistas en salud mental se conforma de: psicólogos, consejeros, psicoterapeutas, enfermeras en salud mental y trabajadores sociales en establecimientos especializados de salud mental. *Ibid.*, p.42.

³³¹ “La discapacidad se refiere al deterioro en el funcionamiento que se espera de un sujeto de cierta edad y sexo en un contexto social, y forma parte del costo social de la enfermedad”. M. C. Lara, M. E. Medina-Mora, G. Borges & J. Zambrano. (2007). Social cost of mental disorders: disability and work days lost. Results from the Mexican Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental*, 30(5), p.5.

³³² La investigación analizó únicamente la discapacidad asociada con depresión, manía, agorafobia sin pánico, fobia social, ansiedad generalizada, desorden de pánico y trastorno por estrés postraumático. *Ibid.*

³³³ Específicamente se consideraron diabetes, artritis, hipertensión, cefalea, dolor de espalda y cuello y otras enfermedades dolorosas, fiebre de heno, embolia, ataque al corazón, enfermedades del corazón, asma, tuberculosis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, úlcera gástrica, VIH o SIDA, epilepsia y cáncer.

relaciones íntimas y vida social se vieron seriamente afectadas por la presencia de trastornos mentales (*Tabla 34*).

Tabla 34. Puntajes promedio de la Escala de Discapacidad de Sheehan por entidad diagnóstica³³⁴

<i>Trastorno Mental</i>	<i>Número (2362)</i>	<i>Trabajo</i>	<i>Vida social</i>	<i>Hogar</i>	<i>Relaciones íntimas</i>
		<i>Puntuación media</i>	<i>Puntuación media</i>	<i>Puntuación media</i>	<i>Puntuación media</i>
Depresión	86	4.88	4.80	4.60	4.63
Manía	20	2.69	3.62	3.71	3.76
Agorafobia sin pánico	16	3.89	4.29	3.47	4.31
Fobia social	39	3.43	5.80	3.12	5.37
Trastorno de ansiedad generalizada	10	2.95	3.04	2.45	3.27
Trastorno de pánico	15	2.90	3.33	2.91	3.17
Trastorno por estrés postraumático	13	5.27	5.35	5.18	5.61
Condiciones físicas crónicas	1003	2.29	1.23	2.25	1.29

El segundo indicador, apuntaría que el *trastorno por estrés postraumático*, la *depresión* y la *fobia social* tuvieron los niveles más altos de déficit en el funcionamiento –*discapacidad*- por encima incluso de las condiciones no psiquiátricas dispuestas como referentes de comparación (*Tabla 35*).

Tabla 35. Puntuación media total en la Escala de Sheehan³³⁵

<i>Trastorno Mental</i>	<i>Puntuación media</i>
Trastorno por estrés postraumático	5.35
Depresión	4.72
Fobia social	4.42
Agorafobia sin pánico	4.03
Manía	3.44
Trastorno de pánico	3.07
Trastorno de ansiedad generalizada	2.92

Por lo que hace a las estimaciones del *número de días productivos perdidos* a causa de padecimientos mentales, nuevamente la *depresión* comandó la lista, seguida del *trastorno de pánico*. Los cálculos fueron efectuados en personas –con diagnóstico

³³⁴ *Ibíd.* Tabla adaptada, p.8. Las *subescalas* se promedian para obtener una puntuación total que va de 0, que significa *sin deterioro* en el funcionamiento, hasta 10, que refiere un funcionamiento *totalmente deteriorado*.

³³⁵ *Ibíd.* Tabla adaptada, p.8.

clínico en los últimos 12 meses- que por la presencia del desorden mental, estuvieron totalmente incapacitadas para trabajar o desarrollar sus actividades habituales. Comparativamente con las condiciones crónicas evaluadas en conjunto, la mayor parte de los desórdenes psiquiátricos de forma individual fueron causantes de mayores pérdidas de días de trabajo (*Tabla 36*).

Tabla 36. Promedio de días de trabajo perdidos en los pasados 12 meses por diagnóstico (adaptado)³³⁶

<i>Trastorno Mental</i>	<i>Días perdidos</i>
	Puntuación media
Depresión	25.51
Trastorno de pánico	20.00
Agorafobia sin pánico	18.56
Trastorno por estrés postraumático	14.21
Trastorno de ansiedad generalizada	9.53
Fobia social	5.58
Manía	3.80
Condiciones físicas crónicas	6.89

Los resultados obtenidos del análisis de la información recabada y explorada a la luz de los dos indicadores definidos, destacarían las consecuencias negativas de los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, –desórdenes comunes entre las poblaciones- por encima de otras condiciones de enfermedad. Habría que considerar que esta investigación no tomó en cuenta variables sociodemográficas, que permitieran no sólo conocer el impacto de dichos trastornos sino también factores relacionados a éste.

El *efecto conjunto de discapacidad y pérdida de días productivos*, tuvo mayor penetración en la depresión que en el resto de los trastornos contemplados; información que resultaba de sumo interés para los proveedores de atención y que concordaba con los datos expuestos por el GBD. “Las personas con depresión pierden hasta 2.7 más

³³⁶ *Ibid.* Tabla adaptada, p.8.

días de trabajo que aquellas con otras enfermedades crónicas, a pesar de que la depresión no es causa justificada de ausencia laboral.”³³⁷

3.4.4 Los estimados de AVISA desde otra fuente

En México limitadas investigaciones han intentado profundizar en torno a la contribución de las enfermedades en la pérdida de años de vida saludables (AVISA),³³⁸ como consecuencia de muerte prematura y discapacidad; una de ellas *El peso de la enfermedad crónica en México (2007)*³³⁹ realiza un acercamiento a dicho indicador desde los datos emanados de las encuestas ENSA 2000, ENED 2002 y ENSANUT 2005.³⁴⁰ Pese a que este trabajo no se deriva de la ENEP y no es específico de salud mental, amén de las críticas de que ha sido objeto,³⁴¹ se ha convenido hacer un breve análisis de él, en virtud de los hallazgos referidos a algunos de los trastornos mentales más prevalentes en el país.

Según su evaluación para el 2005 se perdieron alrededor de 15.2 millones de AVISA, de los cuales más de la mitad (54%) se debieron a años vividos con discapacidad (AVD) y el resto (46%) a años perdidos por muerte prematura (APMP), proporción inversa a la encontrada años atrás en donde el porcentaje mayor de AVISA correspondía a esta última causa. Tal cambio se explicaría, de acuerdo a los autores, como resultado del aumento absoluto y relativo de AVD, del decremento de la contribución de la población femenina a muerte prematura y de la carga de las enfermedades no transmisibles dentro del conjunto total de causas que mientras para 1994 concentraba el 48% del total, en el 2005 alcanzaría el 70%.

³³⁷ *La carga de los trastornos mentales. Op cit.* Lámina 12.

³³⁸ Como se comentó anteriormente en las traducciones oficiales de la OMS y del Banco Mundial, el término empleado es AVAD.

³³⁹ *El peso de la enfermedad crónica en México. Op. cit.*

³⁴⁰ Encuesta Nacional en Salud 2000, Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002 y Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2005.

³⁴¹ G. Leal y C. Martínez. (1996). *Avisa: ¿midiendo o conjeturando? Reporte de Investigación de Ciencias Biológicas y de la Salud*, 72, pp.1-11. Universidad Autónoma Metropolitana. Su análisis crítico se centró en el trabajo “El peso de la enfermedad en México 1991” de Lozano, Murray y Frenk cuestionando la calidad de la fundamentación teórica sobre la que se construyeron los indicadores.

Las estimaciones realizadas detectarían que el *nivel de marginación de las poblaciones* se constituía en un primer factor que afectaba los cálculos de AVISA, de tal manera que en las áreas marginadas éstos representaban 156.6 años de vida saludable perdidos por mil habitantes y en las de menor marginación, la razón fue del orden de 123 años tasados para el mismo número de individuos.

En la correlación por *grupos de causa y sexo*, la cuantificación global de AVISA presentaba igualmente sensibles variaciones. Aun cuando las enfermedades *no transmisibles fueron las principales causas de pérdida* de años tanto en mujeres como en hombres, en éstos las lesiones accidentales e intencionales tuvieron una mayor distribución (*Tabla 37*).

Un análisis de la *proporción de pérdida de AVISA entre ambos sexos* subrayaría que la población masculina presentaba una mayor merma, con independencia de otras condiciones como grupo de edad, lugar de residencia y región. “La tasa de AVISA perdidos en las mujeres es de 130 por 1,000 y en hombres es de 163 por 1,000. En promedio, los hombres tienen un riesgo 1.25 veces mayor que las mujeres”.³⁴² Esta diferencia en los varones se incrementaba al avanzar hacia los 60 años, momento en que se igualaba para después de esa edad invertirse, siendo entonces más vulnerables las mujeres.

Al relacionar la *etapa de vida con la concentración de tasas de AVISA*, ésta era considerablemente mayor en la vejez –60 años a 80 y más-, menor en la infancia –0 a 14 años- y por debajo de ésta se hallaba la adultez –15 a 59 años- periodo considerado como de gran productividad.³⁴³ Este análisis presentaba una discrepancia importante respecto a los resultados expuestos por el GBD, que afirmaban que las mayores tasas de AVAD’s se concentraban en edades productivas.

³⁴² *El peso de la enfermedad crónica en México. Op. cit.*, p.E286.

³⁴³ *Ibíd.* Análisis realizado de la Figura 3, p.287.

A la luz de la evaluación global, los *trastornos mentales* y los *padecimientos resultantes de conductas de riesgo* contribuían *significativamente* al estimado global de AVISA aunque de forma diferenciada según el sexo. En el grupo femenino la *depresión* fue el único padecimiento de naturaleza mental presente, pero el de más alta carga; en tanto, el grupo masculino se hallaba encabezado por el *uso de alcohol*, seguido por las agresiones, los accidentes y finalmente también por la depresión. (Tabla 37).

Tabla 37. Principales Causas de AVISA perdidos por sexo, México 2005³⁴⁴

<i>Mujeres</i>		<i>Hombres</i>	
<i>Causa</i>	<i>%</i>	<i>Causa</i>	<i>%</i>
<i>Depresión unipolar mayor</i>	6.5	<i>Afecciones en el periodo perinatal</i>	5.9
<i>Diabetes mellitus</i>	6.3	<i>Cirrosis y otras enfermedades del hígado</i>	5.1
<i>Afecciones originas en el periodo perinatal</i>	5.3	<i>Uso de alcohol</i>	4.8
<i>Anomalías congénitas</i>	4.3	<i>Agresiones (homicidios)</i>	4.6
<i>Enfermedades isquémicas del corazón</i>	2.8	<i>Accidente vehículos de motor (tránsito)</i>	4.6
<i>Osteoartritis</i>	2.3	<i>Diabetes mellitus</i>	4.5
<i>Cataratas</i>	2.2	<i>Anomalías congénitas</i>	4.0
<i>Enfermedades cerebrovascular</i>	2.2	<i>Enfermedades isquémicas del corazón</i>	3.5
<i>Demencia y Enfermedad de Alzheimer</i>	2.1	<i>Depresión unipolar mayor</i>	2.6
<i>Asma</i>	2.0	<i>Peatón lesionado en AVM</i>	2.2
<i>Total (millones)</i>	6.9	<i>Total (millones)</i>	8.4



Llegados a este punto resulta incontrovertible la verificación de un patrón general diferenciado de causas que reducen el tiempo de vida con salud de las personas según sea su sexo y que comparados con datos previos, han facilitado atribuir a la llamada *transición epidemiológica* el cambio en el comportamiento de las enfermedades.

Visión limitada que precisaría dar lugar a otros niveles de análisis mediante los cuales se ofreciera luz sobre la *multicausalidad* presente por debajo de las *causas* reconocidas –que exponen a los individuos y a los grupos a factores de riesgo heterogéneos–, con el fin de acercarnos a los perfiles de daños a la salud arreglados con la totalidad de elementos de las diferentes realidades que experimenta la población.

³⁴⁴ *Ibid.*, p.E287.

Los tres ejes concomitantes de análisis abordados por diferentes trabajos de investigación gracias a los datos reveladores de la ENEP, –estimados de prevalencia, patrones de uso de servicio e impacto social y económico- suscitaron lecturas que han conseguido traslucirse en interpretaciones que aunque no han escapado de la cuantificación, avizoran importantes aspectos de naturaleza cualitativa que empero, no han brincado las fronteras del discurso.

Las prevalencias consignadas si bien posibilitan el conocimiento rejuvenecido de la magnitud y clases de trastornos mentales más comunes entre la población, se esperaría que por una parte, nutrieran la labor de las instituciones hasta hoy responsables de su atención –en términos de tratamiento particularmente para los trastornos afectivos y de ansiedad-; y por otra, promovieran un giro que invitara a *re-trazar* una vertiente preventiva primaria cardinal abordada en otros ámbitos distintos al de salud.

Los alcances de los trabajos recreados a raíz de esta encuesta y merced a sus propias características son innegables comparativamente con los perpetrados en años previos que se fundamentaron particularmente en una encuesta nacional –1988- y diversas muestras en espacios restringidos y cuyos resultados no son por ello menos valiosos; resultan por el contrario, un referente obligado para observar la dinámica de los desórdenes psiquiátricos a través del tiempo en el contexto nacional.

Ciertamente el conocimiento aprehendido ha permitido ensanchar los fundamentos explicativos en torno a los factores que promueven, mantienen y/o exacerban el deterioro de la salud mental de las personas y las poblaciones, así como aquellos que actúan para salvaguardar la salud mental individual y colectiva. Bajo esta lógica, pareciera irrefutable el hecho de que las condiciones socio-demográficas actúan como *pronosticadores de psicopatología* que dibujan consecuentes variaciones diferenciales entre los sujetos, los grupos y las comunidades.

Un *enfoque psicosocial* para abordar a la salud mental está aún lejos de ser construido en México, aún cuando desde hace algunos años se pregona que el acercamiento al fenómeno salud-enfermedad mental parte de esa visión. Lo anterior queda constado cuando el *acto de prevenir* en salud mental se origina dentro del propio modelo médico, apartándose de la propuesta de la OMS, en el sentido de derivarlo desde la dimensión psicosocial.

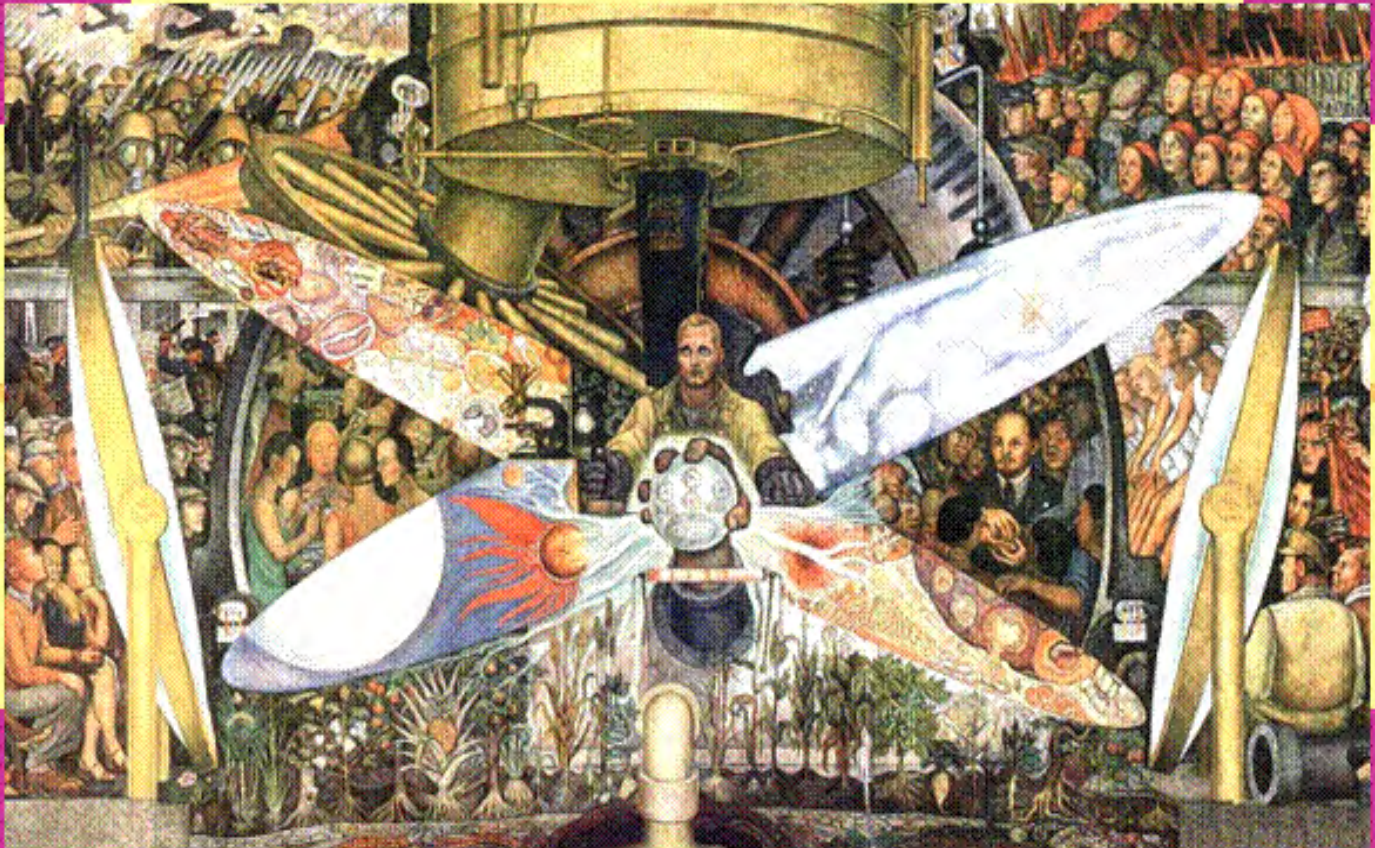
Las posibilidades de que la *prevención* se concrete fuera del terreno del sector salud dependerán en gran medida de la decidida injerencia de otras voces, seguramente fuera de las estructuras del Estado, que podrían hacer valer su derecho a ser escuchadas y tomadas en cuenta. Hoy por hoy, no se ignora la proveniencia de las opiniones conocidas y reconocidas nacional e internacionalmente que delinean el sentido de las investigaciones en el país –imponiendo el contenido y orientación de la prevención-, asegurándose de no derribar las barreras de un territorio que nos han convencido les pertenece.

