



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

**INDICADORES Y CONCEPTO DE MEJORÍA EN
 CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD MENTAL DE
 LA CIUDAD DE MÉXICO: UN ESTUDIO MIXTO**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
 LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:
 MARCO ANTONIO GARCIA RAMOS**

JURADO DEL EXAMEN

DIRECTORA: DRA. CLAUDIA IVETH ASTUDILLO GARCÍA
ASESOR: DR. MARIO ENRIQUE ROJAS RUSSEL
ASESOR: DR. ANGEL FRANCISCO GARCIA PACHECO
SINODAL: DRA. LILIA MESTAS HERNÁNDEZ
SINODAL: DRA. KARINA SERRANO ALVARADO



CIUDAD DE MÉXICO

2023



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.

Índice

Agradecimientos.....	5
Resumen.....	6
Introducción	8
Capítulo 1. Desarrollo del concepto de “Recuperación” y su importancia para la Organización Mundial de la Salud.....	10
La recuperación en el ámbito de la salud mental	11
Modelos de recuperación en salud mental	14
La recuperación desde la perspectiva de los profesionales de la salud.....	19
Programas de recuperación en salud mental	20
Factores relacionados con la recuperación personal y clínica.....	23
La evaluación de la recuperación	26
Capítulo 2. Estrategia de salud mental en México.....	30
Trastornos mentales en México.....	31
Niños	32
Adolescentes	33
Adultos	34
Adultos mayores	35
Programa de Acción Específico en Salud Mental: 2013-2018 / 2020-2024.....	36

La función de los Centros Comunitarios de Salud Mental (CECOSAM) de los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) en la Ciudad de México	37
Desafíos para la atención de la salud mental desde el enfoque de recuperación en México	40
Capítulo 3. Método	44
Justificación.....	44
Pregunta de investigación.....	45
Objetivo general	45
Objetivos específicos.....	45
Enfoque y diseño de estudio.....	46
Variables.....	46
Unidades de análisis	48
Muestra.....	48
Muestra analítica	49
Instrumento.....	50
Procedimiento.....	51
Plan de análisis	52
Capítulo 4. Resultados	56
Resultados cualitativos.....	59
Resultados cuantitativos.....	69

Descripción de los usuarios con reporte de mejoría.....	69
Modelo de mejoría	72
Capítulo 5. Discusión.....	78
Implicaciones	86
Limitaciones	87
Recomendaciones.....	88
Conclusiones	90
Referencias.....	91
Anexo 1	104
Anexo 2.....	106

Agradecimientos

A Jehová...por darme un futuro y una esperanza. Por todo lo que he logrado y por los que están a mi lado. Gracias por darme una vida con sentido.

A mi familia...por su cariño y apoyo total. Gracias por cuidarme y ayudarme a elegir mi camino. Los quiero de verdad.

A Liz...mi amiga y compañera de carrera desde el primer semestre. Crecer y acompañarnos ha sido genial. Gracias por tantas risas compartidas.

A Ferchi...por tu interés y apoyo sincero, por todas tus palabras de ánimo mientras hacía esta tesis. Gracias por estar aquí.

A Claudia...por tu confianza y ayuda, por la oportunidad y el conocimiento compartido durante este tiempo. Gracias por motivarme y enseñarme más sobre investigación.

A mis asesores y sinodales...Dr. Mario, Dra. Lilia, Dr. Angel y Dra. Karina. Pasa el tiempo y sigo aprendiendo de ustedes. Gracias por mejorar este trabajo con su retroalimentación.

A los Servicios de Atención Psiquiátrica y los CECOSAM...gracias por haberme permitido poner en práctica mis habilidades en su programa de investigación y por brindarme otras herramientas para realizar este trabajo.

A la UNAM y la FES Zaragoza por todo lo que me dieron siendo estudiante. Gracias por ser la institución que facilitó mi formación profesional.

Al resto de compañeros, amigos y docentes que me acompañaron en este proceso llamado *licenciatura en psicología*...mis mejores deseos hoy y siempre.

"A veces no necesitamos que alguien nos arregle, a veces solo necesitamos que alguien nos quiera mientras nos arreglamos nosotros mismos"

Julio Cortázar

Resumen

Introducción: En el sistema de salud mental de México se busca ofrecer tratamientos enfocados en la recuperación para fomentar una mejoría integral en las personas. Para ello, es preciso conocer la perspectiva actual de los profesionales sobre la mejoría y las variables asociadas con la misma.

Objetivo: Identificar el concepto de mejoría reportado por el personal de salud en los Centros Comunitarios de Salud Mental (CECOSAM) y evaluar su asociación con los factores sociodemográficos, económicos y clínicos de los usuarios.

Método: Estudio mixto secuencial. Bajo el enfoque cualitativo se identificó el concepto de mejoría realizando un análisis semántico latente de 870 notas escritas por el equipo de salud. Para identificar la asociación de la mejoría con factores sociodemográficos, económicos y clínicos, se utilizó una perspectiva cuantitativa, analizando datos de 874 personas mediante las pruebas de chi-cuadrada y regresión logística. La variable dependiente fue el reporte de mejoría del usuario y las variables independientes fueron sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, escolaridad), económicas (trabajo, ingresos) y clínicas (inicio de la atención, comorbilidad, conciencia de la enfermedad, tratamiento farmacológico, atención psicológica, apego al tratamiento, seguimiento, otro tratamiento). Los análisis se realizaron en RStudio y STATA 16.

Resultados: El personal de salud identifica el concepto de mejoría con poder concentrarse, estar tranquilo en casa o la escuela, reducir los síntomas, poder dormir, comer, trabajar, hacer ejercicio, mantener la higiene y relacionarse con otros, sin embargo, esto varía por grupos de edad. Por otro lado, las variables asociadas con la presencia de mejoría en niños y adolescentes fueron el tener tratamiento farmacológico, atención psicológica y seguimiento, además, los usuarios entre los 10 y 19 años presentan menor posibilidad de mejorar. En los adultos la mejoría se asocia con

el sexo masculino, tener 40 años o más, contar con tratamiento farmacológico y recibir seguimiento.

Conclusión: La mejoría de los usuarios en los CECOSAM coincide con la orientación tradicional de atención que busca un cambio en la sintomatología y el comportamiento. Para fomentar la recuperación se deberá trabajar por una mejoría integral, acorde a las metas y circunstancias de vida de las personas con un trastorno mental.

Palabras clave: mejoría, trastornos mentales, análisis semántico latente, regresión logística, recuperación.

Introducción

En los servicios de salud mental, el tratamiento de las personas que viven con un trastorno se ha concentrado en disminuir la sintomatología y fomentar su retorno a actividades escolares o laborales para que sean productivas en sus comunidades. No obstante, dependiendo de la condición de salud de la gente y tras analizar a detalle sus metas o aspiraciones, es posible que algunas acudan a atención no solo para concretar un cambio a nivel clínico, sino para generar un completo bienestar al incluir en su tratamiento otras áreas de la vida.

Por tal razón, se ha planteado la necesidad de renovar la perspectiva de atención, de tal modo que las personas se involucren en mayor medida en el tratamiento y sean ellas mismas quienes elijan los objetivos y las áreas a trabajar, ya sea en sentido clínico (reducción de síntomas), funcional (obtener un empleo, aprender un oficio o asistir a clases), social (establecer nuevas relaciones), físico (aprender a llevar un estilo de vida saludable) o existencial (encontrar un propósito y vivir significativamente) y son los profesionales de la salud quienes orientan y acompañan a las personas en el viaje llamado “recuperación”.

La perspectiva de la recuperación busca empoderar a la gente para que puedan establecerse metas que sean significativas. A través de ésta, las personas aprenden que pueden alcanzar una mejoría sin la necesidad de curarse, ya que la vida va más allá de presentar algún trastorno mental. De tal modo que cada individuo tiene la posibilidad de elegir en qué aspectos desea mejorar al recibir tratamiento.

No obstante, para transitar hacia este enfoque, es necesario conocer el trabajo que realizan los profesionales de la salud mental respecto a la mejoría que fomentan en las personas, de esta manera se podría fijar el punto de partida para generar un verdadero cambio y posteriormente poder estudiar las modificaciones que se han aplicado.

En México, se busca que los usuarios de servicios de salud mental puedan acceder a este tipo de atención, por tal motivo el presente trabajo tiene como objetivo identificar el concepto de mejoría reportado por el personal de salud en los Centros Comunitarios de Salud Mental de la Ciudad de México y evaluar su asociación con los factores sociodemográficos, económicos y clínicos de los usuarios desde un enfoque mixto de investigación, con el fin de determinar los elementos que los profesionales toman en cuenta actualmente al describir la mejoría que van consiguiendo las personas tras recibir atención y evidenciar si las características de los sujetos se relacionan con la misma.

Para esto, en el primer capítulo se describe el concepto de recuperación, la mejoría que pueden lograr las personas durante su proceso y la importancia que tiene esto dentro del sistema de salud mental. Seguidamente, en el segundo capítulo se expone la estrategia de salud mental en México y los cambios que se pretenden llevar a cabo. En el tercer capítulo se detalla la metodología utilizada en el presente estudio y en el cuarto se muestran los resultados obtenidos. Por último, en el quinto capítulo se presenta la discusión de los resultados junto con las implicaciones, las limitaciones y las recomendaciones que se ofrecen tras lo hallado en esta investigación.

Capítulo 1. Desarrollo del concepto de “Recuperación” y su importancia para la Organización Mundial de la Salud

Con el paso del tiempo el tema de la salud mental ha tomado mayor relevancia entre las instituciones y organizaciones alrededor del mundo, actualmente es vista por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un elemento esencial en la vida de las personas y como un estado de bienestar que permite el desarrollo de capacidades y el afrontamiento del estrés normal de la vida diaria (OMS, 2018). No obstante, para las instituciones de salud llegar a esta noción ha implicado enfrentar diversos retos, entre ellos superar la perspectiva tradicional de atención en salud mental que establece como metas que las personas que viven con un trastorno ya no actúen de manera extraña en comunidad, no sean un peligro para sí mismas ni para los otros, que los síntomas desaparezcan, se cumpla con la ingesta de medicamentos establecida y para dar de alta a un usuario la familia también debe estar de acuerdo con la valoración realizada (Slade, 2009; World Health Organization [WHO], 2019b). Además, en gran parte del siglo XX era común que en los centros de atención se negaran los derechos, aspiraciones y opiniones de las personas, en lugar de fortalecer su autonomía para mejorar su calidad de vida (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015). Tal como describen Restrepo & Jaramillo (2012) el tratamiento a problemas de salud mental estuvo centrado en la eliminación de síntomas, el entrenamiento de los sujetos para desarrollar conductas más adaptativas y la corrección de ideas poco funcionales de las personas.

Fue en países desarrollados como Estados Unidos, Canadá, Gran Bretaña y Australia, donde se evidenció la necesidad de generar un nuevo modelo de tratamiento en salud mental enfocado en las personas; primero, para atender a aquellos que mostraban problemas con el

consumo de sustancias psicoactivas, y posteriormente, para el tratamiento de trastornos mentales como esquizofrenia o psicosis (Mascayano & Montenegro, 2017).

Esta orientación recibe el nombre de recuperación (Cruwys et al., 2020) y en el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 de la OMS (2013), y en el Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020 de la OPS (2014), se señala que los centros de atención deben actuar bajo este enfoque para que las personas con algún trastorno o discapacidad psicosocial puedan alcanzar sus propias metas y aspiraciones.

Así mismo, en el informe sobre la carga mundial de trastornos mentales realizado por la Asamblea Mundial de la Salud 65 (2012), se reconoce que es necesario atender los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias debido a las afectaciones sociales y económicas que estos pueden provocar en la población. Por tal razón la OMS (2013) ha instado a los servicios de salud mental, y al personal que labora en ellos, a que apliquen el enfoque de recuperación, escuchando y tomando en cuenta la opinión de los usuarios, explicando y ofreciendo alternativas de tratamiento y actuando en función de la etapa del ciclo de vida de las personas que padecen alguna condición de salud mental.

La recuperación en el ámbito de la salud mental

En estudios que han registrado las narraciones de usuarios que presentaban alguna adicción o acudían a servicios de psiquiatría para tratar un padecimiento mental, se ha encontrado que la recuperación implica vivir una experiencia única y personal (Leamy et al., 2011; Piat et al., 2009).

Respecto a esto, la Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias de Estados Unidos (SAMHSA por sus siglas en inglés) menciona que la recuperación es un viaje que transforma significativamente la vida de las personas con una discapacidad mental para alcanzar su pleno potencial (Bhullar et al., 2018).

Por este motivo, se describe a la recuperación como un proceso en el que los seres humanos modifican actitudes, valores y sentimientos, establecen metas para poder vivir una vida satisfactoria, con esperanza en el futuro y con un propósito, yendo más allá de los efectos que un padecimiento mental pueda causar, a fin de poder integrarse y contribuir a la sociedad en las áreas que sean de su interés (Cruwys et al., 2020; Slade, 2009; Slade & Longden, 2015; Stylianidis et al., 2016).

Para la OMS (2015) la recuperación de un paciente significa ganar y mantener la esperanza en el futuro y en la capacidad de tener un propósito en la vida, comprender las habilidades y dificultades que se tienen, poder participar de forma activa en distintas actividades, contar con autonomía e identidad social. Esto quiere decir que la recuperación en salud mental implica valorar las aspiraciones de las personas, su experiencia, confiar en sus habilidades, sus capacidades y su potencial, a la vez que se tolera la incertidumbre y se busca aprender de los problemas y los contratiempos (WHO, 2019b). De igual manera, mantener la decisión y el deseo de alcanzar aquello a lo que se aspira personalmente (Schön et al., 2009), por ejemplo, iniciar o continuar con estudios académicos, tener un empleo o disfrutar de independencia (Drake & Whitley, 2014).

La recuperación implica tener una vida gratificante, siendo consciente de las limitaciones que se tienen (Slade, 2009). Así mismo, consiste en contar con los recursos necesarios para cubrir las necesidades básicas de la vida, tener apoyo emocional, ser tratado de manera respetuosa y sin discriminación, poder integrarse en actividades espirituales y mantener relaciones sociales significativas con amigos, familiares o grupos de apoyo (Gamielidien et al., 2021; Schön et al., 2009). Concretizando, mediante la recuperación las personas retoman el control de su propia vida y como sujetos de derechos, participan de forma igualitaria en actividades económicas, sociales y culturales que sean de su interés (Shepherd et al., 2008; Stylianidis et al., 2016).