Haciendo uso de la reiterativa visión integral de los problemas de salud mental en México, advertirían –casi de forma irónica- que:

“La base para llegar al escenario ideal pero posible será el establecimiento de una política de estado que apoye la investigación para el desarrollo de nuevos marcos conceptuales más integradores de las esferas bio-psico-sociales que lleven a mejores intervenciones incluidos nuevos fármacos con menos efectos secundarios; el entrenamiento de los especialistas y la educación de la población y la prevención y el tratamiento de los enfermos”.³⁴⁵

En contraste, una visión alterna y distanciada de aquella, podría abrir nuevas dimensiones en aras de comprender y aprehender el sentido de la dinámica de las realidades construidas y reconstruidas, entrelazadas indisolublemente con la complejidad de la naturaleza humana que vive y recrea, también esas realidades.

³⁴⁵ *Manual de trastornos mentales (2005). La salud mental en México y los retos para su atención. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. Op. cit., p.23.*



*El hombre en el cruce de caminos
o El hombre controlador del universo
(*Detalle) Diego Rivera*

CONCLUSIONES

*"En el centro aumentada por las lupas se puede percibir la máquina de la *plutocracia* y de la *tecnociencia*, que queda suspendida sobre una naturaleza exuberante...".
Royo, S. (2008). *Progreso, cultura y capitalismo*

CONCLUSIONES

La ruta convenida para adentrarnos en nuestro objeto de estudio la *prevención en salud mental* desde el examen de las tendencias políticas que modelara México en el pasado inmediato, al final nos significó muchas interrogantes y menos respuestas conclusivas.

De forma intermitente durante la década de los 90's y con mayor insistencia en los últimos años, los pronunciamientos de la Organización Mundial de la Salud apuntaron que el desarrollo económico se había visto entorpecido “por las discapacidades y la ansiedad efectiva (sic) y psíquica”.³⁴⁶

Lo anterior contravenía las aspiraciones del establecimiento de un *nuevo orden económico internacional* según el cual el crecimiento económico orientado por un espíritu de mercado, debía ser concebido como el factor clave para abatir la pobreza y propender al desarrollo de las naciones. Para ello, dos acciones han sido vistas como imprescindibles: 1) la reforma del Estado que persigue limitar sus funciones y respaldar las propias del mercado y 2) el fortalecimiento de instituciones estatales, que en el campo de la salud significaban el fomento al *autocuidado de la salud*, la reorientación del gasto público a programas más *eficaces en función de costos* y una mayor diversidad y competencia en el *financiamiento y prestación de servicios*.³⁴⁷

La OMS, en su calidad de agencia técnica internacional experta en temas de salud, suministraría la base de conocimiento y los lineamientos generales para favorecer la instrumentación de esas medidas en sus Estados miembro, no quedando la *salud mental* al margen de la influencia de una ideología dominante –impuesta por el Banco Mundial y operacionalizada por aquella organización- que apelando a su interés por el desarrollo económico como prerrequisito del bienestar individual y colectivo, ha propuesto una virada en la orientación de políticas sanitarias.

³⁴⁶ *La introducción de un componente de salud mental en la atención primaria. Op. cit., p.14.*

³⁴⁷ *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud. Op. cit.*

Con esta tendencia fue imponiéndose una visión económica que enriquecería el argumento poco sostenible del incremento de la prevalencia de los padecimientos mentales a nivel mundial. La aplicación de los AVAD's fue el recurso utilizado para evidenciar la "presunta" alta contribución de los trastornos neuropsiquiátricos a la carga global de morbilidad, con efecto cascada en términos de pérdida de productividad.

Contando con esta nueva herramienta para evaluar el peso de las enfermedades, en especial las de naturaleza neuropsiquiátrica, la OMS propuso un conjunto de estrategias a implementar para hacer frente a su acelerado proceso de expansión, advirtiendo que de no concretarse, la capacidad resolutive de los sistemas nacionales de salud se vería seriamente amenazada. Es en este marco en el que se inserta la *prevención* concebida como la estrategia maestra capaz tanto de arremeter y revertir el fenómeno de la enfermedad mental, como de aminorar el peso derivado de los trastornos mentales, neurológicos y de conducta, y en consecuencia, *atenuar* su impacto económico.

Así quedaría asentado al reconocer la OMS que "teniendo en cuenta las actuales limitaciones en la *efectividad* de las modalidades de tratamiento para disminuir la *discapacidad* debida a trastornos mentales y de conducta, el único método sostenible para reducir la *carga causada* por estos trastornos es la *prevención*".³⁴⁸

Una lectura minuciosa sobre la efectividad de las intervenciones, preocupación central de la declaración de la OMS, habría de reparar en su motivación subyacente. Tomando como referente los cálculos de AVAD's a partir de los cuales se pondera la discapacidad –principal carga a combatir-, la efectividad de las acciones en salud debía ser determinada con base en la relación entre los *costos* y los *beneficios* en materia de salud (AVAD's ganados), lo que significaba dar preferencia a aquellos servicios de reducido costo pero con altas ganancias de salud-funcionalidad.

³⁴⁸ *Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Op. cit., p.15.*

Bajo esta premisa, la *prevención* en el terreno de la salud mental representaba una modalidad de intervención *altamente efectiva* en *función de costos* en tanto lograba: a) liberar fondos públicos al impedir “un exceso de tratamiento especializado”, así como b) limitar el quehacer de los ministerios de salud a promover un mayor conocimiento de la población en aspectos de salud para acrecentar su control ante la probabilidad de desarrollar enfermedades mentales, responsabilizándola en consecuencia de su salud mental, cuya preservación dependería en gran medida de una acción individual proclive al autocuidado.

Esta intencionalidad quedó sólo implícitamente sugerida en el pingüe discurso producido por la OMS en torno a la prevención. Los resultados de los diversos *Global Burden of Disease* proporcionaron un poderoso recurso a ser capitalizado: la implicación de la *conducta* en gran parte de las principales causas –enfermedades- que han estado conformado los actuales perfiles de daños a la salud.³⁴⁹ Elemento éste que en paralelo al irreversible trayecto de las naciones por la transición epidemiológica, ha diluido la influencia de las políticas públicas y de las limitaciones, insuficiencias y deficiencias de los sistemas de salud, en la instalación de esos nuevos arreglos.

La reproducción de esa tesis al campo de la salud mental permitía justificar repliegues en el frente curativo enmarcados en las propuestas de reformas a las estructuras sanitarias –para consolidar la atención primaria de la salud- y magnificar el poder del preventivo que al complementarse de acciones de promoción de la salud, se afirmó podrían conjuntamente reducir hasta el 70% de la carga de morbilidad.³⁵⁰

Arribar a esas medidas de reestructuración institucional no requirió más que de la fabricación de un discurso edificado sobre una base conceptual con tal grado de flexibilidad que admite la incorporación de nuevos elementos sin poner en peligro su

³⁴⁹ Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (1997). *Informe sobre Salud Mental. Op. cit.*, p.5.

³⁵⁰ Organización Mundial de la Salud. (2008). *Informe sobre la Salud en el Mundo 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca.* p.XIV.

consistencia, convenciendo a los directa e indirectamente vinculados con la salud mental –sin dejar de lado a la psicología–.

El inicial enfoque que pusiera énfasis en los aspectos biológicos como principal determinante de la enfermedad mental suficientemente sólido para los padecimientos de naturaleza neurológica; se vio alimentado de una posterior visión psicosocial para explicar aquellos desórdenes para los que el anterior modelo resultaba limitado. Con ello se facilitó dar abrigo a determinantes macro y micro sociales, últimos dentro de los cuales quedaba asegurada la participación de la conducta individual tanto para colocar en el sujeto la génesis de un “trastorno”, al ser incapaz de afrontar las demandas del medio –respuesta desadaptativa–, como para atribuirle las condiciones contextuales de su existencia. Aún así y no bastar para una perspectiva económica, imprescindible fue dimensionar a los “trastornos mentales y comportamentales” en términos de discapacidad.

Si la flexibilidad ha caracterizado a la alocución oficial, mención especial merece el alto grado de plasticidad de la *prevención* que ha logrado penetrar en todas las etapas evolutivas del discurso. Al agrupar las condiciones *neurológicas con las psiquiátricas*, la prevención fue capaz de puntuar de forma velada en las primeras evitando tanto discriminar a las otras, como reconocer que los procedimientos preventivos ofertados no alcanzaban para las segundas.

Con la *disertación psicosocial* se aseguró que la *prevención* incidiera en el componente comportamental considerado como sustrato y/o expresión de los trastornos mentales, para el cual intervenciones dirigidas a fomentar respuestas adaptativas mediante el desarrollo de habilidades para la vida –resiliencia/resistencia– tendieran al ajuste psicosocial. Lo cual supondría el involucramiento de otros sectores.

La *orientación económica* que surge con el propósito de controlar la discapacidad atribuida a los “trastornos mentales y de comportamiento” atrapa y hace suyas las dimensiones previas para afianzar una nueva postura que consolidó la

corresponsabilidad de las personas en el cuidado de su salud mental. Así, el enfoque médico preventivo contendría a esos padecimientos, a través del tratamiento temprano –farmacológico- instado a frenar la disfuncionalidad de población focalizada.

Para abrir el abanico se hizo uso de la dimensión psicosocial en la medida en que la población universal, vulnerable a la influencia multicausal de los trastornos, era del todo susceptible a la aplicación de acciones preventivas dispuestas para la dotación de mayores recursos para el afrontamiento y que desde aquí se hacía posible anticiparse al riesgo de la discapacidad y mejor aún, propender al incremento de la funcionalidad.

Habiendo sido asentadas por la OMS las directrices mundiales para la atención a la salud mental y para el caso que nos ocupa específicamente centradas en la prevención, México no podía dejar de apegarse a los lineamientos propuestos en razón de la pertenencia y corresponsabilidad debida a diversas agencias internacionales, que junto con ese organismo componen el Sistema de las Naciones Unidas, entre las que se encuentran el Banco Mundial y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, abocadas a colaborar con los Estados miembro –según exponen- brindándoles asistencia financiera, información técnica, asesorías y recomendaciones para la generación de políticas públicas y planificación de proyectos orientados a su desarrollo económico y social.

Ante estas condiciones, la invitación de la OMS a implantar una *nueva reforma psiquiátrica* en México se convirtió prácticamente en un compromiso ineludible para el Estado, que habría de guiarse primordialmente –aunque no de forma evidente- por una perspectiva financiera.

Nuestro país requería entonces construir para sí argumentos sólidos encaminados a tal objetivo, constituyéndose en un primer paso la elaboración de un *diagnóstico situacional de la salud mental en México* que le permitiera al Estado ratificar la postura de la OMS respecto a la problemática epidemiológica, económica y social de los trastornos mentales; y subsecuentemente a partir de éste, delinear una plataforma

política para contenderla conforme a lo exhibido por dicha organización, en la que habrían de considerarse desde modificaciones legislativas, definición de políticas y formulación de programas hasta el fortalecimiento de recursos financieros, humanos y de infraestructura.

El panorama que sobre los problemas de salud mental dejaba expuesto el discurso oficial, tenía sin embargo significativos puntos de fragilidad que se hicieron evidentes al contrastarse con los resultados de diversas investigaciones generadas localmente –y expuestas con antelación en el presente trabajo-.

De inicio tanto en el ámbito internacional como nacional se planteó “un significativo incremento de los padecimientos mentales”, premisa que resultaba inconsistente para el país ya que los análisis realizados durante y previamente al periodo de estudio –2001 a 2006- hicieron evidente una *tendencia estable tanto de la prevalencia de los trastornos mentales como de su categorización diagnóstica y caracterización sociodemográfica*.

Considerando las tasas de prevalencia global de afecciones psiquiátricas, en población urbana adulta, con representatividad nacional y al resguardo del amplio rango de “alguna vez en la vida” los índices reportados fueron del orden de 30.8% para 1988 y de 28.6% al 2003; específicamente en la ciudad de México éste era de 28.7% en 1995.

Los trastornos con presencia más consistente a lo largo de ese periodo estaban encabezados por ansiedad y depresión y en menor medida por dependencia de alcohol y uso de sustancias, desapareciendo al 2003 de la lista de padecimientos líderes aquellos tipificados como psicóticos –específicamente esquizofrenia-. También los aspectos sociodemográficos asociados a ellos fueron similares: se mantuvo una mayor concentración en zonas urbanas, fueron más comunes en mujeres que en hombres, afectaban principalmente a la población joven, a la económicamente activa y sustancialmente a aquella que vivía en condiciones marginales.

No obstante esa obvia estabilidad, el Estado se empeñaría en destacar el aumento de las prevalencias de los trastornos mentales, argumento que podía ser sostenido al incorporar las propias de padecimientos de etiología neurológica –epilepsia, enfermedad de Parkinson, deterioro intelectual y demencias-, dando lugar naturalmente a un incremento de las tasas, ahora concentradas, de *trastornos neuropsiquiátricos*.

De esta manera quedaba garantizado por un lado, el empate de prioridades a atender perfiladas por la OMS –particularmente el llamamiento a la disminución de la discapacidad generada por esos padecimientos- y por otro, la integración de un componente biológico que facultaba la intervención del sector salud; en apego a estas dos líneas fueron definidos los programas específicos en salud mental.

Desde la *dimensión económica*, diversas eran las aristas. Se enunció que los *costos directos* generados por la atención a los padecimientos mentales rebasaban la capacidad de respuesta del sistema de salud, en virtud de que los servicios institucionales presentaban una tendencia incrementada en la demanda de atención de afecciones mentales.

Con todo, imposible era desconocer que en la práctica no se respondía a todos los demandantes de atención ya que sólo una de cada diez personas afectadas con un trastorno mental y una de cada cinco con dos o más trastornos, habían recibido tratamiento, aspecto predecible al considerar que del presupuesto total de salud, únicamente un 0.85% era destinado al rubro de salud mental –contra un mínimo del 10% recomendado por la OMS-.

A lo anterior habría que adicionar la ineficiente administración de los recursos institucionales de salud, la falta de previsión del Estado sobre el lento ritmo de crecimiento de la oferta de servicios ante el rápido crecimiento poblacional y la mayor sobrevivencia de la población en condiciones de salud deteriorada y mayormente marginada. Incongruencia notable a estas limitaciones fue la invitación constante del

discurso para que elementos clave de los diversos grupos sociales se abocaran a realizar diagnóstico temprano en sus espacios de acción.

En relación a los *costos indirectos*, fue admitido que el *gasto de bolsillo* relacionado a la atención ambulatoria de los trastornos mentales era extremadamente alto y permanente, llegando incluso al punto de ejecución de gastos catastróficos que ponía en grave riesgo la economía de familias ya de por sí desfavorecidas.

Contrariamente, bajo los discursos de “protección financiera” y “democratización de la salud” las estrategias establecidas apuntaron: a la corresponsabilidad de personas y comunidades en el mantenimiento de su salud mental; a la limitada intervención institucional que tendría como base la atención comunitaria apoyada en la añeja modalidad de atención ambulatoria, esquemas en los que operativamente el usuario del servicio tiene que asumir los costos derivados de la atención y del acceso a ella; y a la ampliación de la cobertura institucional con sistemas de prepago para la atención a la salud.

De acuerdo a lo estipulado por la OMS, la *pérdida de productividad y la discapacidad* habrían de ser factores fundamentales a considerarse dentro de la problemática económica asociada a los costos indirectos de los trastornos mentales; sin embargo México al año 2000 no disponía de investigaciones propias en este rubro, en razón de lo cual asumió las evaluaciones que la OMS había efectuado para esta nación, dando cuenta de que las *condiciones neuropsiquiátricas* eran responsables de 3,773 años de vida sana perdidos como consecuencia de discapacidad –indicador AVAD’s-, de los cuales 2,577 correspondieron a *trastornos psiquiátricos*, representando éstos la sexta parte del total estimado por todas las causas de enfermedades. Años que podrían resultar incuantificables vía su comorbilidad con enfermedades físicas y con comportamientos poco saludables y negligentes.

Para el año 2003 (ENEP), el negativo impacto a la *productividad nacional* resultado de la discapacidad era un asunto que ya no podía pasarse por alto. De interés especial fue

la población masculina ya que conformaba la mayor proporción de la fuerza productiva del país, no obstante datos locales del 2007 mostraron que la mayor concentración de AVISA se localizaba en grupos etáreos de 60 y más años. El sector poblacional femenino tradicionalmente afectado por la depresión –causa líder de discapacidad- representó una preocupación adicional para el Estado que demandaba ser resuelta si se pretendía aprovechar su potencial productivo, dando lugar a iniciales esfuerzos para promover un enfoque de género en la atención integral a la salud.

Si bien desde esa visión es cierto el argumento de las altas cargas de discapacidad, también es relativo al no considerar otros factores contextuales que hacen que la experiencia de vida resulte menos lacerante para ciertos segmentos sociales en determinadas condiciones, comparativamente con otros. Siendo México un país clasificado como de medianos ingresos, una mirada sobre su realidad permitiría confirmar lo antes dicho y adicionalmente, comprender cómo se gesta y a qué motivaciones atiende la afirmación de la sobrecarga imputada a los trastornos mentales.

Grosso modo, el panorama descrito por los planteamientos oficiales dio cuenta de grandes problemas nacionales que inevitablemente habrán de cobrar un precio en la salud general de las poblaciones y en particular en su salud mental: una generalización de la pobreza y en correlato, una sociedad en alto grado de vulnerabilidad. ¿No resultaría entonces comprensible que “alguna vez en la vida” los ciudadanos mexicanos se sintieran aquejados en su estado mental –mayormente por ansiedad y depresión- en un país marcado por numerosas crisis económicas y sociales? Si no, habría que preguntarse por qué eran más frecuentes los trastornos mentales en grupos vulnerables golpeados por estas externalidades.

Teniendo como fundamento el panorama de la salud mental en México el Estado procedió a la formulación de una política nacional intentando apearse a la propuesta emitida por la OMS, la cual comprendía diversas transformaciones a las que habría de dar cumplimiento cada uno de sus Estados miembro, recapitulando:

- a) *Deslizar la prestación de servicios de atención en salud mental* –particularmente los de gran carga económica- al marco de atención primaria y derivar las acciones de reintegración social del ámbito institucional al de la comunidad, disponiendo para ello de la estrategia de atención ambulatoria de base comunitaria.
- b) *Reducir la prevalencia de las enfermedades mentales* con intervenciones terapéuticas inmediatas –diagnóstico y tratamiento oportuno-, con las que se esperaba obtener un conjunto de efectos encadenados: detener la evolución de los padecimientos incipientes y sus secuelas derivadas; y con ello, *prevenir tanto la discapacidad como los largos periodos de atención institucional*, mejorando así su costo-efectividad.
- c) *Integrar al enfoque médico* predominante, una visión psicosocial dando lugar a un modelo biopsicosocial, que pese a sus intentos el país no logró consolidar –ni siquiera en el discurso- construyendo las intervenciones al ámbito psiquiátrico dada la génesis atribuida a los desórdenes mentales. Presumiblemente, el inevitable tránsito a una orientación económica surgirá aún adoleciendo de esa base.
- d) *Disminuir la incidencia de los trastornos mentales con acciones de prevención primaria, cuyo objetivo era: evitar su aparición –y por lo tanto impedir su impacto-, aminorando así la demanda de servicios.* En México, tras tan largo recorrido y extenso marco para la definición de políticas y acciones, la prevención no fue protagonista en momento alguno del discurso no obstante los reiterativos llamados a ella.