En un estudio realizado por Leamy et al. (2011) se describen diversas características de la recuperación, entre ellas se encuentra entenderla como un proceso activo que envuelve al paciente y al personal de salud, siendo el usuario quien traza sus propias metas y aspiraciones; igualmente, se caracteriza por ser un proceso multidimensional en el que se involucran diversas áreas de la vida (Schön et al., 2009); a la par, la recuperación se distingue por promover un entorno de apoyo dentro y fuera de los servicios de atención por medio de los profesionales de la salud y personas cercanas a los usuarios. La OMS (2015) agrega que puede darse una recuperación sin curación, dicho de otra manera, un individuo que padece un trastorno mental puede generar un sentido de esperanza, sanación, empoderamiento, conexión y trabajar en favor de sus derechos, sin importar que a lo largo del tiempo presente algunos síntomas relacionados con un problema de salud mental.

Ahora bien, Slade (2009) señala que es importante que los profesionales de la salud utilicen el modelo de recuperación, porque el enfoque biomédico, biopsicosocial y cognitivo mantienen el énfasis en las alteraciones físicas, en la enfermedad que padece la gente y en el significado que tienen de esta, es decir, aunque tratar los síntomas de los usuarios es importante, en realidad la atención tiene que estar dirigida hacia las personas que cuentan con circunstancias, desafíos y objetivos personales (OMS, 2013; Stylianidis et al., 2016).

Cabe resaltar que diversas intervenciones del enfoque de recuperación, las cuales han sido realizadas desde una perspectiva cualitativa y cuantitativa en centros de salud mental, demuestran que las personas son capaces de producir metas que van más allá del manejo de síntomas; para ejemplificar, se ha encontrado que, en comparación con intervenciones tradicionales, las intervenciones con orientación hacia la recuperación previenen que personas con antecedentes de vivir en la calle regresen a vivir en espacios públicos (Herman et al., 2011). De igual forma, permiten que los sujetos adquieran mejores hábitos, generen un identidad personal y un plan de

vida que los guíe en la toma de decisiones (Stylianidis et al., 2016), a través de la implementación de distintas estrategias como el desarrollo de la autoconciencia, la autorregulación, prácticas espirituales, la atención de necesidades físicas y emocionales, la psicoeducación sobre la enfermedad mental, el establecimiento de un propósito y esperanza para el futuro, el fomento de la autonomía, la participación en ocupaciones significativas, la realización de actividades para beneficio de la comunidad y al vivir con una actitud positiva sobre la condición de salud mental que se tiene (Gamieldien et al., 2021).

Modelos de recuperación en salud mental

Al ser la recuperación un proceso personal y multidimensional, se ha señalado que las personas deberían alcanzar por lo menos dos metas (Vita & Barlati, 2018): tener una recuperación clínica (reducir sus síntomas) y lograr una recuperación funcional (integrarse y participar activamente en la comunidad). Sin embargo, se han desarrollado distintos modelos de recuperación que van más allá de estas dos áreas.

Uno de ellos es el Modelo de Recuperación Colaborativa (Oades et al., 2005), el cual señala que en los centros comunitarios de salud mental los profesionales deben brindar apoyo y guía a fin de generar esperanza, autonomía y objetivos personales que permitan a los usuarios encontrar un nuevo significado y propósito en sus vidas. Este modelo establece que el tratamiento de las personas debe guiarse de dos principios: en primer lugar, la recuperación es vista como un proceso individual; en segundo lugar, el personal de salud genera alianzas con la gente para fomentar la colaboración y la autonomía (Marshall et al., 2010).

De esta forma, el Modelo de Recuperación Colaborativa presenta las siguientes dimensiones de trabajo (Oades et al., 2005):

1. Identificar las necesidades: se analiza si se requiere de alojamiento, comida, educación, transporte, dinero, mayor autocuidado, atención de la salud física, intervención por el consumo de drogas, etc., utilizando la escala de Evaluación Breve de Necesidades de Camberwell (CANSAS por sus siglas en inglés).

2. Producir metas colaborativas y esforzarse para alcanzarlas: Usuarios y personal de salud establecen objetivos a corto y largo plazo que se podrían alcanzar en los siguientes 3 meses; por ejemplo, cumplir con la prescripción médica, acudir a las citas agendadas, restablecer vínculos familiares o encontrar un empleo.

3. Fomentar el cambio: mediante la entrevista motivacional los profesionales de la salud ayudan a los usuarios a identificar ventajas y desventajas de ciertas conductas que realizan y de otras que podrían llevar a cabo.

4. Asignar y supervisar tareas colaborativas: el asignar tareas ayuda a que las personas se encaminen hacia sus objetivos, además ayudan a generar estrategias para afrontar posibles dificultades y, en caso de ser necesario, redefinir metas.

En general, este modelo busca crear esperanza en el futuro y autodeterminación en las personas para que puedan mantener una actitud positiva, tener una vida plena y significativa (Marshall et al., 2010).

Otra propuesta es la descrita por Whitley & Drake (2010) que explica la recuperación a partir de cinco dimensiones (Slade, 2017):

1. Recuperación clínica: hay adherencia al tratamiento farmacológico y la persona consigue una reducción de síntomas severos. En esta dimensión es fundamental el tratamiento que ofrecen psiquiatras, psicólogos, enfermeras y otros profesionales de la salud mental.

2. Recuperación existencial: los sujetos mantienen la esperanza en el futuro, el bienestar emocional y espiritual, la sensación de autoeficacia, autonomía y empoderamiento. En esta área son importantes las figuras o grupos religiosos, además de los familiares y amigos.
3. Recuperación funcional: los usuarios obtienen y mantienen un empleo, una vivienda segura y educación escolar. Para apoyar a las personas en este rubro se requiere de personas que sean expertas en búsqueda de empleo y educadores que puedan brindar asesorías académicas o puedan formar a los usuarios en algún trabajo.
4. Recuperación física: consiste en tener una dieta balanceada, realizar ejercicio y evitar el abuso de sustancias. El apoyo es ofrecido mediante nutricionistas, instructores físicos y profesionales que puedan auxiliar en el tratamiento de uso de sustancias.
5. Recuperación social: las personas obtienen apoyo de otros sujetos, realizan actividades culturales, participan en sus comunidades y adquieren un sentido de pertenencia. Los familiares, amigos, profesionales de la salud y otras personas de la comunidad se pueden involucrar para el desarrollo de esta área.

Así para Whitley & Drake (2010) la recuperación consiste en que las personas desarrollen diversas áreas de la vida, adquieran habilidades, concreten metas y aprendan a vivir saludablemente en comunidad.

Desde otra perspectiva, Frost et al. (2017) presentan el Modelo Integrado Orientado a la Recuperación, el cual establece que las personas alcanzan la recuperación al pasar por tres fases. Una es la esperanza, donde se acompaña al usuario en la comprensión de su condición, en la identificación de sus fortalezas, factores de riesgo-protección y en el establecimiento de metas relevantes; otra es la reconstrucción de las competencias para minimizar el impacto de los factores de riesgos previamente identificados, ya que estos podrían coartar el camino del usuario hacia el

cumplimiento de sus objetivos; finalmente, aparece la reconexión al brindar oportunidades a la persona para poner a prueba sus habilidades, para establecer contacto con la sociedad y así logre concretar aquello a lo que aspira. Es decir, este modelo señala la importancia de conocer con claridad las necesidades de los usuarios, ofrecer herramientas y oportunidades de desarrollo para alcanzar metas (Frost et al., 2017).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2019b) propone la iniciativa QualityRights (Calidad y Derechos) con la intención de ofrecer una atención de calidad que promueva los derechos humanos y laborar bajo un enfoque de recuperación en los servicios de salud mental. Uno de los temas destacados dentro de esta iniciativa es el respeto del derecho a gozar de una salud física y mental del más alto nivel en servicios de psiquiatría ambulatoria. Para esto, es de vital importancia contar con un plan de recuperación conducido por el usuario para contribuir a su capacidad de vivir con autonomía en la comunidad (Minoletti et al., 2015).

Desde esta visión, la recuperación está conformada por siete áreas que son (OMS, 2015; Slade, 2009; WHO, 2019b):

1. La esperanza (*¿Qué será de mí?*): cada usuario recibe un plan individual e integral que incluye sus metas sociales, médicas, laborales y educacionales a fin de promover la independencia, la confianza en sí mismo y en sus habilidades.
2. La inclusión comunitaria (*¿A dónde iré?*): se promueve que la persona participe en actividades culturales, laborales o sociales. También, se vincula al sujeto a otros servicios de atención comunitaria o de salud para recibir apoyo clínico, económico, laboral o alimentos.

3. La vida social (*¿Quiénes irán conmigo?*): se motiva al usuario a retomar pasatiempos y establecer una red de apoyo con familiares y amigos para recibir asistencia cuando lo requiera.
4. El empoderamiento y la recuperación del control (*¿Qué puedo hacer?*): el plan es conducido por el usuario y refleja sus opciones y preferencias; igualmente se motiva a la persona a desarrollar instrucciones anticipadas que manifiesten futuras alternativas de tratamiento en caso de quedar incapacitada para tomar decisiones.
5. La salud y el bienestar (*¿Cómo puedo cuidarme?*): se plantea a la persona la posibilidad de realizar conductas saludables, por ejemplo, realizar ejercicio, mantener una dieta balanceada, tener una adecuada higiene, contar con un horario de sueño, etc.
6. La exploración de la propia identidad (*¿Quién soy?*): desde una visión holística se busca que la gente conozca sus características, desarrolle su autoestima y una perspectiva positiva para enfrentar actos que vayan en contra de sus derechos.
7. Una vida significativa y con propósito (*¿Qué es importante para mí?*): Cada usuario identifica aquello que es relevante en su vida y cómo sentirse satisfecho con la misma. Para algunos, esto se alcanza a través de actividades espirituales o trabajo comunitario.

De esta forma, la recuperación es vista como una travesía personal en el que cada persona decide qué es importante para sí misma y a dónde quiere llegar, a la vez que identifica sus características, lleva a cabo conductas de autocuidado y mantiene cercanía con otras personas (WHO, 2019b).

Esta última perspectiva es nombrada recuperación personal (Roosenschoon et al., 2019) y adquiere gran importancia dado que es la propuesta de la Organización Mundial de la Salud a las naciones (World Health Organization [WHO], 2019a). La recuperación personal fomenta el

desarrollo de una identidad positiva, busca que las personas recobren el control de una vida satisfactoria y hagan cosas que les genere bienestar, lo que lo hace diferente de la recuperación clínica o funcional donde lo relevante es que el profesional juzgue y determine una reducción completa de síntomas o que le persona vuelva a un estado previo de funcionalidad (Slade, 2009).

La recuperación desde la perspectiva de los profesionales de la salud

Se han realizado estudios donde el enfoque de recuperación es poco conocido o de recién implementación. En estos lugares se ha hallado que psiquiatras, psicólogos y enfermeras suelen realizar descripciones relacionadas con los cambios clínicos y funcionales, más que con un cambio a nivel personal.

Sirva de ejemplo el estudio realizado por Ng et al. (2011), donde se reportó que, al momento de valorar la mejoría de personas con esquizofrenia, los médicos psiquiatras describían una remisión completa de los síntomas, un desarrollo social esperado para la edad del usuario, la ausencia de recaídas, el completo apego al tratamiento farmacológico y la reducción de las dosis para mantener regulada la sintomatología. Con base en esto, para el personal de salud la recuperación era un estado que difícilmente se alcanzaba debido a los criterios clínicos que deben cumplir los usuarios.

Otros autores como Aston & Coffey (2012) comentan que para algunos profesionales de la salud mental la recuperación implica que la persona retorne a un estado de salud previo y mantenga un óptimo nivel de funcionalidad, esto quiere decir que la mejoría del usuario consiste en no presentar altibajos en su estado de salud. Igualmente se espera que tenga la capacidad de relacionarse con otros y que cumpla sus actividades.

De la misma forma, en la investigación de Ibrahim et al. (2022) se indicó que el personal de salud principalmente se concentra en describir si los usuarios son capaces de controlar sus

síntomas, si tienen un adecuado funcionamiento social, si logran atender las actividades relacionadas con su trabajo y de esta manera contribuir a la comunidad con sus habilidades.

Además de lo anterior, se ha expuesto que los familiares o cuidadores de las personas que viven con alguna condición de salud mental también establecen criterios que orientan al personal de salud para determinar el alcance de una mejoría a nivel clínico o funcional, a saber, que la persona consiga cierto grado de independencia o cumpla con sus deberes (Gandhi & Jones, 2020).

Esto muestra que, cuando el enfoque de recuperación no es el predominante en el sistema de salud, es común encontrar descripciones que indiquen una reducción de los síntomas y un cambio en el comportamiento de la persona según la percepción de cuidadores y especialistas, más que del propio sujeto que presenta la condición de salud mental.

Programas de recuperación en salud mental

Aston & Coffey (2012) mencionan que “los sistemas, como las personas, no cambian fácilmente” (p. 262). Por esta razón, se han diseñado estrategias para que los prestadores de servicios de salud se familiaricen con el modelo de recuperación.

Entre las estrategias se encuentran los programas orientados hacia la recuperación mental que hacen referencia a un conjunto de políticas y procedimientos realizados por personal entrenado y supervisado para actuar bajo este enfoque (Davidson et al., 2007). Estos programas promueven una atención centrada en las necesidades de las personas y basan su práctica en seis principios fundamentales (OMS, 2015):

1. Reconocer la singularidad del individuo: los usuarios pueden elegir objetivos a cumplir dentro de la comunidad al acudir a los centros de atención de salud mental.
2. Fijar opciones reales: se apoya a las personas para que, a partir de información clara y suficiente, puedan tomar sus propias decisiones y desarrollar sus fortalezas.

3. Respetar actitudes y derechos: se escucha a los usuarios y sus familiares para conocer qué es importante para ellos, de igual forma se brinda apoyo para mantener o realizar actividades sociales, laborales y vocacionales que sean significativas.
4. Respetar la dignidad de la persona: implica actuar con cortesía y honestidad ante el usuario, evitando actitudes de discriminación y estigma.
5. Mantener la colaboración y comunicación: cada persona que acude a atención es un experto en su propia vida, por ello el personal de salud trabaja en unión con el usuario. Asimismo, se fomenta en la gente una actitud positiva y realista con el fin de alcanzar sus metas.
6. La recuperación se evalúa continuamente: tanto los usuarios, sus cuidadores y el equipo de salud prestan atención al progreso que se consigue para realizar los ajustes necesarios y garantizar la calidad del servicio.

Por ello Farkas et al. (2005) mencionan que en los centros de salud mental que actúan bajo el enfoque de recuperación, se necesita prestar atención a la organización y al personal que labora en ellos. Respecto a la organización, es importante enfocar la misión, las políticas, los procedimientos, los registros, las evaluaciones y el entorno físico hacia el modelo de recuperación, dicho de otro modo, buscar que la estructura de los servicios de atención en salud mental se oriente hacia las personas fomentando la participación y la toma de decisiones, para mantener en los usuarios una actitud favorable hacia el crecimiento. En el caso del personal, se debe seleccionar a trabajadores de la salud que cuenten con conocimientos previos sobre la recuperación (OMS, 2013) y, una vez integrados a los centros de atención, necesitan recibir actualización constante sobre el tema y la oportunidad de compartir sus experiencias con los demás; por último, la persona que actué como supervisor del servicio tiene poner en práctica los valores de la recuperación, al fomentar la participación del personal, la discusión cordial sobre los asuntos que aquejan al centro

de atención y la resolución de problemas que surjan, además de promover un buen clima en la organización (Farkas et al., 2005).