De entre las variables que contribuyeron al fracaso en la construcción de una plataforma que diera cabida a políticas nacionales efectivas en materia de salud mental y particularmente las referidas a la prevención, destacan:

- 1) una *limitada base legislativa* que escinde a la salud mental del concepto integral de salud, que la restringe a la dimensión de la enfermedad confinándola por tanto a la del tratamiento y que sustenta las acciones para el mantenimiento de la salud mental básicamente en intervenciones propias del sector salud;
- 2) al amparo de esa legislación, la preeminencia de *una visión institucional sobre una de salud pública*; que siendo netamente psiquiátrica ha intentado construir a la salud mental partiendo invariablemente desde los trastornos;

- 3) un *precario presupuesto institucional* destinado al rubro de salud mental que imposibilita cualquier propósito; y
- 4) una *sociedad carente de recursos económicos* para coparticipar en la responsabilidad del cuidado a la salud mental, en los términos planteados por el Estado.

A pesar de esa limitada plataforma de partida y la debilidad de los argumentos contruidos para asentar la multidimensional problemática por la que atravesaban los servicios institucionales de salud mental, el Estado insistiría en la implantación de la reestructuración psiquiátrica que aún frente a la alta probabilidad de no concretarla satisfactoriamente, le ofrecía de forma anticipada las grandes ventajas adjudicadas a la prevención, que podría convertirse en elemento estratégico de las políticas nacionales y ser adoptada como recurso omnipotente y gran aliada de las labores gubernamentales. Así, la reforma anunciada arrancó con 10 años de rezago y en el marco de un primer Programa de Acción en Salud Mental (PASM) emitido en el año 2001.

Dos fueron las propuestas básicas que dirigieron las acciones del sector salud en el rubro de la salud mental durante el periodo: la implementación del Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental (MIHASAME) y la emisión de programas específicos para atender los trastornos mentales “más prevalentes”, siendo el PASM la plataforma de base que dictó el camino a seguir en ambas rutas.

En primer término y en relación al proyecto Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental destaca el hecho de que si bien en su concepción se aspiraba dar respuesta a la inicial transformación planteada por la OMS para la reforma psiquiátrica –buscando robustecer el nivel primario de atención a la salud y compartir con la comunidad la responsabilidad del Estado en el cuidado a la salud mental-, en la práctica continúa a la espera de concretarse en razón de la falta de soporte financiero, restricción ésta reconfirmada por el PASM 2007-2012 –y que empero le otorga el mismo papel estratégico que el programa precedente-. Ese modelo quedaría integrado por tres áreas de servicios alimentadas por intervenciones de “*prevención, hospitalización y reintegración social*”.

En esta novedosa re-construcción paradigmática, el término de *prevención* sólo ha sido usado en sustitución de las acciones de tratamiento dispuestas en los servicios ambulatorios de primer nivel, en los que también se ha ofertado como información y educación para la salud.

Más allá del modelo y al cobijo de tal condición distintiva, la prevención tuvo el irremediable destino de figurar –ser nombrada de manera incesante- en las disertaciones oficiales, desempeñando un papel sin contenido propio, pero presente como parte del paradigma que ha dado sentido al proceso secuencial construido históricamente para la atención institucional de los problemas de salud mental: “prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y reintegración social”, al que el programa en cuestión alude reiterativamente.

Si algún rasgo característico del PASM puede destacarse por evidente y frecuente es la serie de contradicciones e inconsistencias del discurso sobre la *prevención en salud mental*. La exaltación –en teoría- de su encargo primordial: actuar sobre el *riesgo* a la enfermedad y no sobre el *daño* a la salud mental, se desdibuja al momento de corresponderle desde acciones relativas a la promoción del “autocuidado” para la salud mental y la difusión de información acerca de síntomas, grupos vulnerables y factores de riesgo; pasando por el diagnóstico temprano de padecimientos por/y en la familia y comunidad, hasta el tratamiento con prescripción de fármacos.

Dotada de este equipaje la prevención vería disminuido su potencial. El inacabado planteamiento dentro del PASM que apuntara a la *promoción de cambios en los patrones de comportamiento* orientados al autocuidado de la salud mental, tendrían por límite las condiciones de existencia del individuo, en la medida en que la conducta –por más que lo intentara- *per se* no podría imprimir modificaciones a la realidad social en la que ella se despliega, toda vez que “el conocer los factores de riesgo y desear eliminarlos no siempre va aparejado con la posibilidad efectiva de hacerlo.”³⁵¹

³⁵¹ C. Martínez y G. Leal. (2002). La transición epidemiológica en México: un caso de políticas de salud mal diseñadas y desprovistas de evidencia. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 17(3), p. 558.

La posibilidad de insertar a la *prevención* replicando por un lado, la misma lógica impuesta por la OMS que invitaba a focalizarse sobre el *fortalecimiento de los factores individuales de protección* y, por otro, dar respuesta al planteamiento esencial del PND en torno al fomento del desarrollo de las capacidades y potencialidades de los individuos como sustento del progreso nacional; no pudo ser recuperada por una política en salud mental de corte característicamente psiquiatrizada y psiquiatrizante, impidiendo derivar una propuesta específica de intervenciones en la dimensión psicosocial.

Sobre esta visión reduccionista se basó la formulación de los programas específicos calificados como prioritarios por el Programa de Acción en Salud Mental. En armonía con su esencia y senda trazada, en estos programas se vieron reproducidos los mismos usos y abusos que se han vuelto rasgos distintivos de las proclamas a la prevención:

- una absoluta incompreensión de la naturaleza de los actos preventivos –primarios- atendiendo a sus fines propios: instalarse por delante de las enfermedades mentales;
- una tendencia consistente a considerar como acciones de prevención, actividades de difusión de información –para *mejorar* los conocimientos de la población- sobre los trastornos mentales, sobre los *riesgos* asociados a ellos y sobre los *grupos* proclives a padecerlos;
- una clara orientación dirigida a la construcción de un modelo terapéutico de servicios institucionales de salud mental que *usaría* también a la prevención como análoga a diagnóstico temprano y tratamiento oportuno;
- una declaración enfática que destinaría las acciones de *prevención primaria* a los profesionales de la salud –médico general o familiar y equipo de salud- por ser ellos el primer contacto de la población *afectada*³⁵² al momento de acercarse a la red institucional de servicios;
- una convenientemente ampliada y al mismo tiempo acotada visión con la que se identifican a los agentes responsables de la instrumentación de acciones preventivas en salud mental –que recaería en el personal especializado en el área: «psiquiatras, psicólogos y trabajadores sociales», en los maestros y en los padres

³⁵² Secretaria de Salud. (2002). *Programa Específico de Psicopatología Infantil y de la Adolescencia. 2001-2006*. p.79.

de familia, y a quienes correspondería *actuar para reducir* los riesgos de los componentes psicosociales de los trastornos mentales y de comportamiento;

- una propuesta hacia un accionar institucional con atención preferencial a grupos reconocidos como *de riesgo*, –poblaciones indígenas, niños de la calle por citar algunos ejemplos- cuya condición de vulnerabilidad podía incluso ser explicada por la presencia de trastornos mentales de base, promoviéndose su abordaje desde la patología mental y no a partir de sus propias condiciones de vida.

Sin embargo y ante los previsibles pobres efectos de una política en materia de salud mental gestada desde un sector de la Administración Pública Federal al que por tradición se le ha conferido la tarea de su conducción –y que con ese hecho implícitamente se ha avalado la aplicación de su modelo-, fue imposible ocultar su poca capacidad para lidiar con un problema que se ha reconocido tiene su origen en diferentes factores interactuantes e interdependientes dinámica y permanentemente.

Luego entonces *el problema* demandaría para hacer prevención, proceder sobre él desde ese conjunto de dimensiones que le dan lugar, bajo el sustento y vinculación de diversas disciplinas de conocimiento; acto que permitiría ampliar y enriquecer la visión sobre el problema y simultáneamente alimentar las acciones para su atención, a fin de que éstas tiendan en mayor medida a soluciones, sino perfectas al menos sí más apegadas a la realidad.

La Visión de México al año 2025 en materia de salud, considera como fundamental la reorientación de políticas ante realidades cambiantes, ejercicio que llamaba a su renovación constante. En el campo de la salud mental la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2003) podría haber sido el propulsor inmediato para el giro de acciones en esa administración y en la próxima entrante (2007-2012).

Un esfuerzo de tal magnitud no logró ser capitalizado por el Estado: la orientación de las políticas y los proyectos propuestos con antelación a ella permanecieron inmutables; los nuevos hallazgos en torno a padecimientos con altas prevalencias no contemplados al inicio del periodo –especialmente ansiedad- tampoco lograron posicionarse de

manera prioritaria; del cúmulo de información suministrada por la encuesta, aquella referida al perfil epidemiológico fue el único aspecto de interés a retomarse en el programa de salud mental de la presente gestión (2007-2012), apostando nuevamente al tratamiento dentro del esquema del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental, que se avizora nunca consolidarse.

Aun con las enormes restricciones que la prevención en salud mental ha encontrado para colocarse dentro de las políticas públicas como intervención efectiva, especial mención merecen algunas iniciativas encauzadas a tal misión, que aunque aisladas y poco diseminadas, han sido reales, sin negar que el efecto final perseguido es el ajuste psicosocial.

Característica esencial de ellas es que sus programas se encuentran dirigidos no a la prevención de los trastornos mentales, sino *al fortalecimiento psicológico y conductual –a través de acciones psicoeducativas- de grupos expuestos a riesgos psicosociales* tales como adicciones, violencia intrafamiliar, abuso sexual y maltrato infantil; y cuyo efecto podría –aunque limitadamente- aminorar el impacto de dichos fenómenos sociales y con ello, reducir la posibilidad de desarrollar algún tipo de sufrimiento mental individual, que derive en un cuadro psicopatológico.

Entre las instituciones que han implementado esos programas se encuentran el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, los Centros Comunitarios de Salud Mental y el Centro Integral de Salud Mental –todos los anteriores ubicados en la ciudad de México- así como en el Instituto Temazcalli de San Luis Potosí.

Se advierten empero diversas amenazas para sus labores preventivas, una de ellas es su pertenencia al sector salud, en virtud de hallarse constantemente en el riesgo de traspasar las fronteras hacia el tratamiento; otra, es la limitada vinculación y coordinación intersectorial a partir de las cuales fuera posible fortalecer estas acciones de heterogéneas perspectivas; a más del insuficiente impulso de la rectoría institucional ante la carencia de recursos programáticos y económicos.

Si alguna duda quedaba, el recorrido efectuado permite afirmar categóricamente y con solidez que en México:

1. *La prevención en salud mental no existe como política de Estado* que redunde en la protección efectiva de los ciudadanos; lo anterior no implica la renuncia del discurso oficial a seguir explotando su magnífico potencial, en razón de ser usada como recurso político de doble efecto, permitiéndole la posibilidad para decir que se hace algo –en un sentido- y entre líneas evitar reconocer que no se trabaja en otras dimensiones.

2. *A un país en donde el Estado no está comprometido a la protección de la salud poblacional* sólo le queda ser *un Estado terapéutico*; abocado a remediar en la medida de lo posible, los efectos derivados del incumplimiento de sus obligaciones sociales, que sin embargo ha proyectado como “condiciones patológicas de los ciudadanos”.

3. *El enfoque de salud pública* tan referido como visión política que dirige el accionar nacional en el rubro, en realidad se constituye en un *enfoque institucional de la salud*, dirigido hoy primordialmente al deslinde de las responsabilidades estatales y a la búsqueda de financiamiento y patrocinio de los servicios; en congruencia, las políticas públicas sociales se limitan a políticas institucionales, en las que el sujeto no es el destinatario de ellas sino el pretexto –medio- para su construcción.

Si a lo largo de este recorrido ha sido posible corroborar las nulas posibilidades de materializar las acciones preventivas en salud mental. ¿Cuál es la motivación subyacente para no renunciar a ella?

Del conocimiento histórico es sabido que desde la Edad Media los *problemas de salud* de la población se hallan íntimamente relacionados a factores tales como malnutrición, hacinamiento, contaminación, pobreza e inseguridad^{353,354} y que *per se* inconcebible es suponerlos como enfermedades, no así reconocerlos como poderosos condicionantes sociales que promueven llegar a esos estados, por cierto particularmente insidiosos en

³⁵³ F. Pégola. (2006). *Miseria y peste en la Edad Media ¿Estamos frente a una nueva época medieval?* Conferencia pronunciada en la sesión pública del 5 de mayo de 2006 de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires.

³⁵⁴ J. Valdeón. (1997). *El ritmo del individuo: en las puertas de la pobreza, de la enfermedad, de la vejez, de la muerte*. Actas de la VIII Semana de Estudios Medievales. Instituto de Estudios Riojanos. España.

amplios grupos sociales. Entonces ¿cómo aceptar que la presencia de enfermedades físicas y el sufrimiento mental sean producto solamente de condiciones individuales? ¿cómo asumir que los seres humanos deban permanecer invulnerables y prácticamente inertes ante condiciones que quebrantan casi cualquier posibilidad de bienestar?

Aspiración humana es poseer salud a grado tal de la inmortalidad y ante este poderoso deseo el Estado habrá de estar presto para actuar, si bien permita empañar otras realidades y favorecer distintos intereses.

Así, a lo llamado *prevención* le han sido concedidos poderes poco menos que mesiánicos; gran ventaja representa su carácter de imperceptible y como se ha mostrado incluso inconcebible, capitalizada en la retórica oficial como constante eufemismo para esquivar los deberes y ocultar las insuficiencias ¿ineficiencias? ¿motivaciones? de un Estado egocéntrico cuyo primordial deseo es continuar siendo legitimado; en este andar, la prevención como estrategia para el ocultamiento de la realidad y la edificación constante de mentiras políticas, pareciera ser le ha funcionado bien para soslayarse de contener y dar solvencia a los históricamente reconocidos factores detonantes de enfermedad, cuyas consecuencias inherentemente se reflejan y se reflejarán en el estado mental de los individuos y las sociedades.

Un Estado que abandona la protección social no puede ser otra cosa que un Estado terapéutico en el que indefectiblemente se está a la cura de los desatinos del pasado y en construcción permanente de los futuros a ser remediados.

La connotación positiva al término de prevención asegura de inmediato la aceptación de cualquier propuesta ligada a ella, con independencia del fenómeno al que se pretenda contener dando la idea de su solución definitiva.

Convenga reflexionar sobre las diversas estrategias nacionales desplegadas a partir del 2007 para “Prevención del delito y combate a la delincuencia”, “Prevención de adicciones”, “Promoción y prevención para una mejor salud”, “Prevención y atención de

la violencia familiar, sexual y contra las mujeres”; ¿serán éstas, tácticas para impedir la aparición de esos fenómenos sociales? o bien ¿métodos para “curar” y reducir los efectos de su presencia?

Con la tradición que caracteriza a las instituciones y con fundamento en el conocimiento adquirido sobre lo llamado “prevención”, es posible decir sin dudar, que gran parte de las labores institucionales para tal acto habrán de estar dirigidas por líneas de acción encaminadas a mitigar las consecuencias de problemáticas y no su erradicación, *reincidiendo* en la ambigüedad de la prevención e *incentivando* la corresponsabilidad social e individual.

Baste retomar la orientación de la *Estrategia nacional de promoción y prevención para una mejor salud. La salud tarea de todos*. El modelo socio-ecológico³⁵⁵ por ella propuesto para concretar dicha estrategia en salud, ha sido derivado de la misma lógica, mirando “hacia la prevención y/o tratamiento efectivos” y pretendiendo un “cambio en el comportamiento y la resistencia con recuperación (resiliencia)” de los afectados. Sin embargo, esta fórmula resulta paradójica a la orientación constitucional del derecho a la protección de la salud:

“...el derecho constitucional a la protección de la salud es aquel derecho que se ostenta frente al Estado a fin de obtener una acción positiva de éste dirigida a la efectiva satisfacción de la salud individual por encima de las posibilidades personales del sujeto”.³⁵⁶

Y si la resiliencia –acto de resistencia- como prevención es sólo una promesa optimista para la adaptación subjetiva a macrocontextos desfavorables ¿cuántas falsas promesas no habrán de encontrar ciudadanos ávidos de soluciones en un mundo repleto de negocios de la esperanza?

³⁵⁵ Secretaría de Salud. (2007). *Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud. La salud tarea de todos*. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos.

³⁵⁶ O. Sánchez. (2000). *El derecho constitucional a la protección de la salud. Su regulación constitucional y algunos precedentes relevantes del Poder Judicial de la Federación en México*. Conferencia presentada en el Simposio Internacional “Por la calidad de los servicios médicos y la mejoría de la relación médico paciente”. p. 9.

En el mundo perceptible no será posible trabajar por la salvaguarda de la salud mental de los mexicanos, es decir *hacer prevención*, en tanto el Estado no preste atención a “la revelación epidemiológica de las necesidades”³⁵⁷ básicas y se *garanticen los derechos sociales*³⁵⁸ para la protección y desarrollo de la población, que hasta hoy sólo han quedado estipulados simbólicamente en la Carta Magna de la nación, sin el sustento de normas jurídicas que obliguen al Estado *a un hacer por y para el ejercicio efectivo* de esos derechos –garantización positiva- mediante la organización y puesta en funcionamiento de políticas gubernamentales, programas sociales y reformas legales que concreten la atención a las privaciones ciudadanas y por consecuencia se promueva el acceso al desarrollo pleno de los habitantes de este país, lo que es contrario a la formulación oficial de que “el desarrollo de la ciudadanía *culmina* con la implantación de los derechos sociales”.³⁵⁹

“No es posible un desarrollo humano efectivo y sostenido cuando se vive en condiciones de insalubridad y hambre; no es posible potenciar las capacidades de las personas que se encuentran en la pobreza extrema; no es posible pedir que sean autosuficientes a quienes luchan por subsistir”.³⁶⁰

Pero el Estado no habrá de preocuparse por el ejercicio de la prevención más allá de su ventajosa construcción discursiva, otras opciones darán pronta solución a las añejas problemáticas en salud.

En este transitar por la prevención como estrategia táctica inmersa en políticas en salud, existen aspectos colaterales trascendentales que aunque en apariencia resultan ajenos al tema central de este trabajo, en realidad deben ser vistos como piezas de influencia recíproca de un mismo rompecabezas y que en conjunto delinean políticas en el campo de la salud. La prevención en el terreno de la salud mental seguirá jugando un rol de primer orden en el discurso, no así en las acciones, dadas “nuevas” condiciones

³⁵⁷ *Conclusiones: Hacia una psiquiatría comunitaria. Op. cit.*

³⁵⁸ Todos aquellos derechos constitucionales comprometidos a la protección social: salud, educación, vivienda, medio ambiente saludable, sanidad, acceso a la cultura y empleo con salario.