Entre los programas que se han diseñado se encuentra *REFOCUS* (Slade et al., 2011) en el que se imparte entrenamiento a los trabajadores comunitarios de salud mental en temas relacionados con la comprensión de los valores y preferencias del usuario para brindar un tratamiento personalizado, junto con un entrenamiento en planificación y establecimiento de metas para alcanzar los objetivos del paciente.

Otro programa desarrollado en Estados Unidos que permite dar apoyo a personas que han vivido un primer episodio de psicosis es *NAVIGATE* (Mueser et al., 2015). A través de este se pretende que la persona comprenda lo que ha vivido en compañía de su red de apoyo, reduzca sus síntomas y retome sus actividades en la comunidad. Adicionalmente, al abogar por un tratamiento médico personalizado, educación familiar, entrenamiento en resiliencia y apoyo para la búsqueda de empleo, la persona consigue una mejoría en su funcionamiento psicológico, físico y psicosocial que potencia todas las esferas de su vida (Mueser et al., 2015).

De igual forma *On Track New York* (Bello et al., 2017), es un programa enfocado en el tratamiento de síntomas de psicosis que ofrece una intervención acorde a las necesidades y preferencias de las personas, tanto en temas médicos como en psicoterapia cognitiva conductual, para comprender y manejar los síntomas, crear habilidades de afrontamiento funcionales e identificar de forma colaborativa las aspiraciones que se tienen.

Como explican Mascayano y Montenegro (2017) tanto *NAVIGATE* y *On Track New York* tienen en común que parten de un enfoque interesado en la mejoría clínica, pero al incluir otras estrategias como el apoyo de pares, se crea un nuevo modelo de recuperación que ha demostrado ser efectivo para el tratamiento de personas con padecimientos de salud mental.

Por último, *Critical Time Intervention* es un programa enfocado en la fase de transición que viven algunas personas, es decir, de vivir en la calle a incorporarse a un servicio de atención o pasar del servicio de atención a vivir nuevamente en la comunidad (Alvarado et al., 2015). De ahí que promueva una relación de cercanía entre el usuario, el personal de salud, los familiares y amigos para crear una red que brinde apoyo emocional o físico (Herman et al., 2011). En el caso de América Latina, se han desarrollado estudios sobre la posible aplicación y adaptación de este programa (Mascayano & Montenegro, 2017), debido a lo práctico que resulta realizar intervenciones psicosociales como vinculación con familiares o apoyo para el desarrollo de habilidades sociales (Alvarado et al., 2015). En el caso de Brasil, *Critical Time Intervention* fue útil para mantener a las personas conectadas a los servicios comunitarios de salud mental dado que los usuarios obtenían tratamiento psiquiátrico y, si lo requerían, también recibían tratamiento para el uso de sustancias, entrenamiento en habilidades para la vida diaria, preparación para prevenir y manejar problemas de vivienda, instrucción para el manejo del dinero, apoyo para superar dificultades familiares e intervención para afrontar la violencia en la comunidad (Cavalcanti et al., 2011).

Factores relacionados con la recuperación personal y clínica

Norman et al. (2018) mencionan que es importante el estudio de las variables que se relacionan con la recuperación para facilitar la toma de decisiones respecto a las necesidades de la población y las posibles modificaciones e intervenciones que se requieren.

Con base en esto, se ha investigado la importancia de las intervenciones psicosociales para fomentar la recuperación personal (Soundy et al., 2015). Entre los elementos que facilitan este tipo de recuperación están el poder participar en actividades significativas donde se aprendan nuevas habilidades y poder elegir en qué se laborará (Mancini et al., 2005), dado que estas actividades

crean nuevos roles sociales, posibilitan la integración en la comunidad y permiten a los sujetos obtener dinero y cierto grado de independencia (Drake & Whitley, 2014).

Otro elemento importante es contar con una red de apoyo compuesta por amigos, familiares, profesionales de la salud u otras personas que padecen el mismo trastorno (Gamielidien et al., 2021; Schön et al., 2009), puesto que genera en los sujetos seguridad y la sensación de ser conocidos y aceptados por los demás (Drake & Whitley, 2014). Así mismo, cuando el profesional de la salud muestra interés en aquello que es importante para el usuario y presta atención a su conocimiento y experiencia, contribuye al logro de la recuperación (Mancini et al., 2005; Schön et al., 2009).

De forma similar, se ha encontrado que las personas generan mayor esperanza, bienestar, y se incorporan a actividades sociales cuando reciben entrenamiento para afrontar el estrés de la vida diaria (Roosenschoon et al., 2019).

Respecto a la recuperación clínica y funcional, se han estudiado diversos elementos que determinan la mejoría en estas áreas.

Entre los aspectos sociodemográficos se encuentra el sexo de las personas, para este caso se ha mostrado que las mujeres son quienes alcanzan la mejoría en comparación con los hombres (Albert et al., 2011; Verma et al., 2012; Wassink-Vossen et al., 2019). Con relación a la edad, suelen mejorar las personas jóvenes que reciben tratamiento para su condición de salud mental (Albert et al., 2011; Norman et al., 2018; Verma et al., 2012), pero también se ha reportado que en algunos casos pueden mejorar las personas de mayor edad (Tse et al., 2015). Para el estado civil y la escolaridad, se ha descrito que las personas casadas y quienes cuentan con mayor formación escolar logran recuperarse y adquieren un mejor funcionamiento social, posiblemente porque

cuentan con mayor apoyo para alcanzar sus metas (Bhullar et al., 2018; Verma et al., 2012; Vita & Barlati, 2018; Wassink-Vossen et al., 2019).

En cuanto a elementos económicos, Valencia et al. (2015) indican que tener un empleo es un elemento que permite a las personas mejorar en su funcionamiento social, relacionándose con familiares o involucrándose en actividades propias del trabajo o de la comunidad. Por el contrario, quienes viven en una familia con un nivel socioeconómico bajo y no cuentan con algún otro apoyo financiero que les permita satisfacer necesidades alimentarias, de vestido o vivienda, manifiestan una menor mejoría clínica y funcional a largo plazo, debido a las dificultades que se tienen para cubrir los gastos del tratamiento y de la cotidianidad (Gandhi & Jones, 2020; Ran et al., 2017).

Con relación a factores clínicos, en algunas investigaciones se han analizado variables como conciencia de la enfermedad, uso de fármacos y apego al tratamiento, reportándose que las personas logran mejorar cuando comprenden que tienen un trastorno, aceptan utilizar medicamentos bajo supervisión médica y se adhieren a su tratamiento (Norman et al., 2018; Soundy et al., 2015).

Acerca de la sintomatología se ha mencionado que las personas que presentan síntomas de menor gravedad tienen una mayor probabilidad de recuperarse (Norman et al., 2018; Valencia et al., 2015). A la par, suelen mejorar los sujetos que tienen una menor duración de la enfermedad no tratada, es decir menor tiempo entre el inicio de algún síntoma psiquiátrico y el inicio de un tratamiento adecuado (Bhullar et al., 2018).

Así mismo, son importantes el apoyo médico y psicológico que se ofrece a las personas a través de la psicoeducación, mediante técnicas cognitivo-conductuales que fomenten la adherencia al tratamiento, con el desarrollo de un plan para prevenir recaídas y el entrenamiento en habilidades

sociales, ya que el recibir asesoría para aprender a afrontar el padecimiento mental logran reducir sus síntomas y adquirir mayor funcionalidad (Roosenschoon et al., 2019).

Otro elemento que impacta en la mejoría de las personas es la presencia de comorbilidades como el consumo de sustancias psicoactivas, hipertensión arterial o diabetes. En estos casos se ha señalado que las personas necesitan cambiar hábitos de salud realizando ejercicio y reduciendo el uso de tabaco o alcohol para poder mejorar (Gandhi & Jones, 2020; Soundy et al., 2015; Wassink-Vossen et al., 2019).

Adicionalmente, la participación de la familia o amigos y el seguimiento facilitan el alcance de la mejoría, en especial en personas a las que se les prescribe fármacos y tienen dificultad para comprender las instrucciones (Gandhi et al., 2020; Gandhi & Jones, 2020).

Por último, un aspecto que influye a nivel personal, clínico y funcional es tener la oportunidad de acceder a otros servicios que brinden un significado y propósito en la vida o donde las personas disfruten de nuevas experiencias que les permita estar activos (Gandhi & Jones, 2020). Cuando el sujeto elige integrarse a otros servicios médicos, culturales, deportivos, religiosos, comunitarios o sociales, crea conexiones sociales que son de gran ayuda al hacerle sentir escuchado, protegido, aceptado y valorado (Soundy et al., 2015).

La evaluación de la recuperación

Debido a que la recuperación puede ser observada desde una perspectiva clínica y desde un enfoque personal, Slade (2009) menciona que existen elementos relacionados con el diagnóstico, el uso de servicios de salud, el funcionamiento de la persona o del tratamiento que permiten operacionalizar la recuperación y facilitan su investigación.

Entren los criterios que permiten evaluar la recuperación en los servicios de salud mental se encuentran la experiencia personal del propio sujeto y las prácticas en los servicios de salud

mental que ayudan a los usuarios a darle sentido y dirección a su vida al fomentar el bienestar y minimizar el impacto del trastorno (Slade, 2017). De esta forma, dos de los componentes que se valoran son:

- El desarrollo de una identidad positiva y los roles sociales del usuario: el sujeto adquiere la capacidad de diferenciar su condición de salud de otros elementos que lo hacen único, por ejemplo, ser hijo o hija, ser padre o madre, ser amigo, ser esposo, etc. De tal forma que se reconoce como una persona y no como un enfermo.
- La resignificación y la gestión de su condición de salud mental: la persona comprende que tener un trastorno no es una sentencia ni determina el curso de su vida. Su condición de salud es sólo un aspecto entre otros componentes de los que puede disfrutar en el presente y en el futuro. Aparte adquiere habilidades para gestionar su condición de salud y hacerse responsable de su propia vida.

Por otro lado, entre los elementos que se utilizan para determinar que las personas mejoran a nivel clínico están que el sujeto deje de cumplir con todos los criterios diagnósticos del trastorno, que no haya requerido hospitalización durante los últimos 5 años por alguna crisis, que presente un funcionamiento psicosocial esperado para su edad, que sea dado de alta y que deje de tomar medicamentos o lo haga en dosis bajas. En otros casos también se añaden aspectos funcionales, donde además de manifestar una remisión completa de los síntomas, la persona tiene que reintegrarse a la escuela o conseguir un trabajo de tiempo parcial o completo, debe vivir de forma independiente sin el apoyo de algún cuidador y tener nuevos amigos con quienes pase el tiempo y comparta diversas experiencias (Slade, 2009).

Para realizar estas valoraciones se cuenta con algunos instrumentos, entre ellos están: *Mental Health Recovery Measures, Maryland Assessment of Recovery in Serious Mental Illness*

Scale, Illness Management and Recovery Scale y la más utilizada *Recovery Assessment Scale*, la cual ha sido validada en países de habla hispana como España y Argentina (van Weeghel et al., 2019).

De forma específica, la *Recovery Assessment Scale* fue creada a partir de las narraciones de personas con alguna condición de salud mental y sus 24 ítems están distribuidos en cinco dimensiones (Fukui & Salyers, 2021):

- Confianza personal y esperanza: se pregunta a la persona si siente aprecio por sí misma, si ha pensado en quién quiere convertirse, si cree que es alguien agradable para los demás, si puede manejar lo que sucede en su vida, si continúa teniendo nuevos intereses, si tiene esperanza en su futuro y si cree que tendrá buenas experiencias.
- Capacidad para pedir ayuda: se indaga si la persona reconoce cuándo necesita ayuda y si está dispuesta a pedirla cuando lo requiere.
- Orientación hacia las metas y el éxito: La persona responde si tiene el deseo de alcanzar el éxito, si tiene metas, si cree que podrá alcanzar sus metas y si cree tener un propósito en la vida.
- Confianza en los demás: se pregunta a la persona si hay alguien más que crea o se preocupe por ella, si tiene conocidos con los que pueda contar y si piensa que es importante tener amigos.
- Dominio de los síntomas: se cuestiona a la persona si su condición de salud mental es el foco principal de su existencia, junto con la duración e interferencia de los síntomas en su vida.

De esta forma se evalúa el alcance de una recuperación donde la persona mejora a nivel personal y secundariamente a nivel clínico.

En resumen, el enfoque de recuperación es una perspectiva que fomenta la autodeterminación de las personas y el establecimiento de metas que guíen el actuar de los sujetos que padecen algún trastorno mental, con el fin de hallar los roles que se quieren tener dentro de la comunidad. Por ello la OMS (2013) y la OPS (2014) indican la importancia de realizar intervenciones bajo el enfoque de recuperación en los centros de atención de salud mental para que las personas comprendan cuáles son sus capacidades y desafíos por superar, logren participar activamente en las actividades que les generen bienestar, sean autónomas, con identidad social y con un propósito en la vida. Teniendo presente que ciertos elementos pueden influir en el alcance de la recuperación (Bhullar et al., 2018; Gandhi & Jones, 2020; Norman et al., 2018; Soundy et al., 2015; Valencia et al., 2015; Vita & Barlati, 2018; Wassink-Vossen et al., 2019).

A partir de lo expuesto sobre este tema, en el siguiente capítulo se aborda la estrategia que tiene México para atender la salud mental de la población.

Capítulo 2. Estrategia de salud mental en México

A nivel mundial, las enfermedades mentales han sido un problema de salud en aumento, pero mediante el uso de herramientas como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) o la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), se ha logrado plantear criterios clínicos precisos que auxilian en el diagnóstico de trastornos mentales y que permiten cuantificar su presencia en distintas poblaciones (Rentería-Rodríguez, 2018).

En 1990 los trastornos mentales eran la 13° causa de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD)¹, para el 2019 fueron la séptima causa principal de AVAD en el mundo. Se ha encontrado que entre 1990 y 2019 hubo un aumento al pasar de 80.8 millones a 125.3 millones de AVAD debido a trastornos mentales (Global Burden of Disease, 2022).

En la región de América, gran parte de los problemas de salud corresponden a trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias (TMNS). Se ha calculado que abarcan el 19% del total de AVAD y el 34% de años perdidos por discapacidad (APD)², siendo así el subgrupo más grande que causa mortalidad combinada y discapacidad entre las personas, estando por encima de las lesiones y las enfermedades transmisibles, los trastornos maternos-infantiles y nutricionales (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018).