³⁵⁹ *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. Acciones hoy para el México del futuro. Op cit.*, p. 53.

³⁶⁰ *Ibid.*, p.50.

en las que las diferentes expresiones del estado mental de la población serán el medio para combatir sus efectos.

Significativos movimientos políticos, económicos y sociales han marcado a México en el preludio de cada uno de los últimos tres siglos; los anhelos independentistas y revolucionarios de los siglos XIX y XX iniciarían procesos hacia la maduración de la nación mexicana en términos de soberanía –autodeterminación interna y externa-³⁶¹ y constitucionalidad de los derechos sociales y de libertad; sin embargo, en los albores del siglo XXI mantienen rezagos que no sólo han pausado su evolución, sino que ostensiblemente ponen en riesgo los logros previamente alcanzados ante la ominosa injerencia de otros poderes más allá del Estado; tres dimensiones habrán de conjugarse en el panorama nacional:

a) *una sociedad que* anhelante de cambios en un contexto destacado por profundas crisis económicas, políticas y sociales –acentuadas drásticamente en años recientes- decida: dejar de resistirse y oponerse a esas condiciones, o bien, abra un amplio espacio para la “esperanza” constituyéndose en un área de oportunidad para los múltiples proveedores y mercaderes de promesas de bienestar;

b) *un Estado que* advirtiendo menores posibilidades de sustentar su legitimidad política ante esa sociedad y dado el reconocimiento de los graves retos a afrontar en cercano porvenir, concluya: en la urgente garantización y en un hacer de y para los derechos fundamentales de sus ciudadanos,³⁶² o bien, interesadamente acepte con beneplácito la “ayuda” recíproca de otros sólidos poderes;

c) una diversidad de *formas absolutistas*³⁶³ representadas por grupos técnicos, económicos y financieros que siendo menos evidentes en virtud de su sigilosa capacidad de filtración a todas las esferas y motivados por propios intereses, se apresten al auxilio de los anteriores bajo la insignia de “líderes concedores y salvadores”.

³⁶¹ L. Ferrajoli. (2006). *Sobre los derechos fundamentales y sus garantías*. Comisión Nacional de los Derechos Humanos. p.12.

³⁶² *Ibid.*, p.7.

³⁶³ “Hoy en día el desafío del futuro es el generado por un lado por el viejo absolutismo de la soberanía externa de los Estados, y por el otro por el nuevo absolutismo de los grandes poderes económicos y financieros internacionales”. *Ibid.*, p.27.

Un Estado caracterizado: por la ruptura de la ley y el orden, producto de la insolvencia institucional para proteger a sus nacionales; por la escasa o nula capacidad para responder a las necesidades y deberes con sus ciudadanos, proveer servicios públicos básicos y asegurar las condiciones mínimas de bienestar y de funcionamiento de la actividad económica normal y por la ausencia de credibilidad en el ámbito internacional, puede considerarse como un “Estado fallido” en diferentes grados o bien entre un área y otra.³⁶⁴

México en el año 2009 se ubicó como uno de los países *en línea* a convertirse en un Estado de tales características, en razón de un desarrollo nacional inequitativo, intensas presiones demográficas, fuga de “cerebros” y de clase media productiva, un deficiente aparato de seguridad, deslegitimación del Estado y una amplia intervención externa.³⁶⁵

Si bien la visión aristotélica de un Estado Ideal³⁶⁶ puede para algunos ser considerada una utopía, el Estado Real no habría de apartarse de ella como objetivo a perseguir en sus políticas y acciones. Sin embargo innegable es al paso del tiempo un viraje de esa mirada, con lo que la intervención estatal habrá de ser restringida para dar pauta a nuevos modelos de asistencia ¿pública, social o privada?...

La respuesta puede encontrarse ya en los documentos oficiales: el PNS 2001-2006 plantea el reordenamiento y regulación del prepago de seguros privados de salud como complemento de la seguridad social y el seguro popular; el PNS del presente periodo –2007-2012- aprueba la formulación, evaluación e implementación de proyectos de inversión público-privado de infraestructura en salud; por su parte el proyecto México Visión 2030 apuesta a un sistema de salud financiado predominantemente con recursos públicos, pero con amplia participación privada.

³⁶⁴ A. Malamud. (2007). Estado. En L. Aznar, M. De Luca. (Eds.). *Política. Cuestiones y problemas*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Emecé. p. 94.

³⁶⁵ Washington Post. (2009). The Failed States Index 2009. *Foreign Policy: The Magazine of Global Politics, Economics, and Ideas*. Division of Washington Post.

³⁶⁶ “Aristóteles considera que el fin de la sociedad y del Estado es garantizar el bien supremo de los hombres, su vida moral e intelectual; la realización de la vida moral tiene lugar en la sociedad, por lo que el fin de la sociedad, y del Estado por consiguiente, ha de ser garantizarla. De ahí que tanto uno como otro consideren injusto todo Estado que se olvide de este fin supremo y que vele más por sus propios intereses que por los de la sociedad en su conjunto.” *La teoría social y política aristotélica*. (n.d.).

Estas innovadoras asociaciones público-privadas denominadas *Private-Public Partnerships (PPPs)*, congregan a empresas transnacionales, instituciones filantrópicas, instituciones públicas nacionales e internacionales como la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial, organismos no gubernamentales, así como a miembros de la sociedad civil. Su política se halla dirigida a la promoción de la investigación, el desarrollo y el financiamiento de acciones para reducir las desigualdades en salud. Aún cuando pareciera ser una estrategia acertada para el cumplimiento de las acciones estatales en países con escasos recursos técnicos y económicos, también implica un alto riesgo para las naciones en razón de las diferencias del poder ostentado entre instituciones y corporaciones, amén de las conocidas discrepancias entre los intereses públicos y privados.³⁶⁷

A estas formas podría corresponder la ya instaurada Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) institución privada al servicio de la comunidad, que tiene por objeto contribuir a la identificación y caracterización de problemas de salud en el país generando proyectos para su solución, a través del impulso al conocimiento científico-tecnológico y al estudio ¿emisión? de políticas en materia de salud.

Dentro de sus asociados institucionales se encuentran grandes firmas multinacionales de los ramos farmacéutico, hospitalario, alimenticio, automotriz, comunicaciones y construcción,³⁶⁸ además de recibir apoyo de fundaciones como Instituto Carso Salud –Fundación Carlos Slim- y Fondo Nestlé para la Nutrición.³⁶⁹

Estas tendencias neoliberales propician un Estado mínimo al apelar por la participación de la iniciativa privada y la sociedad en asuntos propios del Estado, facilitando el distanciamiento de éste de sus responsabilidades en los espacios sociales, que

³⁶⁷ G. Foladori. (2003). Regresando a la edad media. La salud pública mundial en manos de la caridad. *Theomai*, 99.

³⁶⁸ Entre estas empresas se encuentran: Bayer de México, Hospital Angeles del Pedregal, Nestlé México, PEPSI-CO, Bacardí de México, General Motors, Grupo Televisa, Empresas ICA, Grupo Cemex, Caterpillar Inc. Página electrónica de Fundación Mexicana para la Salud, A.C. *Asociados Institucionales*.

³⁶⁹ Información extraída desde las páginas electrónicas de la Fundación Mexicana para la Salud A.C. y del Observatorio de la Salud de la misma fundación.

libremente podrán ser ocupados por instituciones con fines de lucro cuyas motivaciones naturalmente son distintas a las de la protección social.

Así las cosas, al modificarse la dinámica social y económica de la salud en México, la vida de las personas también sufrirá cambios radicales, ampliándose las brechas de pobreza y vulnerabilidad social y con ello, exponenciándose el desarrollo de enfermedades físicas y el sufrimiento mental.³⁷⁰

Si el Estado no ha logrado garantizar la protección social ante los poderes públicos difícilmente habrá de conseguirlo ante los poderes privados, en virtud de la insuficiente autodeterminación nacional interna y externa; sin embargo, esto le permitiría un intento por continuar siendo legitimado aún cuando el precio a pagar sea muy alto.

“El Estado no sólo debe garantizar los derechos fundamentales frente a lo público sino también frente a lo privado, incluyendo los derechos sociales y el marco del derecho internacional, para así combatir la crisis de constitucionalismo frente a una globalización sin reglas ni controles que acentúa las diferencias entre personas”.³⁷¹

Decisiones éstas provenientes de un Estado maniatado por ¿o coludido con? fuerzas venidas del exterior desde organismos por demás poderosos –léase Banco Mundial- que so pretexto de impulsar el desarrollo de las economías de sus Estados *clientes*, formulan sendas recomendaciones para la orientación de políticas en diferentes sectores y que en el campo de la salud, han estado zanjando amplios espacios para lo llamado “competencia administrada”³⁷² –forma sofisticada para referirse a un intento de mayor penetración del sector privado en asuntos de orden público - insertada como parte de la reforma de la salud que según esto, no tendría otro propósito que el de

³⁷⁰ O. Portadilla. (2005). Política social: del Estado de Bienestar al Estado Neoliberal, las fallas recurrentes en su aplicación. *Espacios Públicos*, 8(16), pp.100-116.

³⁷¹ L. Ferrajoli. (2006) Sobre los derechos fundamentales. Resumen. Traducción de Miguel Carbonell. *Cuestiones Constitucionales*, 15, pp.113-136.

³⁷² World Bank, México. (2001). A Comprehensive .Development Agenda for the New Era. En M. Giugale, O. Lafourcade & V. Nguyen. (Eds.), Reform of the Mexican Healthcare System. Citado por G. Leal. (2002). El Programa Nacional de Salud 2001-2006. Imponiendo una Agenda. *El Cotidiano*, 19(114), p.101.

volver más eficiente el sistema de salud en México frente a nuevos desafíos y consumidores de servicios más exigentes.

El argumento esgrimido por el Banco Mundial, por demás tendencioso, para justificar –como si lo requiriera- la necesidad de un cambio en la *cultura* política en salud, descansó en la presumible obsolescencia de un Estado que para la atención a las demandas en salud, había construido instituciones centralizadas y diseñado programas verticales, consiguiendo ciertamente logros inestimables en su momento, pero que en la actualidad paradójicamente estaba contribuyendo de forma directa a edificar un nuevo perfil epidemiológico nacional, caracterizado por la efervescencia de enfermedades no transmisibles, lesiones y SIDA.

Realidad ésta que en automático clamaría por un nuevo papel del Estado, uno en el que “en lugar de imponer autoridad y control se...dedicara...más a facilitar el suministro privado, asegurando al mismo tiempo el acceso universal a un paquete de salud básico”,³⁷³ es decir, dar paso a un nuevo contrato –una alianza entre el sector privado y el público en el que aquel supliría al Estado en la prestación de servicios, conservado este último sólo la administración del financiamiento- para la atención a la salud.

Resultante de una instrucción general para el país dictada por el Banco Mundial en el sentido de no sólo eliminar las fronteras que impedían el acceso del capital privado al sector público de la salud, sino de estimular su inversión; nació en México durante la administración foxista el Seguro Popular de Salud (2001) –sólidamente analizado y ofertado por FUNSALUD a través de su entonces presidente ejecutivo Dr. Guillermo Soberón, el cual junto con el que posteriormente fuera Secretario de Salud, Dr. Julio Frenk, han sido señalados como principales artífices del contenido y orientación del PNS 2001-2006-, como una forma de garantizar masivamente “la sólida mezcla público-privada de la atención médica”³⁷⁴ con la que se buscaba abatir el perjudicial monopolio

³⁷³ *Ibid.*, p.103.

³⁷⁴ S. González y C. Eibenschutz. (2008). El Seguro Popular de Salud en México: Pieza Clave de la Inequidad en Salud. *Revista de Salud Pública*, 10(s.1), p.136.

del sector público en el ramo, pero que lecturas más críticas habrían de revelar su tendencia hacia la *mercantilización de la atención en salud*.

Más allá de la “*sana competencia*” con la que el Estado vendió el proyecto a la población y enmarcada dentro del gran propósito nacional de *democratizar la salud*, los análisis sobre las motivaciones que le dieron lugar y los pobres resultados de su instrumentación –lejos de alcanzar cobertura universal para el año 2010- apuntaron que el Seguro Popular de Salud era un ejemplo representativo de una política nacional en salud que “se ha encaminado a la creación de un *mercado* para el sector privado, a través de dos estrategias: a) hacer que los servicios públicos sean percibidos como insuficientes y de mala calidad (lo cual incrementa la demanda de los servicios privados); y b) contar con formas de *financiamiento* para el sector privado”.³⁷⁵

Paralelamente, dentro de los servicios de salud mental incluidos en el paquete de servicios esenciales de dicho seguro público-privado, han sido considerados exclusivamente los trastornos por déficit de atención, depresión y esquizofrenia, limitándose su atención a intervenciones farmacológicas; las relativas a “prevención”, rehabilitación y reinserción social serán asumidas por grupos de autoayuda y organizaciones no gubernamentales.

Una cuestión medular que habría de merecer mayor análisis es la relativa a la abierta transgresión de esta modalidad de prestación de servicios a lo dispuesto por la Ley General de Salud³⁷⁶ vigente, instrumento jurídico que reglamenta el *derecho a la protección de la salud* estipulado en el artículo cuarto constitucional.

Según el contenido del artículo 35 de esa ley los servicios públicos dispuestos para atender a la población en general, deben regirse por criterios de *universalidad* y *gratuidad* al momento de usar los servicios, criterios éstos que deben fundarse en las condiciones socioeconómicas de los usuarios. Con esta especificación quedaba

³⁷⁵ *Ibid.*, p.143-144.

³⁷⁶ *Ley General de Salud. Op. cit.*

asentada la obligatoriedad del Estado de proporcionar cuidados médicos gratuitos a la población solicitante, garantizándole a ésta la recepción inmediata de la atención demandada. Aunado a lo anterior, en esa misma ley (artículo 36) se faculta a los ejecutivos federal y estatales para determinar las cuotas de recuperación a aplicar por la prestación de los servicios de salud, tomando en cuenta su *costo* y las *condiciones socioeconómicas del usuario*.

Bajo principios de solidaridad social y considerando los ingresos de los usuarios, claramente se establece la *exención de pago* por concepto de cuotas de recuperación a aquellos *carentes de recursos* para sufragarlos o que habiten en zonas de menos desarrollo económico y social.

A la luz de estas disposiciones, no queda más que advertir el dramático vuelco dado al esquema de financiamiento para la atención a la salud de la población abierta al pasar de un financiamiento público con *eventuales* cuotas de recuperación, a un modelo de prepago de servicios de salud con subsidios públicos. En el espíritu de la Ley General de Salud el *posible* cobro por los servicios precede a su otorgamiento; en la lógica de los seguros, el prepago es prerrequisito para acceder ellos. Las implicaciones de esto resultan por demás obvias: sólo aquellas personas con capacidad para efectuar el prepago tendrán *garantía* de recibir la atención necesitada...así se hace efectivo hoy nuestro derecho a la protección de la salud.

Cambios sustanciales habrán de presentarse en los próximos cinco años al introducirse nuevas dimensiones en el ámbito de la salud institucional, con lo que los marcos conceptuales de salud y enfermedad, así como los métodos para su evaluación en los servicios públicos, adquirirán significaciones más amplias y de mayor impacto.

La emisión en noviembre de 2010 de un nuevo *Global Burden of Disease (GBD)* será el instrumento directriz a partir del cual se desarrollen las políticas y acciones futuras de salud en los Estados miembro.

Si bien hasta ahora la salud ha sido universalmente concebida como el completo estado de bienestar físico, mental y social, bajo esa nueva visión el *estado de salud* de una persona se definirá en *términos de funcionamiento* dentro de un conjunto de dominios de salud en un determinado momento en el tiempo, sin referirse al bienestar general. El funcionamiento habrá de entenderse como *capacidad* –desempeño individual en un entorno estándar- y *rendimiento* –desempeño de una persona en el entorno común-.

Los problemas de salud por su parte se precisarán como una *disminución en el funcionamiento*; en el extremo de la enfermedad, ésta en reciprocidad al nuevo concepto de salud, habrá de identificarse como *discapacidad*.

Cualquier entidad que aumente la probabilidad de enfermedad, incidencia de lesiones, mortalidad o discapacidad, podrá considerarse como un *factor de riesgo*: desde condiciones biológicas individuales hasta fenómenos sociales como la pobreza, amén de enfermedades que pueden actuar como detonantes de otros padecimientos, tal es el caso de algunos de los trastornos mentales y específicamente la depresión.

Como se había indicado en el primer capítulo, el GBD 2010 en su lista de causas de enfermedades y lesiones, diferenciará los trastornos neurológicos de los mentales, incluyendo en este último grupo los siguientes desórdenes:

- Depresivo unipolar.
- Afectivo bipolar.
- Esquizofrenia.
- Uso de alcohol.
- Uso de drogas (diferenciándose por tipo de sustancia).
- Ansiedad.
- Alimenticios.
- Trastornos penetrantes del desarrollo (autismo, síndrome de Asperger, desórdenes de conducta incluso infantil, déficit de atención, otros desórdenes del desarrollo).
- Retardo mental no incluido como secuela en otros rubros.
- Otros desórdenes mentales y de conducta.

Son dos los métodos de evaluación en salud propuestos por este nuevo GBD. El primero identificará la presencia o ausencia de enfermedades y lesiones correspondiendo a la *Clasificación Internacional de Enfermedades –CIE 11-* a implementarse en el 2014 y de la cual se prevé habrá tres versiones distintas de los nuevos códigos: una para uso en atención primaria, otra más detallada para entornos de especialidad y la última más avanzada para la investigación.

El segundo instrumento –complemento del anterior-, es la *Clasificación Internacional de Funcionalidad –CIF-* que se basa en la valoración del estado de salud funcional, siendo utilizada en el marco de la OMS desde el 2001. Su empleo permitirá la identificación de *tasas de prevalencia de la discapacidad* a partir de las cuales se diseñen programas de gestión y políticas públicas en esos términos; y en la clínica para la fijación de metas, planificación del tratamiento, así como seguimiento de las discapacidades individuales.

Desde esa visión traducida en una evaluación conjunta a efectuarse por los servicios públicos en salud, los solicitantes de éstos quedarán atrapados en la falsa coexistencia de las siguientes premisas: “estar enfermo y necesitar tratamiento” y; 1. “estar capacitado funcionalmente, por tanto saludable para producir” ó 2. “estar incapacitado funcionalmente, por tanto requerir rehabilitación para la reincorporación social y productiva”. Bajo cualquiera de estas combinaciones queda garantizado “ser enfermo pero productivo y consumidor de servicios”.