En general, la discapacidad que sufren las personas con trastornos mentales se relaciona con la severidad del padecimiento que tienen. A modo de ejemplo, las personas con trastornos mentales graves, como la esquizofrenia, llegan a manifestar mayores dificultades debido a la presencia de síntomas que impactan el funcionamiento social, la vida laboral, familiar y personal (Díaz-Castro et al., 2019; Secretaría de Salud, 2014). En el caso de Centroamérica, la mayor

¹ Es un indicador compuesto por la mortalidad y la discapacidad atribuibles a una enfermedad dada.

² Proporcionan una medida de la prevalencia de la enfermedad ponderada en función de su impacto discapacitante.

proporción de discapacidad debido a trastornos mentales corresponden al trastorno bipolar, la epilepsia y los trastornos de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia (OPS, 2018).

Trastornos mentales en México

Para el caso de México, la OPS (2018) ha reportado que el trastorno depresivo y la distimia representan el 7.6% del total de APD. Por su parte, la ansiedad generalizada, el trastorno de pánico, las fobias sociales, el trastorno por estrés postraumático y los trastornos obsesivos compulsivos equivalen al 3.5% del total de APD. En el caso de los trastornos de comienzo habitual en la infancia y adolescencia como el autismo, los trastornos de la conducta, la discapacidad intelectual y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad suponen el 3.1% de los APD. También existen otros problemas que generan discapacidad como la esquizofrenia (1.8%), el trastorno bipolar (1.6%), la epilepsia (1.4%), los trastornos por consumo del alcohol (1.1%), los trastornos debidos al consumo de sustancias como cannabinoides, cocaína, anfetaminas y opioides (1.1%), y la demencia (1%).

En el territorio mexicano, el 18% de la población que radica en zonas urbanas y con una edad de 15 a 64 años, vive con algún trastorno del estado de ánimo como ansiedad, depresión o fobia. Adicionalmente se ha reportado un problema en el uso de sustancias, ya que aproximadamente 13 millones de personas son fumadoras, 3 millones presentan adicción al alcohol y se calcula que existen más de 400 mil personas con una adicción a psicotrópicos (Rentería-Rodríguez, 2018).

En México entre el año 2000 y 2005 se siguieron las propuestas establecidas por la OMS y se realizaron estudios para conocer la presencia de trastornos en niños, adolescentes y adultos, las necesidades de atención y el uso de los servicios de salud mental. Durante ese periodo había 103 millones de habitantes en el país, existía un nivel medio de desarrollo, la esperanza de vida de

los hombres y mujeres era de 73 y 78 años respectivamente, y existía una tasa de mortalidad baja (4.4 defunciones por cada 1,000 habitantes). En cuanto a las condiciones de vida, se observaba que algunos adolescentes entre 12 a 17 años desertaban de la escuela para atender responsabilidades de un adulto tal como vivir con una pareja, criar a un bebé o trabajar tiempo completo. Así mismo en lugares como el hogar, la escuela y la comunidad los adolescentes estaban expuestos a la violencia, la inseguridad, la venta de drogas y la delincuencia, lo que provocaba que vivieran la muerte repentina de un ser querido, un accidente de tránsito o abuso sexual (Benjet, Borges, Medina-Mora, Blanco, et al., 2009; Medina-Mora et al., 2009).

Teniendo en cuenta esto, las afecciones mentales se presentan y repercuten de forma distinta en cada etapa del desarrollo humano. A continuación, se describen algunas de estas en cada grupo de edad.

Niños

Durante la niñez los seres humanos adquieren una gran cantidad de habilidades. Por ejemplo, se desarrolla el lenguaje que contribuye a la interacción social y la comprensión de pensamientos y emociones, se incrementa el nivel de atención, junto con la rapidez y eficiencia al procesar información del entorno. No obstante, elementos como la predisposición genética, el nivel socioeconómico, el acceso a servicios de salud, el hogar donde se crece y la exposición a sustancias tóxicas, impactan en el desarrollo de los niños y pueden provocar problemas de salud mental en algunos (Papalia & Martorell, 2015).

Los resultados de anteriores investigaciones muestran que en esta etapa los trastornos que comúnmente se han manifestado son la ansiedad de separación a los 5 años y el trastorno por déficit de atención a los 6 años. En los niños de 7 y 8 años se ha reportado la presencia de fobia específica y el trastorno oposicionista (Medina-Mora et al., 2009). Entre otras conductas, estos

trastornos provocan un temor anormal y persistente por separarse del cuidador, perturbación en las actividades y en la capacidad de mantener la atención, pánico a ciertos objetos o lugares y un comportamiento notablemente desobediente y perjudicial, lo cual genera un deterioro en el funcionamiento normal del menor en su entorno (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2000).

Adolescentes

La adolescencia es la etapa del desarrollo humano caracterizada por el aumento de la autonomía, la autoestima, la intimidad y la búsqueda de la propia identidad. Aunque en esta etapa se puede tener un gran adelanto cognitivo, social y emocional, ciertas conductas de riesgo y estilos de vida poco saludables pueden poner en peligro el desarrollo de los adolescentes y aumentar la probabilidad de sufrir enfermedades (Papalia & Martorell, 2015).

En México, la Secretaría de Salud (2014) ha indicado que el 24.7% de los adolescentes presentan uno o más problemas de salud mental, siendo las afecciones más comunes los trastornos de ansiedad, el trastorno por déficit de atención, la depresión, los trastornos por el uso de sustancias y el intento suicida.

Adicional a esto, los resultados de la Encuesta Mexicana de Salud Mental Adolescente realizada en el año 2005 en la Ciudad de México y el área metropolitana señalan que las mujeres presentaban principalmente fobias específicas y sociales, depresión mayor, trastorno negativista desafiante y agorafobia. En el caso de los hombres se reportaba principalmente fobias específicas y sociales, seguido por el trastorno negativista desafiante, abuso de alcohol y trastorno disocial (Benjet, Borges, Medina-Mora, Méndez, et al., 2009).

Lo cual provoca afectaciones como tener un miedo persistente y disfuncional hacia objetos, lugares o multitudes, pérdida de interés o capacidad para disfrutar actividades que normalmente

eran importantes y placenteras, frecuentes discusiones, rabietas y desafíos graves hacia las indicaciones de los adultos (OMS, 2000).

Adultos

En la etapa de la adultez las personas han adquirido distintos logros y responsabilidades. Por ejemplo, obtener un grado académico, estar en una relación de pareja, tener hijos o mantener un trabajo estable. Por ello, los adultos utilizan el conocimiento que tienen para resolver problemas de forma práctica o alcanzar otras metas en múltiples áreas de la vida. Sin embargo, debido al cúmulo de responsabilidades el estrés puede aumentar y, aunado a una vida sedentaria, uso constante de sustancias y relaciones conflictivas, es posible que aparezcan afecciones físicas y mentales (Papalia & Martorell, 2015).

En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada entre 2001 y 2002, se indicaba que seis de cada 20 mexicanos alguna vez en su vida han tenido algún trastorno psiquiátrico. También se describía que el 14.3% de las personas han presentado ansiedad, el 9.2% trastornos de uso de sustancias y el 9.1% trastornos afectivos. Además, en este estudio las mujeres primordialmente experimentaban fobias específicas y sociales al igual que un episodio depresivo mayor. Mientras que los hombres generalmente manifestaban dependencia al alcohol, trastornos de conducta y abuso de alcohol sin dependencia (Medina-Mora et al., 2003).