Los discursivos trastornos mentales y últimamente llamados psicosociales jugarán un papel determinante en esa dinámica, a los que se habrá de recurrir dados los argumentos de sus supuestas altas “prevalencia, discapacidad y comorbilidad”.

“Así, la definición de la locura a partir de la productividad y de la peligrosidad del loco apunta a razones con más raíces sociales que médicas”.³⁷⁷

³⁷⁷ *Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna. Op.cit., p.29.*

Dichos planteamientos resultan congruentes con la visión económica propia del GBD, con los objetivos mundiales a favor de la reducción de la carga institucional de las enfermedades y la disminución de la discapacidad que en un sentido afecta a los grandes capitales y en otro les beneficia al ampliarse el mercado de la salud. Este camino en México ya está andado...^{378,379}

Así las cosas, la *prevención* con certeza mantendrá su posición de privilegio en el discurso y políticas del Estado, lo que no sucederá en la praxis en virtud de no ser un negocio redituable para los inversionistas privados quienes, no obstante, seguramente también harán uso de ella. Al primero le permite legitimar sus funciones sociales y a los segundos, mostrar que con su alto grado de eficiencia, eficacia y oportunidad para resolver los grandes problemas de salud en el país, contribuyen decisivamente a la misión preventiva.

En este re-trazado, los trastornos mentales no sólo serán fuente de discapacidad, el acoso trascenderá a otros planos:

- Al ser poderosos *factores de riesgo* para todas las enfermedades y problemas sociales, particularmente la depresión, se vaticina un sobrediagnóstico.
- Al interior de los *sistemas de salud públicos y privados* jugarán un papel importante. En los primeros, cualquier signo o síntoma asociado a problemas mentales aún sin cubrir los criterios clínicos de trastorno mental, alertará sobre la necesidad de atención inmediata para asegurar que no evolucione a una condición discapacitante. Sin dudar, el desánimo del pueblo –tristeza o preocupación- será interpretado como patología –particularmente depresión o ansiedad-. En los servicios privados los padecimientos psiquiátricos podrían ser catalogados como condiciones preexistentes.
- Una vez instrumentada la CIF al interior de los servicios médicos, invariablemente el estado mental del individuo será evaluado independientemente del motivo que origine la solicitud; lo que en manos poco expertas en la materia –médicos de nivel

³⁷⁸ Secretaría de Salud. (2007). *Programa de Acción Específico 2007-2012. Atención integral a la salud de las personas con discapacidad*. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos.

³⁷⁹ Secretaría de Salud. (2008). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. CIF*. Sitio web del Centro Colaborador para la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS en México.

primario- podría derivar también en un sobrediagnóstico de enfermedad mental y consiguientemente de tratamiento.

Todas estas tendencias, orientaciones y motivaciones conforman una obra no muy distinta de sus representaciones a lo largo de la historia de la salud y enfermedad mental; la de hoy, como una adaptación a contextos contemporáneos propios del siglo XXI en la que sólo cambian los escenarios y roles protagónicos: la era de la “globalización” de los pensares y haceres de reducidos y selectos grupos.

Nuevamente, dos tradicionales ausentes en la obra: los sujetos como supuesto origen y destino de las políticas y; la psicología como ciencia de la *salud mental*.

Porque habría que preguntarle a ese *sujeto* que hasta ahora ciertamente no ha hablado, que puede reconocerse a sí mismo como *sufriente* pero no siempre como un enfermo, que vive permanentemente etiquetado, medicado, limitado e impuesto a producir; a ese hoy objeto y mañana también cliente consumidor...

“Mientras que la población tiene una definición basada en problemas (laborales, con los hijos o la pareja, enfermedades o muertes en la familia, económicos, etc.) que representan fuentes importantes de estrés, los servicios ofrecen atención basada en diagnósticos psiquiátricos...”³⁸⁰

“Todos los médicos consideraron que una de las causas de la depresión provenía de problemas de tipo familiar, laboral y/o económico...”³⁸¹

¿Entonces quién habla por él?... y si se expresara ¿repetiría los introyectados discursos de sus *loci* externos? pues ha confiado en la religión, el Estado, la ciencia, la química de la felicidad e incluso el esoterismo y muy pronto, en los mercaderes de bienestar;

³⁸⁰ A. Lara. (2002). Una propuesta de intervención para mujeres en riesgo de depresión en el primer nivel de atención. En M. E. Medina y cols. (2003). *Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México*. *Salud Mental*, 26(4), p.3.

³⁸¹ B. Vargas, G. Heinze, J. García, M. Fernández, M. E. Dickinsson. (2004). La capacitación del médico general del primer nivel de atención en el manejo de la depresión. *Revista de la Facultad de Medicina*, 47(5). Universidad Nacional Autónoma de México.

porque ante tan excelsas “promesas”, tantas necesidades y casi nulas posibilidades ¿cómo podrá resistirse?

Es en esa definición de sí mismo a partir del otro y que al hacerlo le otorga “nombre” a lo que le preocupa y siente, donde ese hombre abrumado por las vicisitudes de la vida, ha encontrado gran alivio al ser convencido de que el mal que lo aqueja se esconde en aquello etéreo llamado “*mente*” accesible sólo vía la ciencia, lo que lo ha orillado a depositar en ella su destino, creyéndola capaz de acabar de tajo con su desafortunada existencia, y a la que habrán de sumarse otros “salvadores” que harán uso de ella.

Discurso éste de suprema efectividad que le ha arrebatado a ese antes sólo *individuo* –mañana portador de más variadas etiquetas- de toda tentativa de mirar fuera de sí para encontrar más razones que explicaran su profundo malestar emocional, y si acaso lo intentara sería prueba suficiente de la *progresión* de una enfermedad –tal vez ya asociada con otras- que harían de él un “*cliente cautivo*” de una red sofisticada de clasificadores de enfermedad y que para librarse de ella, tendría que aceptar como suyo el origen de su *anormalidad*.

Por su parte, la ausencia de la psicología como disciplina científica de la salud fue más que evidente en este largo transitar; sólo en fugaces momentos cobró presencia como un “área paramédica” de la psiquiatría, pero desde este punto, pese a lo extenso del panorama, la visión no alcanza más allá de múltiples cuestionamientos...

¿En dónde se mueve la psicología? ¿Cómo, qué y a quién observa? ¿Cómo transforma con su mirada lo observado? ¿Cuál es su discurso, postura, labor...? ¿Cuál es la razón de su existencia?

Si el único listón que enlaza a la salud mental con la psiquiatría es la enfermedad mental ¿qué une a aquélla con la psicología?; si los objetos de estudio de la psiquiatría han ido evolucionando –melancolía, locura, trastorno, discapacidad- ¿cuáles son y

cómo se han transformado los de la psicología?; si el fin último de la psiquiatría es la cura de los trastornados ¿cuál es el de nuestra disciplina?

En esta dinámica pareciera ser que hasta hoy la psicología ha privilegiado el uso de alocuciones y orientaciones prestadas sin hacer mucha introspección, o tal vez se halle haciendo tan profunda introspección que aún no se ha manifestado.

En el espacio de las proposiciones sólo queda expresarse en la siguiente dirección:

Quizá la psicología habría de retomar al pensamiento y su expresión como objetos de conocimiento y de intervención, reconociendo como medio para llegar a ellos, a ese individuo que vive en complejas dimensiones en las que se gesta su sufrimiento mental, que desde aquí no podría ser entendido como una enfermedad.

El intento de una mirada más amplia, implicaría sortear numerosas interrogantes sobre la postura de la psicología ante las “nuevas” fórmulas paradigmáticas instauradas en lo llamado *salud mental*, particularmente:

- *Trastornos*: mentales, psicosociales, funcionales.
- *Modelos*: médico, biopsicosocial, económico.
- *Intervenciones* de: la asistencia social, atención institucional, servicios público-privados.
- *Intervenciones para*: la resiliencia (resistencia), tratamiento (cura psicosocial), rehabilitación (ajuste social).

Si bien todas estas tendencias han sido y posiblemente continuarán siendo irrefrenables en México, habría de ser éste el momento de iniciar un profundo diálogo al interior de la psicología, guiado por una visión holística y sustentado por las aportaciones de sus creadas especialidades, para pasar a otro alterno con diversas disciplinas humanas y sociales, intentado definir una postura más firme, auténtica y prosocial ante la dinámica a que está siendo sometido el fenómeno preconcebido como salud mental. Diálogo que

se esperaría trascendiera de los lugares teóricos y cuya pretensión podría alcanzar para:

- Ampliar la visión a la sociedad y favorecer el cuestionamiento de los denominados trastornos mentales, característicamente de origen social y base psicológica y en tiempo, reducidos a términos de disfuncionalidad.
- Conceder a los ciudadanos la oportunidad de evitar creerse enfermos y recíprocamente incompetentes para afrontar una realidad fuera de los límites y poderes individuales.
- Suscitar su insubordinación a seguir siendo fragmentados y reducidos a objetos dicotómicos en la visión del Estado como: saludables/enfermos, adaptados/desadaptados, funcionales/incapaces, productivos/improductivos.
- Limitar y en el mejor de los casos evitar con el discernimiento de la población, el empoderamiento de grupos políticos, técnicos y económicos a través del mercadeo del valor dado a los constructos salud y enfermedad mental.
- Consecuentemente, impedir al Estado liberarse del cumplimiento de responsabilidades que subyacen a su razón de ser y cuya causa final, invariable y permanentemente debe dirigirse a la búsqueda del bien común de la nación a la que sirve, más allá de su conveniente y continuo deseo de legitimación social.

Aproximándonos a la propuesta de Foladori podríamos destacar que:

“Cuando las movilizaciones populares han presionado a los gobiernos para que se considere una orientación menos mercantil para combatir los principales retos en salud, el resultado ha sido más rápido...”³⁸²

Si bien esto para algunos podría constituirse en una contracorriente, acaso valdrá la pena correr el riesgo; pero ciertamente las ciencias humanas y sociales y en específico la psicología, no pueden anteponer hoy su necesidad de reconocimiento como “ciencias” a lo que es inminente: la cosificación y fragmentación de las personas y el sacrificio de las poblaciones a favor del Estado y poderes fácticos.³⁸³

³⁸² *Regresando a la edad media. La salud pública mundial en manos de la caridad. Op.cit., p.6.*

³⁸³ “Los hombres son tan simples y de tal manera obedecen a las necesidades del momento, que aquel que engaña encontrará siempre quien se deje engañar... Todos ven lo que parece ser, más pocos saben lo que eres; y estos pocos no se atreven a oponerse a la opinión de la mayoría, que se escuda detrás de

Introducirse en el tema de *políticas públicas en salud mental* ciertamente representa un complejo ejercicio que requiere de ineludibles aproximaciones contextuales, a partir de las cuales sea posible reconocer los espacios en que se gestan, aquellos hacia los que se dirigen y a otros inherentemente implicados.

Pese a este trance, la psicología, las instituciones formadoras en esta especialidad y el psicólogo como profesional inmerso hoy en el área de la salud mental, habrían de servirse de su conocimiento, extender su visión y más allá, su espacio de intervención –¡por supuesto *no terapéutica!*-, aún cuando ello significara en gran medida distanciarse del apego tradicional a disciplinas y sustantivos al servicio del Estado e intereses de otros grupos de poder.

Reposicionar a nuestra disciplina implicará dar un paso crucial: que las instituciones académicas decidan asumir una postura proactiva, alzando la voz y reclamando su legítimo derecho a participar en la definición de políticas públicas en el campo de la salud mental, propugnando por imprimir una nueva orientación en la cual se cuestione el constructo de enfermedad mental como concepto dominante para explicar las diferencias *inaceptables* entre los hombres y los naturales *conflictos humanos*.

La no participación –forma sutil de complicidad- no las exenta de estar involucradas, de hecho se encuentran ya jugando tras bambalinas –con plena conciencia o sin ella- roles fundamentales en todas las acciones implementadas en el combate a la enfermedad mental y avalando las alianzas nacionales-internacionales y público-privadas que no hacen más que perpetuar la relación perseguidor-perseguido, en donde la víctima siempre será el más débil.

En esa búsqueda por recuperar un territorio invadido, habremos de ser de sumo cautelosos para no quedar atrapados en la retórica arreglada por los *defensores* del movimiento a favor de la *salud mental* que se han pronunciado decididamente en pro de

la majestad del estado.” N. Maquiavelo. (1513). *El Príncipe*. Capítulo XVIII De qué modo los príncipes deben cumplir sus promesas.

la *resiliencia* –como resistencia psicosocial- para abanderar su causa, ligándola por antonomasia a la *prevención primaria*.

Desde antaño –hace más de 30 años- Thomas S. Szasz había advertido la intención de la psiquiatría institucional de “*adaptar la rueda humana al engranaje social*”,³⁸⁴ misión que le supondría la ayuda de otras fuerzas...decisión ésta de la que no podremos evadirnos; la psicología habrá de determinar con sabiduría los términos de su participación en el escenario de una obra no finalizada...

“Los trayectos de transformación tienden a hacer surgir y valorar la diversidad; es necesario, pues, reconocer a las personas y sus historias y no la historia de la enfermedad y de las instituciones que las han contenido; hay que realzar las necesidades de las personas y no las necesidades de reproducción de la institución; las capacidades, los afectos y sentimientos de cada sujeto y no la discapacidad y los límites ligados a la enfermedad”.³⁸⁵

³⁸⁴ T. S. Szasz. (1974). *La Fabricación de la Locura. Estudio comparativo de la Inquisición y el movimiento en defensa de la salud mental*. Barcelona, España: Editorial Kairós. p.286.

³⁸⁵ *Trieste veinte años después: de la crítica de las instituciones psiquiátricas a las instituciones de la salud mental*. *Op.cit.*, p.7.

REFERENCIAS

BIBLIOGRAFIA

- Limón, G. (2005). *El giro interpretativo en Psicoterapia*. México, D.F: Editorial Pax.
- Ferrajoli, L. (2006). *Sobre los derechos fundamentales y sus garantías*. D.F., México; Comisión Nacional de los Derechos Humanos.
- Leal, G. y Martínez, C. (1996). Avisa: ¿midiendo o conjeturando? *Reporte de Investigación de Ciencias Biológicas y de la Salud*, 72, 1-11. Universidad Autónoma Metropolitana. México
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E. & Zambrano, J. (2003). *Mexican National Comorbidity Survey (NCS-Mexico): an Overview of Design and Field Procedures*. Documento interno del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C. y Benjet, C. (2005). *Manual de trastornos mentales (2005). La salud mental en México y los retos para su atención. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica*. Documento interno del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.
- Szasz, Thomas S. (1974). *La Fabricación de la Locura. Estudio comparativo de la Inquisición y el movimiento en defensa de la salud mental*. Barcelona, España: Editorial Kairós.

CIBERGRAFIA

- American Psychological Association. (2010). *Basics of APA Style Tutorial*. Presentación flash de Publication Manual of the American Psychological Association, Sixth Edition. Extraído desde <http://flash1r.apa.org/apastyle/basics/index.htm>
- Arellanez, J., Díaz, D., Wagner, F. y Pérez, V. (2004). Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: análisis bivariados de un estudio de casos y controles. *Salud Mental*, 27(3), 54-64. Extraído desde <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/582/58232708.pdf>
- Arredondo, A., Najera, P. y Leyva, R. (1999). Atención médica ambulatoria en México: el costo para los usuarios. *Salud Pública de México*, 41(1), 18-26. Extraído desde <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10641104>
- Arredondo, A., Ramos, R. y Zúñiga, A. (2003). Evaluación económica de la demanda de atención médica para la Salud mental en México: esquizofrenia y depresión, 1996-2000. *Revista de Investigación Clínica*, 55(1), 43-50. Extraído desde <http://yaqui.mx.l.uabc.mx/~larredondo/Documentacion/SaludMental.pdf>

- Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial. (1990). *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1990. La pobreza*. Resumen. Extraído desde http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/12/27/000011823_20051227151321/Rendered/PDF/88520spanish.pdf
- Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial. (1991). *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1991. La tarea acuciante del desarrollo*. Resumen. Extraído desde http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2005/11/03/000011823_20051103163241/Rendered/PDF/340570spanish.pdf
- Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial. (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud*. Extraído desde http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2010/08/31/000333037_20100831011011/Rendered/PDF/121830WDR0SPANISH0Box35456B01PUBLIC1.pdf
- Benassini, O. (2001). La atención psiquiátrica en México hacia el siglo XXI. *Salud Mental*, 24(6), 62-73. Extraído desde <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/582/58262408.pdf>
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Fleiz, C. y Zambrano, J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, 46(5), 417-424. Extraído desde <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v46n5/a06v46n5.pdf>
- Berenzon, S., Medina-Mora, M. E. y Lara, M. A. (2003). Servicios de salud mental: veinticinco años de investigación. *Salud Mental*, 26(5), 61-72. Extraído desde <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/582/58252607.pdf>
- Berenzon, S., Tiburcio, M. y Medina-Mora, M. E. (2005). Variables demográficas asociadas con la depresión: diferencias entre hombres y mujeres que habitan en zonas urbanas de bajos ingresos. *Salud Mental*, 28(6), 33-40. Extraído desde <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/582/58262805.pdf>
- Berto, P., D'Ilario, D., Ruffo, P., Di Virgilio, R. & Rizzo, F. (2000). Depression cost-of-illness studies in the international literature, a review. *The Journal of Mental Health Policy and Economic*, 3(1), 3-10. Extraído desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11967432>
- Borges, G., Medina-Mora, M. E., Wang, P., Lara, C., Berglund, P. & Walters, E. (2006). Treatment and adequacy of treatment of mental disorders among respondents to the Mexico National Comorbidity Survey. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 1371-1378. Extraído desde <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/163/8/1371>
- Borges, G., Wilcox, H., Medina-Mora M. E., Zambrano, J., Blanco, J. & Walters, E. (2005). Suicidal behavior in the Mexican National Comorbidity Survey (M-NCS): lifetime and 12-month prevalence, psychiatric factors and service utilization. *Salud Mental*, 28(2), 40-47. Extraído desde <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/582/58222804.pdf>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Texto Vigente: Última reforma publicada en el DOF el 01 Junio del 2009. Extraído desde <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>

- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. *Ley Federal sobre Metrología y Normalización*. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Texto Vigente: Última reforma publicada en el DOF el 30 de Abril del 2009. Extraído desde <http://www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/130.pdf>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. *Ley General de Salud*. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Texto Vigente: Última reforma publicada en el DOF el 31 de mayo del 2009. Extraído desde <http://www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>
- Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. *Ley Orgánica de la Administración Pública Federal*. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Texto Vigente: Última reforma publicada en el DOF el 28 de Noviembre del 2008. Extraído desde <http://www.cddhcu.gob.mx/LeyesBiblio/doc/153.doc>
- Caraveo, J., Medina-Mora, M. E., Rascón, M. L., Villatoro, J., López, E. K., Juárez, F., Gómez, M. y Martínez, N. (1994). Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*. Extraído desde http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/publica_articulos/1994_caracteristicas_psicopatologicas_poblacion.pdf
- Caraveo, J., Medina-Mora, M. E., Villatoro, J. y Rascón, M. L. (1994). La depresión en el adulto como factor de riesgo en la salud mental de los niños. *Salud Mental*, 17(2). Extraído desde http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/publica_articulos/1994_depresion_adulto_factor.pdf
- Caraveo, J., Medina-Mora, M. E., Villatoro, J., López, E. K. y Martínez, A. (1995). Detección de problemas de salud mental en la Infancia. *Salud Pública de México*, 37(5), 446-451. Extraído desde <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10637511>
- Caraveo, J., Villatoro, J. y Martínez, N. A. (1995). El consumo de alcohol y los síntomas depresivos en el adulto y su asociación con síntomas específicos en los niños. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*. Extraído desde http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/publica_articulos/1995_consumo_alcohol_sintomas.pdf
- Caraveo, J., Colmenares, E. y Saldívar, G. (1999). Estudio clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos. *Salud Mental*, 22(2), 7-17. Extraído desde <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/1999/sm2202/sm220207DBY.pdf?PHPSESSID=3267045896c21f243408290080788c99>
- Caraveo, J., Colmenares, E. y Saldívar, G. (1999). Morbilidad Psiquiátrica en la ciudad de México: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida. *Salud Mental, Número especial*, 62-67. Extraído desde <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/1999/sm2207/sm220762.pdf?PHPSESSID=118962c050ad203625c948b98271367f>
- Caraveo, J. y Colmenares, E. (2000). Prevalencia de los trastornos de ansiedad fóbica en la población adulta de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23(5), 10-19. Extraído desde <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/582/58252302.pdf>
- Cerón, P., Sánchez, C., Robledo, C., Del Río, A., Pedrosa, L., Reyes, H., Cerón, B., Ordaz, G. y Olaiz, G. (2006). Aplicación de la perspectiva de género en artículos publicados en cuatro revistas nacionales de salud, México, 2000-2003. *Salud Pública de México*, 48(4), 332-340. Extraído desde www.scielosp.org/pdf/spm/v48n4/a08v48n4.pdf

- Cohen-DeGovia, G. (1996). *Fin de siglo, crisis y salud mental en nuestra América. Su manifestación y explicación crítico-histórica en los subniveles de integración humana*. Conferencia Magistral, III Congreso Regional de Salud Mental. Puebla, México. Extraído desde <http://www.margen.org/desdeelmargen/siglo.html>
- Consejo Nacional de Población. *República Mexicana: Población económicamente activa a mitad de año por sexo y edad, 2005-2030*. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Extraído desde <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/PEA/00.xls>
- Consejo Nacional de Salud Mental. *Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica*. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. 15 de Noviembre de 1995. Extraído desde <http://www.consame.salud.gob.mx/descargas/pdf/normaoficial.pdf>
- Consejo Nacional de Salud Mental. (2007). *Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental*. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Extraído desde http://www.consame.salud.gob.mx/contenidos/modelo_hidalgo/modelo_hidalgo.html
- Consortio Internacional de la OMS en Epidemiología Psiquiátrica. (2000). Comparación transnacional de los trastornos mentales y los factores con ellos correlacionados. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(4), 413–426. Extraído desde http://whqlibdoc.who.int/boletin/2000/RA_2000_3_92-105_spa.pdf
- De la Peña, F., Ulloa, R. y Paez, F. (1999). Comorbilidad del trastorno depresivo mayor en los adolescentes. Prevalencia, severidad del padecimiento y funcionamiento psicosocial. *Salud Mental, Número especial*, 88-92. Extraído desde http://www.tdahlatinoamerica.org/documentos/01_CARPETA_5_de_la_Pena_Comorbilidad_TDM_en_adolescentes.pdf
- Dell'Acqua, G. (2000). *Trieste veinte años después: de la crítica de las instituciones psiquiátricas a las instituciones de la salud mental*. Departamento di Salute Mentale Trieste Italia. Extraído desde http://www.triestesalutementale.it/spagnolo/trieste_20anos_despues.doc
- Departamento di Salute Mentale Trieste Italia. *Trieste: storia di un cambiamento*. Extraído desde <http://www.triestesalutementale.it/storia/index.htm>
- Fernández, A. (2000). *La Reforma inacabada*. Introducción a la mesa. I Congreso Virtual de Psiquiatría. Extraído desde http://www.dinarte.es/salud-mental/experiencia/48_a.htm
- Ferrajoli, L. (2006). Sobre los derechos fundamentales. Resumen. Traducción de Miguel Carbonell. *Cuestiones Constitucionales*, 15, 113-136. Extraído desde <http://www.journals.unam.mx/index.php/cuc/article/view/2172/1734>
- Florenzano, R., Fullerton, C., Goldberg, D., Rezaki, M., Mavreas, V. y Maier, W. (2006). *La relación entre enfermedades físicas y trastornos mentales en diferentes países. Estudio de la Organización Mundial de la Salud*. Estudio. Extraído desde www.psiquiatria.com/imgdb/archivo_doc7161.pdf
- Foladori, G. (2003). Regresando a la edad media. La salud pública mundial en manos de la caridad. *Theomai*, 99. Extraído desde <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/124/12499402.pdf>

- Fox, V. (2001). *Discurso Presidencial de la Ceremonia de Arranque Público de la "Iniciativa México Visión 2025*. Museo Nacional de Antropología. 3 de julio de 2001. México, D.F. Presidencia de la República. Versión estenográfica. Extraído desde <http://fox.presidencia.gob.mx/actividades/?contenido=1362>.
- Fundación Mexicana para la Salud, A.C. *Asociados Institucionales*. Extraído desde <http://www.funsalud.org.mx/organizacion/ainstitucionales.htm>
- González, C., Andrade, P. y Jiménez, A. (1997). Recursos psicológicos relacionados con el estrés cotidiano en una muestra de adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 20(1), 27-35. Extraído desde <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/1997/sm2001/sm200127vvc.pdf>
- González, S. y Eibenschutz, C. (2008). El Seguro Popular de Salud en México: Pieza Clave de la Inequidad en Salud. *Revista de Salud Pública*, 10(s.1), 133-145. Extraído desde <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10s1/v10s1a12.pdf>
- Granados, J. y Hernández, L. (2003). Patrones de daños a la Salud Mental: psicopatología y diferencias de género. *Salud Mental*, 26(1), 42-50. Extraído desde <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm2601/sm260142oiu.pdf>
- Greenberg, P., Sisitsky, T., Kessler, R., Finkelstein, S., Berndt, E., Davidson, J., Ballenger, J., & Fyer, A. (1999). The economic burden of anxiety disorders in the 1990s. *Journal Clinic Psychiatry*, 60(7), 427-435. Extraído desde [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10453795?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.Pentrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=1&log\\$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10453795?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.Pentrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=1&log$=relatedarticles&logdbfrom=pubmed)
- Guiófontes, S. (1996). Salud y prevención desde el punto de vista psicológico. En Zas, B. *La prevención en salud. Algunos referentes conceptuales*. Extraído desde <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/prevencion/index.shtml>
- Harvard Initiative for Global Health, Institute for Health Metrics and Evaluation at the University of Washington, Johns Hopkins University, University of Queensland & World Health Organization. (2008). *The Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study. Operations Manual. Final Draft*. Extraído desde [http://www.med.unsw.edu.au/gbdweb.nsf/resources/OperationsManual/\\$file/final+GBD+operations+manual.pdf](http://www.med.unsw.edu.au/gbdweb.nsf/resources/OperationsManual/$file/final+GBD+operations+manual.pdf)
- Hernández, M. (2004). La psiquiatría comunitaria. En Asociación Mundial de Psiquiatría (Eds.), *Imágenes de la Psiquiatría Española* (pp. 585-602). Barcelona, España: Ed. Glosa. Extraído desde <http://www.fundacion-salto.org/pdf/colaboraciones/comunitaria.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía México. (2006). *Porcentaje de población derechohabiente y su distribución según institución para cada entidad federativa, 2000 y 2005*. Extraído desde <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/soc/sis/sisept/default.aspx?t=msoc02&c=1880&e=>
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. *Programa "Dejando huellitas en tu vida"*. Extraído desde http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/huellitas/resultados_huellitas.pdf

- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. (2009). *Evaluación inicial de un programa de desarrollo de habilidades sociales en niños/as de primaria. Programa "Dejando huellitas en tu vida"*. Extraído desde http://www.uade.inpsiquiatria.edu.mx/pagina_contenidos/huellitas/resultados_huellitas.pdf
- Instituto Psiquiátrico Servicio de Salud Mental José Germain. *El Instituto*. Extraído desde http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1152602288093&language=es&pagename=HospitalJoseGermain%2Fpage%2FHGER_pintarContenidoFinal
- Jané-Llopis, E. (2004). La eficacia de la Promoción de la Salud Mental y la Prevención de los Trastornos Mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 24(89), 67-77. Extraído desde <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/2004/revista-89/la-eficacia-de-la-promocion-de-la-salud-mental.pdf>
- Kohn, R., Levav, I., Caldas, J. M., Vicente, B., Andrade, L., Caraveo, J., Saxena, S. y Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(4/5), 229-240. Extraído desde <http://journal.paho.org/uploads/1137001760.pdf>
- La teoría social y política aristotélica*. (n.d.). Extraído desde http://www.webdianoia.com/aristoteles/aristoteles_polis.htm
- Lara, M. A. (1999). Estereotipos sexuales, trabajo extradoméstico y depresión en la mujer. *Salud Mental, Número especial*. Extraído desde: <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/1999/sm2207/sm2207121.pdf>
- Lara, M. A. (2002). Una propuesta de intervención para mujeres en riesgo de depresión en el primer nivel de atención. En Medina, M. E. y cols. (2003). *Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México*. *Salud Mental*, 26(4), 1-16. Extraído desde <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm2604/sm260401Jmr.pdf>
- Lara, M. C., Medina-Mora, M. E., Borges, G. & Zambrano, J. (2007). Social cost of mental disorders: disability and work days lost. Results from the Mexican Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental*, 30(5), 4-11. Extraído desde <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm3005/sm300504.pdf>
- Leal, G. (2002). El Programa Nacional de Salud 2001-2006. Imponiendo una Agenda. *El Cotidiano*, 19(114), 100-111. Extraído desde <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/325/32511410.pdf>
- López, A. & Murray, C. (1998). The Global Burden of Disease, 1990–2020. *Nature Medicine*, 4(11), 1241-1243. Extraído desde <http://www.ufrgs.br/toc/pdfs/29.pdf>
- Lozano, R., Frenk, J. y González, M. A. (1996). El peso de la enfermedad en adultos mayores, México 1994. *Salud Pública de México*, 38(6), 419-429. Extraído desde <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/106/10638604.pdf>
- Lozano, R., Murray, C., Frenk, J. & Bobadilla J.L. (2006). Burden of disease assessment and health system reform: Results of a study in Mexico. Abstract. *Journal of International Development*. Extraído desde <http://www3.interscience.wiley.com/journal/113467996/abstract>.

- Lozano, R., Franco, M. y Solís, P. (2007). El peso de la enfermedad crónica en México. *Salud Pública de México*, 49, Número especial, pp.283, 285. Extraído desde <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10649115>
- Malamud, A. (2007). Estado. En Aznar, L., De Luca, M. (Eds.). *Política. Cuestiones y problemas*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Emecé. Extraído desde [http://www.eui.eu/Personal/Researchers/malamud/Estado%20\(Aznar%20y%20De%20Luca\).pdf](http://www.eui.eu/Personal/Researchers/malamud/Estado%20(Aznar%20y%20De%20Luca).pdf)
- Mangalore, R. & Knapp, M. (2007). Cost of schizophrenia in England. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 10(1), 23-41. Extraído desde [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17417045?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.Pentrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=2&log\\$=relatedarticle&logdbfrom=pubmed](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17417045?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.Pentrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DiscoveryPanel.Pubmed_Discovery_RA&linkpos=2&log$=relatedarticle&logdbfrom=pubmed)
- Maquiavelo, N. (1513). *El Príncipe. Capítulo XVIII De qué modo los príncipes deben cumplir sus promesas*. Extraído desde <http://www.philosophia.cl/biblioteca/Maquiavelo/EI%20pr%20Edncipe.pdf>
- Martínez, C. y Leal, G. (2002). La transición epidemiológica en México: un caso de políticas de salud mal diseñadas y desprovistas de evidencia. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 17(3), 547-569. Extraído desde http://revistas.colmex.mx/revistas/11/art_11_257_740.pdf
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleitz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. y Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16. Extraído desde <http://www.inprfcd.org.mx/pdf/sm2604/sm260401Jmr.pdf>
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Ramos, L., Zambrano, J. y Fleiz, C. (2005). Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública de México*, 47(1), 8-22. Extraído desde <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v47n1/a04v47n1.pdf>
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Fleiz, C., Benjet, C., Rojas, E., Zambrano, J., Villatoro, J. & Aguilar-Gaxiola, S. (2006). Prevalence and correlates of drug use disorders in Mexico. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 19(4), 265-276. Extraído desde <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v19n4/30336.pdf>
- Medina-Mora, M. E. (2009). La carga de los trastornos mentales. *Academia Nacional de Medicina y Servicios de Atención Psiquiátrica*. Presentación Power Point. Extraído desde http://sap.salud.gob.mx/descargas/pdf/sap_simposio/Microsoft_PowerPoint_-_2.1_Dra.pdf
- National Research Council and Institute of Medicine. (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: progress and possibilities*. Extraído desde <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/picrender.fcgi?book=nap12480&blobtype=pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. *Documentos básicos, suplemento de la 45ª edición*, octubre de 2006. Extraído desde http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Atención Primaria de la Salud. Declaración de Alma Alta*. Extraído desde http://www.ops.org.bo/alma_ata/declaracion.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1990). *La Introducción de un Componente de Salud Mental en la Atención Primaria*. Extraído desde <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243561367.pdf>
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (1990). *Declaración de Caracas. Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina*. Extraído desde http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Atlas. Recursos de Salud Mental en el Mundo 2001*. Extraído desde http://www.who.int/mental_health/media/en/255.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Extraído desde http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Por la salud mental en el mundo. Salud Mental: sí a la atención, no a la exclusión*. Extraído desde http://www.who.int/mental_health/media/en/391.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Programa Mundial de Acción en Salud Mental mhGAP...cerremos la brecha, mejoremos la atención*. Extraído desde http://www.who.int/mental_health/media/en/267.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Informe sobre la salud en el mundo. Cambiemos el rumbo de la historia*. Extraído desde http://www.who.int/whr/2004/en/report04_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Invertir en Salud Mental*. Extraído desde http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2004). La OMS publica un atlas decisivo sobre la epidemia mundial de cardiopatías y accidentes cerebrovasculares. *Comunicado de Prensa*. Extraído el desde <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr68/es/>.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Prevención de los Trastornos Mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Extraído desde http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Políticas, Planes y Programas de Salud Mental. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental*. Extraído desde http://www.infocom-ca.org.pa/files/mhpolicyplansmoduleSpanish_0.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Día Mundial de la Salud Mental 2008. Convirtiendo la Salud Mental en una prioridad global -mejorando los servicios a través de la reivindicación y la acción ciudadana*. Extraído desde <http://www.wfmh.org/PDF/Spanish%20WMHDay%202008.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Informe sobre la Salud en el Mundo 2008. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. p.XIV. Extraído desde http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf

- Organización Panamericana de la Salud. (1990). *Epidemiología psiquiátrica en América Latina (1965-1988). Reseñas bibliográficas I*. Extraído desde http://www.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/pub15.pdf
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (1997). *Informe sobre Salud Mental. (CD40/15)*. Extraído desde <http://hist.library.paho.org/Spanish/GOV/CD/25283.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (1997). *Estado de arte en resiliencia*. 1-52 Extraído desde <http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/Resil6x9.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (2001). *La Salud Mental en las Américas: nuevos retos al comienzo del milenio*. 43^{er}. Consejo Directivo 53^a. Sesión del Comité Regional. (CD/4315). Extraído desde http://www.paho.org/spanish/gov/ce/spp/spp35_10-s.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2001). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. Extraído desde: www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/Habilidades.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). Enfermedades crónicas: prevención y control en las Américas. *Noticiero mensual del programa de enfermedades crónicas de la OPS/OMS*, 2(9). Extraído desde <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/cronic-2008-2-9.pdf>
- Parada, I. (2001). Aspectos a considerar en el análisis de los costos de la atención médica. *Hitos de Ciencias Económico Administrativas*, 19, 41-46. Extraído desde <http://www.publicaciones.ujat.mx/publicaciones/hitos/ediciones/19/ensayo-analisis%20costos.pdf>
- Partida, B. (2009). Proyecciones de la población económicamente activa de México y de las entidades federativas, 2005-2050. *Consejo Nacional de Población*. Extraído desde <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/PEA/pea.pdf>
- Pasqual, E. (2000). *Conclusiones: Hacia una psiquiatría comunitaria*. Departamento di Salute Mentale Trieste Italia. Extraído desde <http://www.triestesalutementale.it/spagnolo/09-conclusiones.htm>
- Pérgola, F. (2006). *Miseria y peste en la Edad Media ¿Estamos frente a una nueva época medieval?* Conferencia pronunciada en la sesión pública del 5 de mayo de 2006 de la Academia Nacional de Ciencias de Buenos Aires. Extraído desde <http://www.ciencias.org.ar/user/files/Pergola.pdf>
- Portadilla, O. (2005). Política social: del Estado de Bienestar al Estado Neoliberal, las fallas recurrentes en su aplicación. *Espacios Públicos*, 8(16), 100-116. Extraído desde <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/676/67681607.pdf>
- Presidencia de la República. (2001). *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. Acciones hoy para el México del futuro*. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Extraído desde http://pnd.fox.presidencia.gob.mx/pdf/PND_%201-3.pdf

- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Orígenes del enfoque de Desarrollo Humano. *Informes sobre Desarrollo Humano*. Extraído desde <http://hdr.undp.org/es/desarrollohumano/origenes/>
- Rodríguez, G., Escobedo, J., Zurita, B. y Ramírez, T. (2007). Muerte prematura y discapacidad en los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública de México*, 49(2), 132-143. Extraído desde <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v49n2/a09v49n2.pdf>
- Royo, S. (2008). *Progreso, cultura y capitalismo. Parte II*. Monografías.com. Extraído desde <http://www.monografias.com/trabajos910/progreso-cultura-capitalismo/progreso-cultura-capitalismo2.shtml>
- Sacristán, C. (2005). Historiografía de la locura y de la psiquiatría en México. De la hagiografía a la historia posmoderna. *Frenia Revista de Historia de la Psiquiatría*, V(1), 9-33. Extraído desde http://www.frenia-historiapsiquiatria.com/pdf/fasciculo%209/Cristina_...pdf
- Salgado, V. y Díaz-Pérez, M. J. (1999). Los trastornos afectivos en la población rural. *Salud Mental*, 22, Número especial, 68-74. Extraído desde <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/1999/sm2207/sm220768.pdf>
- Sánchez, O. (2000). *El derecho constitucional a la protección de la salud. Su regulación constitucional y algunos precedentes relevantes del Poder Judicial de la Federación en México*. Conferencia presentada en el Simposio Internacional "Por la calidad de los servicios médicos y la mejoría de la relación médico paciente". México. Extraído desde <http://www2.scjn.gob.mx/Ministros/oscgv/Conf/EL%20DERECHO%20CONSTITUCIONAL%20A%20LA%20PROTECCION%20DE%20LA%20SALUD.pdf>
- Secretaría de Salud. (2001). *Programa Nacional de Salud 2001-2006. La democratización de la salud en México. Hacia un sistema universal de salud*. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Extraído desde <http://www.salud.gob.mx/docprog/Pns-2001-2006/PNS-completo.pdf>
- Secretaría de Salud. (2001). *Programa de Acción en Salud Mental 2001-2006*. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Extraído desde http://sap.salud.gob.mx/descargas/BIBLIOGRAFIA_COMPLETA/PROGRAMA_DE_ACCION_EN_SALUD_MENTAL.pdf
- Secretaría de Salud. (2002). *Programa Específico de Atención Psicológica en Casos de Desastre. 2001-2006*. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Extraído desde <http://www.coedu.usf.edu/zalaquett/SIP/DesastresDocuments/Programa%20Espec%20C3%20ADfico%20de%20Atenci%C3%B3n%20Psicol%C3%B3gica%20en%20Casos%20de%20Desastre.pdf>
- Secretaría de Salud. (2002). *Programa Específico de Depresión. 2001-2006*. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Extraído desde http://www.ssm.gob.mx/pdf/salud_mental/guias_tecnicas/depresion.pdf
- Secretaría de Salud. (2002). *Programa Específico de Deterioro Intelectual y Demencias. 2001-2006*. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Extraído desde http://www.ssm.gob.mx/pdf/salud_mental/guias_tecnicas/demencia.pdf

- Secretaría de Salud. (2002). *Programa Específico de Enfermedad de Parkinson. 2001-2006*. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Extraído desde http://www.ssm.gob.mx/pdf/salud_mental/guias_tecnicas/parkinson.pdf
- Secretaría de Salud. (2002). *Programa Específico de Esquizofrenia. 2001-2006*. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Extraído desde http://www.ssm.gob.mx/pdf/salud_mental/guias_tecnicas/esquizofrenia.pdf
- Secretaría de Salud. (2002). *Programa Específico de Trastorno por Déficit de Atención. 2001-2006*. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Extraído desde http://www.ssm.gob.mx/pdf/salud_mental/guias_tecnicas/tda.pdf
- Secretaría de Salud. (2002). *Programa Específico de Psicopatología Infantil y de la Adolescencia. 2001-2006*. Extraído desde http://www.ssm.gob.mx/pdf/salud_mental/guias_tecnicas/psicopatologia_infantil.pdf
- Secretaría de Salud. *Reglamento Interior de la Secretaría de Salud*. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Última reforma publicada en el DOF el 29 de noviembre del 2006. Extraído desde http://www.salud.gob.mx/transparencia/marco_normativo/RegInt.pdf
- Secretaría de Salud. (2007). *Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud. La salud tarea de todos*. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Extraído desde http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia_nacional.pdf
- Secretaría de Salud. (2007). *Programa de Acción Específico 2007-2012. Atención integral a la salud de las personas con discapacidad*. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Extraído desde http://www.conadis.salud.gob.mx/descargas/pdf/atn_intgrl_salud_pcd.pdf
- Secretaría de Salud. (2008). *Programa de Acción Específico 2007-2012. Salud Mental*. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Extraído desde http://187.141.0.82/FILES_PPSSO/Programa%20Sectotrial%202007-2012%20Nacional/13.%20Salud%20mental,%20depression.pdf
- Secretaría de Salud. (2008). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. CIF*. Sitio web del Centro Colaborador para la Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS en México. Extraído desde <http://www.cemece.salud.gob.mx/fic/index.html>
- Servicios de Atención Psiquiátrica. (2009). *Relatoría del Simposio sobre las Estrategias de la Atención Psiquiátrica*. Extraído desde http://sap.salud.gob.mx/descargas/pdf/sap_simposio/Microsoft_Word_-_MEMORIA-RELATORIA.pdf
- Sesma, S., Pérez, R., Sosa, C. y Gómez, O. (2005). Gastos catastróficos por motivos de salud en México: magnitud, distribución y determinantes. *Salud Pública de México*, 47(s1), s37-s46. Extraído desde http://www.insp.mx/rsp/_files/File/2005/Supl%201/V47S1_5_%20gastos_catastroficos.pdf
- Valdeón, J. (1997). *El ritmo del individuo: en las puertas de la pobreza, de la enfermedad, de la vejez, de la muerte*. Actas de la VIII Semana de Estudios Medievales. Instituto de Estudios Riojanos. España. Extraído desde <http://www.vallenajerilla.com/berceo/valdeonbaruque/ritmoindividuo.htm>

- Valencia, M. (2007). Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007. *Salud Mental*, 30(002), 75-80. Extraído desde <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=58230211>
- Vargas, B., Heinze, G., García, J., Fernández, M., y Dickinson, M. E. (2004). La capacitación del médico general del primer nivel de atención en el manejo de la depresión. *Revista de la Facultad de Medicina*, 47(5). Universidad Nacional Autónoma de México. Extraído desde www.ejournal.unam.mx/rfm/no47-5/RFM47503.pdf
- Vázquez, M. C. (2004). Introducción y recopilación. En Bartra, R. Transgresión y melancolía en el México colonial. *Estudios de Historia Novohispana*, (31), 201-209. Universidad Nacional Autónoma de México. Extraído desde <http://www.ejournal.unam.mx/ehn/ehn31/EHNO3106.pdf>
- Washington Post. (2009). The Failed States Index 2009. *Foreign Policy: The Magazine of Global Politics, Economics, and Ideas*. Division of Washington Post. Extraído desde http://www.foreignpolicy.com/articles/2010/06/21/2010_failed_states_index_interactive_map_and_rankings
- World Bank. (2006). *Global Burden of Disease and Risk Factors*. Extraído desde <http://files.dcp2.org/pdf/GBD/GBD.pdf>
- World Federation for Mental Health. (2004). *La relación entre salud física y la salud mental: trastornos concurrentes*. Extraído desde www.isciii.es/htdocs/pdf/WMHD2004SpanishLetters.pdf
- World Health Organization. (1998). *Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorder*. Extraído desde <http://whqlibdoc.who.int/publications/924154516X.pdf>
- World Health Organization. (2000). *The Global Burden of Disease. A response to the need for comprehensive, consistent and comparable global information on diseases and injuries*. Folleto electrónico. Extraído desde http://www.who.int/mip/2003/other_documents/en/globalburdenofdisease.pdf
- World Health Organization. (2001). *Mental Health: a call for action by World Health Ministers*. Ministerial Round Tables 2001. 54th World Health Assembly. Extraído desde http://www.who.int/mental_health/media/en/249.pdf
- World Health Organization. (2002). *Prevention and Promotion in Mental Health*. Extraído desde http://www.who.int/mental_health/media/en/545.pdf
- World Health Organization. (2003). *Global Burden of Disease in 2002: data sources, methods and results*. Extraído desde <http://www.who.int/healthinfo/paper54.pdf>
- World Health Organization. (2004). *Health statistics and health information systems*. Extraído desde <http://www.who.int/healthinfo/statistics/bodgbddeathdalyestimates.xls> y desde http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_country/en/index.html.
- World Health Organization. (2005). *Mental Health Atlas 2005*. Extraído desde http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/global_results.pdf
- World Health Organization. (2008). *The Global Burden of Disease. 2004 Update*. Extraído desde http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf

ANEXOS



ORGANIZACION PANAMERICANA DE SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la



ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
525 TWENTY-THIRD STREET N.W. WASHINGTON, D.C. 20037, E.U.A. CABLEGRAMA: OFSANPAN

Versión en Español

DECLARACION DE CARACAS

Caracas, Venezuela

14 de noviembre de 1990

**Adoptada por aclamación por la
Conferencia
Reestructuración
De la Atención Psiquiátrica en América Latina**

Caracas, Venezuela

11-14 de noviembre de 1990

DECLARACION DE CARACAS

Las organizaciones, asociaciones, autoridades de salud, profesionales de salud mental, legisladores y juristas reunidos en la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud.

Notando.

1. Que la atención psiquiátrica convencional no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva;
2. Que el hospital psiquiátrico, como única modalidad asistencial, obstaculiza el logro de los objetivos antes mencionados al:
 - a) aislar al enfermo de su medio, generando de esa manera mayor discapacidad social,
 - b) crear condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo,
 - c) requerir la mayor parte de los recursos financieros y humanos asignados por los países a los servicios de salud mental,
 - d) impartir una enseñanza insuficientemente vinculada con las necesidades de salud mental de las poblaciones, de los servicios de salud y otros sectores.

Considerando,

1. Que la Atención Primaria de Salud es la estrategia adoptada por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud y refrendada por los Países Miembros para lograr la meta Salud para Todos en el Año 2000;
2. Que los Sistemas Locales de Salud (SILOS) han sido establecidos por los países de la Región para facilitar el logro de esa meta, por cuanto ofrecen mejores condiciones para desarrollar programas basados en las necesidades de la población de características descentralizadas, participativas y preventivas;
3. Que los programas de Salud Mental y Psiquiatría deben adaptarse a los principios y orientaciones que fundamentan esas estrategias y modelos de organización de la atención de salud.

DECLARAN

1. Que la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la Atención Primaria de Salud y en los marcos de los Sistemas Locales de Salud permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales;
2. Que la reestructuración de la atención psiquiátrica en la Región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios;
3. Que los recursos, cuidados y tratamiento provistos deben:
 - a) salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles
 - b) estar basado en criterios racionales y técnicamente adecuados
 - c) propender a la permanencia del enfermo en su medio comunitario
4. Que las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que:
 - a) aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales
 - b) promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento
5. Que la capacitación del recurso humano en Salud Mental y Psiquiatría debe hacerse apuntando a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en los hospitales generales, de acuerdo con los principios rectores que fundamentan esta reestructuración;
6. Que las Organizaciones, asociaciones y demás participantes de esta Conferencia se comprometen mancomunada y solidariamente a abogar y desarrollar en los países programas que promuevan la reestructuración, y al monitoreo y defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales de acuerdo a las legislaciones nacionales y los compromisos internacionales respectivos.

Para lo cual,

INSTAN

A los Ministerios de Salud y de Justicia, a los Parlamentos, los Sistemas de Seguridad Social y otros prestadores de servicios, las organizaciones profesionales, las asociaciones de usuarios, universidades y otros centros de capacitación y a los medios de comunicación a que apoyen la reestructuración de la atención psiquiátrica asegurando así su exitoso desarrollo para el beneficio de las poblaciones de la Región.

Este es el texto de la Declaración adoptada el 14 de noviembre 1990 por la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistema Locales de Salud (SILOS) convocada por la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud, (OMS/OPS) con el apoyo técnico y financiero del Instituto de Investigaciones Mario Negri de Milán, Centro Colaborador en Salud Mental de la OMS y el auspicio de las siguientes entidades:

Asociación Mundial de Psiquiatría

Asociación Psiquiátrica de América Latina

Centro Colaborador en Salud Mental de la OMS, Universidad de Umea, Suecia

Centro de Estudios e Investigación en Salud Mental de la Región de Friuli, Trieste, Italia

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Organización de Estados Americanos (OEA)

Consejería de Sanidad de Asturias, España

Diputación Provincial de Valencia, Servicio de Salud Mental, Valencia, España

Dirección General de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Andalucía, España

Instituto Andaluz de Salud Mental

Federación Mundial de Salud

Servicio de Psiquiatría de la Unidad Sanitaria Local de Livorno, Italia

Servicio Psiquiátrico del Servicio Sanitario de Reggio Emilia, Italia

Sociedad Interamericana de Psicología

Sociedad Venezolana de Psiquiatría

Participaron en la reunión representantes de las entidades patrocinantes; juristas; miembros de los Parlamentos de Brasil, Chile, Ecuador, España, Mendoza (Argentina), México, Panamá, República Dominicana, Uruguay y Venezuela; y delegaciones técnicas de Brasil, Colombia, Costa Rica, Curazao, Chile, Ecuador, Estados Unidos de América, México, Nicaragua, Panamá, República Dominicana, Uruguay y Venezuela.

DECLARACIÓN DE ALMA-ATA

Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 septiembre 1978

La Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata el día 12 de septiembre de 1978, expresando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todos los trabajadores de la salud y del desarrollo, y de la comunidad mundial, para proteger y promover la salud de todas las personas del mundo, elabora la presente Declaración:

I

La Conferencia reitera firmemente que la salud, que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental, y que el logro del nivel de salud más alto posible es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización requiere la intervención de otros muchos sectores sociales y económicos, además del sector de la salud.

II

La grave desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países en vías de desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es inaceptable política, social y económicamente, y es, por lo tanto, una preocupación común para todos los países.

III

El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir la diferencia en el estado de salud existente entre los países en desarrollo y los desarrollados. La promoción y protección de la salud de la población son indispensables para el desarrollo económico y social ininterrumpido, y contribuyen a una mejor calidad de vida y a la paz mundial.

IV

El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de la atención a su salud.

V

Los gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de su pueblo, obligación que sólo puede ser llevada a cabo mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera, en el curso de las próximas décadas, debe ser que todos los pueblos del mundo alcancen, en el año 2000, un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.

VI

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoconfianza y autodeterminación. Forma parte integrante, tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo económico y social global de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando la atención sanitaria lo más cerca posible al lugar donde viven y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso continuado de asistencia sanitaria.

VII

La atención primaria de salud:

1. Refleja las condiciones económicas y las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se desarrolla a partir de ellas, y está basada en la aplicación de los resultados relevantes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud, y en la experiencia en salud pública.
2. Se dirige a los principales problemas de salud de la comunidad, y, de acuerdo con esto, provee servicios de promoción, *prevención*, tratamiento y rehabilitación.
3. Incluye, por lo menos: educación sobre los problemas de salud prevalentes y sobre los métodos para prevenirlos y controlarlos; promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada; abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; asistencia materno-infantil, incluyendo planificación familiar; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y control de las enfermedades endémicas locales; tratamiento apropiado de las enfermedades y los traumatismos comunes; y provisión de los medicamentos esenciales.

4. Implica, además del sector sanitario, a todos los sectores y campos de actividad corresponsables del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la ganadería, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores; y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores.
5. Requiere y fomenta en grado máximo la confianza en sí mismo y la participación del individuo y de la comunidad en la planificación, organización, funcionamiento y control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales, nacionales y de otros recursos disponibles; y, con tal fin, desarrolla, mediante la educación apropiada, la capacidad de las comunidades para participar.
6. Debe estar apoyada por sistemas de interconsultas integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, con vistas a la mejora progresiva de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados.
7. Se basa, tanto en el plano local como en el de referencia, en personal de salud, con inclusión, según proceda, de personas médicas, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadoras sociales, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida en que se necesiten, con la preparación debida social y técnicamente, para trabajar como un equipo de salud y atender a las necesidades de salud expresadas de la comunidad.

VIII

Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud de gran alcance y en coordinación con otros sectores. Para ello, será necesario ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

IX

Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por la población de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria de salud constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y el funcionamiento de la atención primaria de salud en todo el mundo.

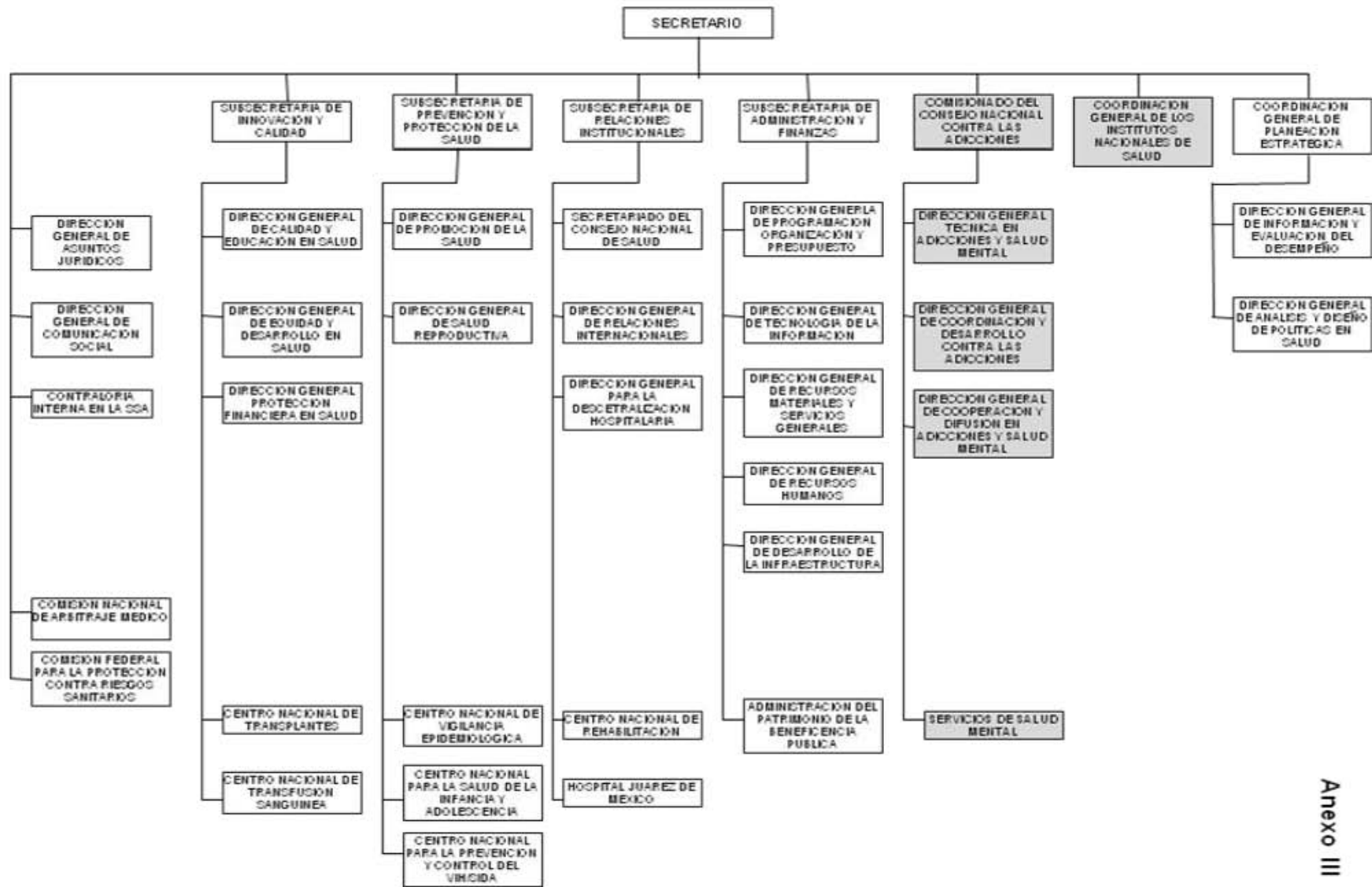
X

Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería

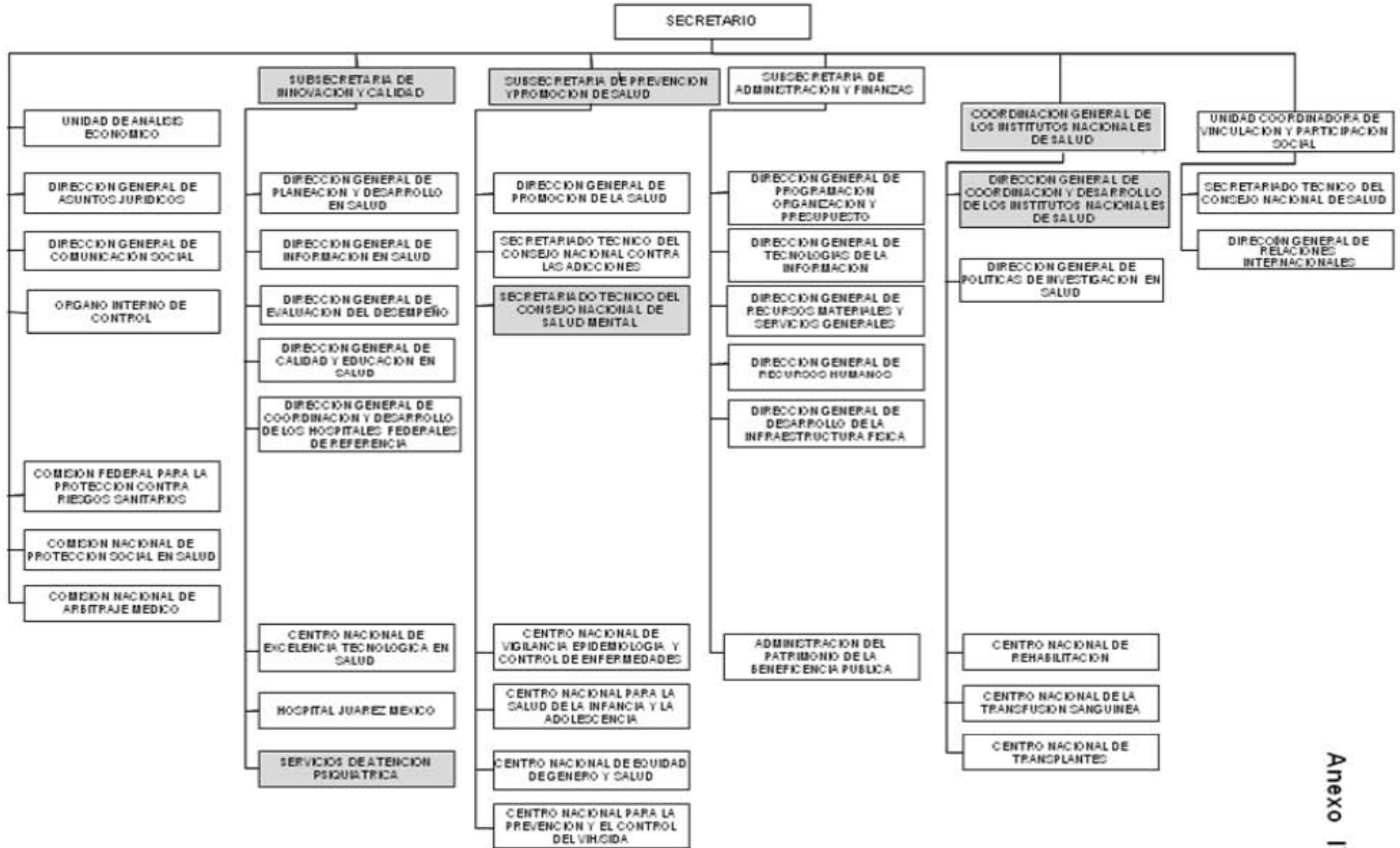
liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y, en particular, para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud, en tanto en cuanto que es elemento esencial de dicho desarrollo.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud exhorta a la acción urgente y efectiva nacional e internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero, y particularmente en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica, y de acuerdo con el Nuevo Orden Económico Internacional. La Conferencia insta a los gobiernos, a la OMS y al UNICEF, y a otras organizaciones internacionales, así como a los organismos multilaterales y bilaterales, a las organizaciones no gubernamentales, a los organismos de financiación, a todo el personal de salud y al conjunto de la comunidad mundial a que apoyen, en el plano nacional e internacional, el compromiso de promover la atención primaria de salud y de dedicarle mayor apoyo técnico y financiero, sobre todo en los países en desarrollo. La Conferencia exhorta a todas las entidades antedichas a que colaboren en el establecimiento, el desarrollo y el mantenimiento de la atención primaria de salud, de conformidad con el espíritu y el contenido de la presente Declaración.

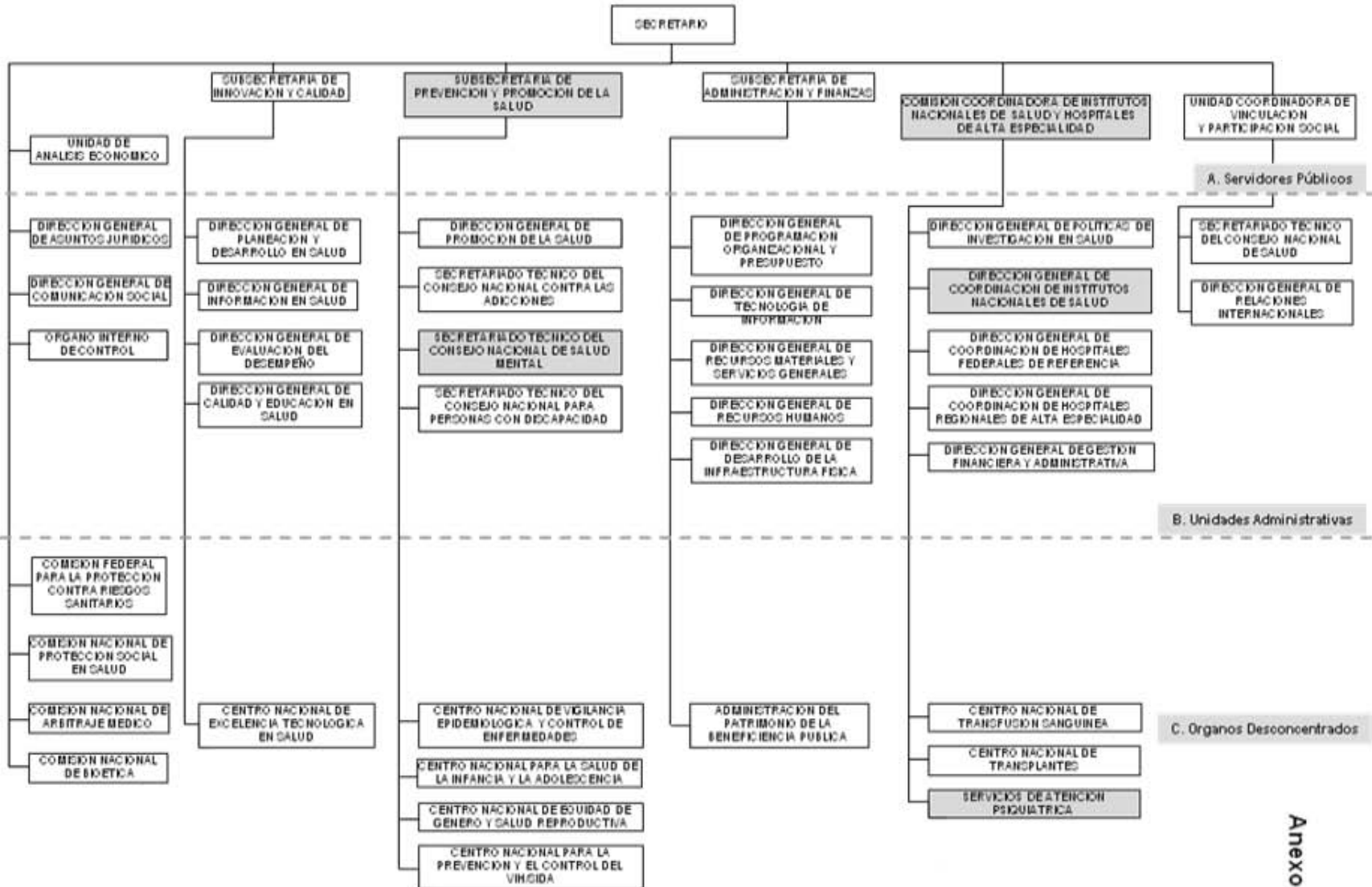
Estructura de la Secretaría de Salud al 2001 Reglamento Interior de la SSA 15 de julio de 2001



Estructura de la Secretaría de Salud al 2004 Reglamento Interior de la SSA 19 de enero de 2004



Estructura de la Secretaría de Salud al 2006 Reglamento Interior de la SSA29 de noviembre de 2006



ESTUDIOS EN MEXICO ENTRE 1960 Y 1986 ORIENTADOS A ESTIMAR LA PREVALENCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES

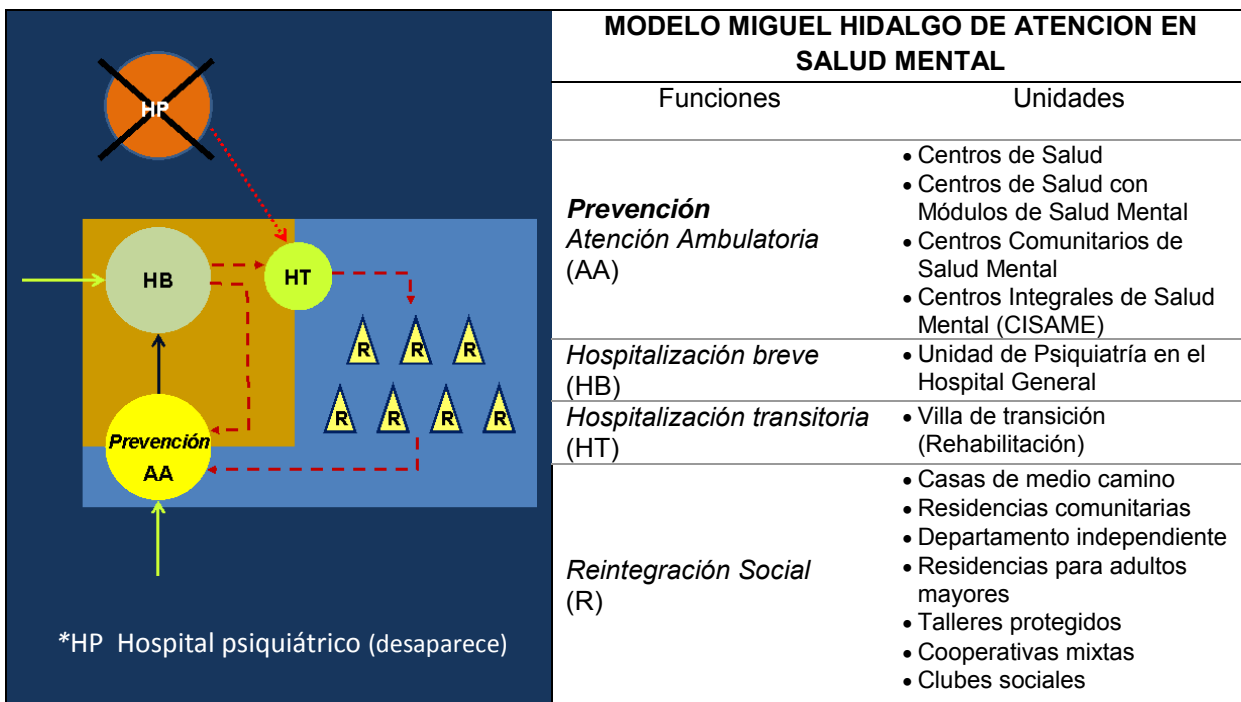
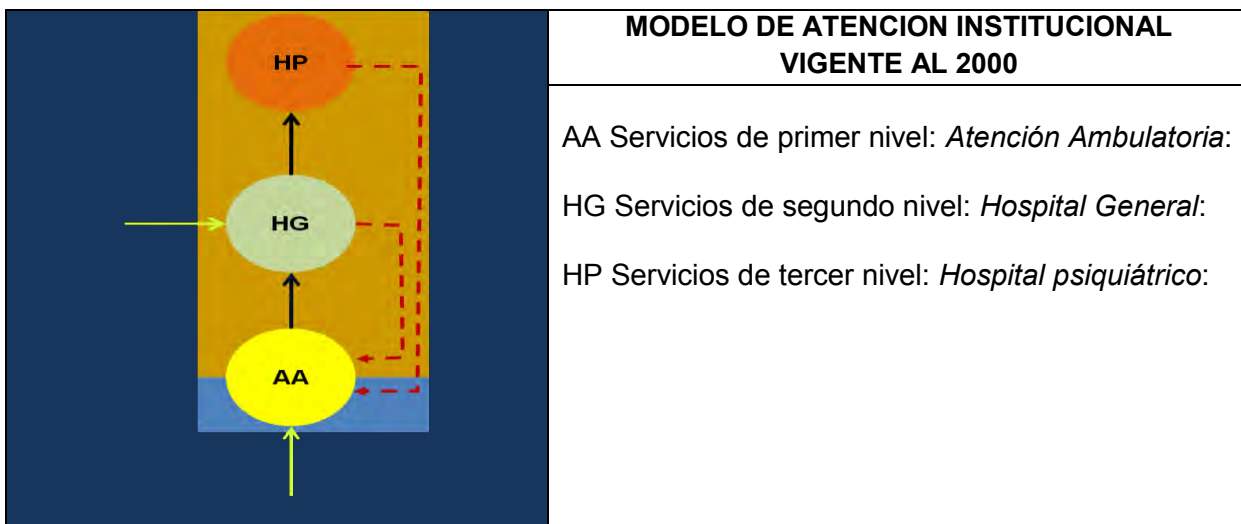
Estudio	Datos de relevancia
1960 Primera Investigación Nacional de enfermedades Neurológicas y Psiquiátricas*	Primera investigación nacional sobre trastornos psiquiátricos. Cuestionarios aplicados por médicos en centros hospitalarios reportaron una prevalencia de 4.43% de la población como afectada por alguno de esos padecimientos, siendo los mas frecuentes las psicosis y neurosis.
1964 Encuesta para detectar trastornos psíquicos*	El 33% de una muestra de trabajadores al servicio del estado manifestaron haber presentado síntomas típicos de algún trastorno psiquiátrico.
1968 Encuesta para detectar trastornos mentales en una muestra de la población militar y derechohabiente del Ejército Mexicano*	En una muestra del personal militar de la Cd. de México, la prevalencia de trastornos encontrada fue del 23%.
1975 Estudio clínico-epidemiológico de los padecimientos psiquiátricos en un sistema de Seguridad Social (ISSSTE) **	Estudio de un año realizado en una clínica de neurología y psiquiatría que reportó una incidencia de 180 enfermos psiquiátricos por cada 100,00 habitantes, correspondiendo en su mayoría a procesos neuróticos en pacientes ambulatorios y a formas psicóticas en sujetos hospitalizados. La mayor frecuencia se presentaba en adultos jóvenes, con moderado predominio del sexo femenino y en personas económicamente activas.
1975 Los trastornos mentales y nerviosos en la República Mexicana y en el Distrito Federal**	El Distrito Federal concentró el mayor número de casos de padecimientos mentales y nerviosos con índices de 6 y 2 por 1,000 habitantes. "Los recursos, aunque numerosos en el D.F., son insuficientes para cubrir las demandas de atención en el campo de la salud mental, de una población creciente. Por tanto, las acciones deben dirigirse al mejor empleo de los recursos disponibles para beneficiar a la gran masa de la población, tanto en los aspectos preventivos como en los de tratamiento y rehabilitación".
1984 Frecuencia de trastornos mentales en pacientes que asisten a la consulta general de un centro de salud**	Una muestra de 501 pacientes de un centro de salud reportó una frecuencia total de 51% de casos psiquiátricos potenciales, siendo los diagnósticos mas frecuentes las reacciones de adaptación (29.1%) y diferentes tipos de neurosis (13.4%).



<p>1985 Características generales de la población atendida y de los tratamientos empleados en centros de salud mental del Valle de México**</p>	<p>“Por último, a pesar de que se reconoce que la naturaleza de los problemas de salud mental es medioambiental en un alto porcentaje, la mayoría de los tratamientos tiene como principal recurso el empleo de fármacos”.</p>
<p>1985 Detección de trastornos mentales en el primer nivel de atención médica**</p>	<p>Se estudió a poblaciones de un centro de salud, una unidad de medicina familiar y un hospital general privado. La frecuencia de los trastornos mentales osciló entre el 35% y el 50%, observándose que éstos son más prevalentes en mujeres que en hombres y que a medida que aumenta la edad, aumenta también la frecuencia del trastorno. Los síndromes depresivos, ansiosos y orgánicos fueron los de más peso en las tres instituciones.</p>
<p>1986 Diferencias en la sintomatología psíquica de uno y otro sexo, en una muestra de pacientes de la consulta médica general**</p>	<p>La frecuencia de trastornos psiquiátricos en la práctica médica general del hospital estudiado fue de un 38% en mujeres y de 26% en hombres. El primer grupo reportó una mayor tendencia a sintomatología depresiva, mientras que el de los varones mostró un perfil de ansiedad.</p>

* *Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México. Op. cit.*

** Organización Panamericana de la Salud. (1990). *Epidemiología psiquiátrica en América Latina (1965-1988). Reseñas bibliográficas I.*

ESTRATEGIA NACIONAL PARA EL FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
Modelos de atención institucional en salud mental



 Compromiso institucional
 Compromiso familiar y social (Atención comunitaria)