De forma más reciente, los hallazgos reportados por Agudelo-Botero et al. (2021) indican que de 1990 a 2019 la prevalencia de desórdenes depresivos (F32-F34 según la clasificación CIE-10), aumento un 121.5% en México, al pasar de 2.1 millones a 4.6 millones de personas que viven con esta condición de salud mental. Igualmente, se mostró un incremento en la incidencia del 129.6% al pasar de 2.3 millones en 1990 a 5.4 millones de personas en 2019. Siendo las mujeres

quienes presentan mayor prevalencia (21.2%) e incidencia (27.7%) de desórdenes depresivos en comparación con los hombres (6.8% y 9.8% respectivamente).

Igualmente, en los adultos dependiendo del tipo de trastorno que se tengan, se desencadenan distintas conductas disfuncionales, a saber, inquietud e incapacidad para relajarse, irritabilidad persistente, pérdida de interés en actividades que normalmente eran placenteras, agresividad, alteración del juicio y deterioro de la atención por el uso de sustancias, entre otras (OMS, 2000).

Adultos mayores

Los adultos mayores experimentan una variedad de cambios físicos y cognitivos, por eso se vuelven más selectivos con relación a las tareas a las que destinan tiempo y esfuerzo. En algunas personas aparecen o se agravan ciertas enfermedades crónicas por factores sociales o anteriores hábitos, surgiendo la necesidad de tener un cuidador (Papalia & Martorell, 2015).

Entre los adultos mayores la depresión es el problema de salud mental más frecuente. Se estima que lo padecen un 15 a 20% de la población que recibe atención ambulatoria y de un 25 a 40% de la población hospitalizada (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores [INAPAM], 2019). También se ha encontrado una prevalencia del 6.1 a 8.6% para la demencia en adultos de 60 años o más (Sosa-Ortíz et al., 2017).

Entre las afectaciones que provocan estos trastornos se encuentran los sentimientos de desesperanza, la pérdida de interés por las cosas que se hacían normalmente y un deterioro de la memoria que dificulta el aprendizaje o la evocación de información anteriormente aprendida, lo cual obstaculiza la realización de las actividades (OMS, 2000).

Programa de Acción Específico en Salud Mental: 2013-2018 / 2020-2024

En el Programa de Acción Específico en Salud Mental 2013-2018 (Secretaría de Salud, 2014) se señalaba que, para mejorar la calidad de vida y reducir los costos de los servicios de salud, era imprescindible brindar una atención desde una perspectiva comunitaria que fomentara la rehabilitación psicosocial y la reinserción social de aquellos que viven con una enfermedad mental. Se reconocía la importancia de favorecer un proceso integral de recuperación centrado en el usuario. Sin embargo, se limitaba a recomendar talleres para que las personas adquirieran habilidades, generaran recursos económicos y los usaran en las tiendas de los hospitales donde recibían atención con el fin de crear una sensación de autonomía y fomentar la inducción laboral. En otros casos se sugería paseos terapéuticos para que los usuarios pudieran tener contacto con la comunidad, ofrecerles hospedaje en casas de medio camino para vivir temporalmente o darles apoyo económico para que pudieran pagar la renta de un departamento independiente. Por otro lado, para promover una mejor atención en los servicios de salud mental, se establecían como líneas de acción el garantizar el abasto de medicamentos y la existencia de materiales y personal especializado para atender a la población (Secretaría de Salud, 2014).

Es decir, las estrategias tenían como meta que las personas accedieran a un tratamiento farmacológico, controlaran sus síntomas, adquirieran habilidades personales o laborales para encontrar un empleo y lograran ser independientes. No obstante, algunas instituciones de carácter ambulatorio y comunitario se excluían del programa, como los Centros Comunitarios de Salud Mental (CECOSAM) de la Ciudad de México, lo cual refleja la segmentación que ha existido en la atención de la salud mental en el país (Heatley-Tejada, 2020).

En contraste, el Programa de Acción Específico en Salud Mental y Adicciones 2020-2024 señala de forma explícita la importancia de reorganizar los servicios de atención primaria,

incluidos los CECOSAM, para cubrir la brecha de atención en salud mental. Más aún, determina que uno de los objetivos de los centros de atención debe ser el empoderar a las personas que viven con un trastorno mental y discapacidad psicosocial, con el fin de mejorar su calidad de vida y promover el respeto de los derechos humanos. Con base en esto, el tratamiento de las personas que acuden al primer nivel de atención tiene que partir de las necesidades particulares que tienen, según su edad, y sin dejar de lado la influencia de los determinantes sociales (Secretaría de Salud, 2021).

A su vez, se fija como meta de los servicios ofrecer una atención que fomente la recuperación de las personas con trastornos mentales y adicciones, para esto se recomienda llevar a cabo acciones que fortalezcan la resiliencia y las relaciones interpersonales, la autonomía e identidad de los usuarios, el manejo de situaciones de crisis e inclusión social, además de favorecer la vinculación con otros servicios culturales, educativos, deportivos y laborales dentro de la comunidad para fomentar el bienestar (Secretaría de Salud, 2021).

Esto muestra que en México comienza una transición para que las personas que viven con un trastorno mental reciban una atención basada en un enfoque que tome en cuenta sus necesidades para poder alcanzar un mayor bienestar (Díaz-Castro et al., 2019; Servicios de Atención Psiquiátrica [SAP], 2021)

La función de los Centros Comunitarios de Salud Mental (CECOSAM) de los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP) en la Ciudad de México

Con la intención de alcanzar todos los planteamientos establecidos en el Programa de Acción Específico en Salud Mental y Adicciones 2020-2024, se propone la creación de la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA) como una institución descentralizada para dirigir, normativizar y conducir la estrategia de salud mental y adicciones en México. Este organismo, fusionaría el trabajo del Secretariado Técnico del Consejo Nacional de

Salud Mental (STCONSAME), la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP). De esta forma se busca coordinar y optimizar los recursos, servicios y programas de salud mental (Secretaría de Salud, 2021; SAP, 2021).

Como instancia reguladora, los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP), dirigen los programas de los hospitales psiquiátricos Fray Bernardino Álvarez, Dr. Samuel Ramírez Moreno y Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro. Asimismo, coordina la función de tres Centros Comunitarios de Salud Mental en la Ciudad de México (CECOSAM). La misión de SAP es apoyar en la reducción de la brecha de atención psiquiátrica al ofrecer servicios integrales y de calidad especializados, bajo un enfoque comunitario que respeta los derechos humanos, además de abogar por el desarrollo de investigación en psiquiatría. De igual forma, su visión como institución es ser un referente nacional respecto a la prestación de servicios psiquiátricos al respetar los derechos humanos y contribuir a la formación de recursos humanos de excelencia (Servicios de Atención Psiquiátrica [SAP], 2014). Por ello genera mecanismos de vinculación entre las instituciones de seguridad social y del sector salud para brindar tratamiento de trastornos mentales, apoya en la creación de normas oficiales mexicanas y formula instrumentos normativos relacionados con la atención psiquiátrica (Secretaría de Salud et al., 2011).

Los tres Centros Comunitarios de Salud Mental son: CECOSAM Zacatenco, donde se da consulta de lunes a viernes de 07:00 a 14:00 horas y se ubica en la colonia Residencial Zacatenco en la delegación Gustavo A. Madero (Servicios de Atención Psiquiátrica [SAP], 2017c). El segundo es el CECOSAM Cuauhtémoc, donde se atiende a la población en un horario de 07:00 a 21:00 horas en la colonia Santa María la Ribera, delegación Cuauhtémoc (Servicios de Atención Psiquiátrica [SAP], 2017a). Por último, el CECOSAM Iztapalapa, el cual atiende a la población

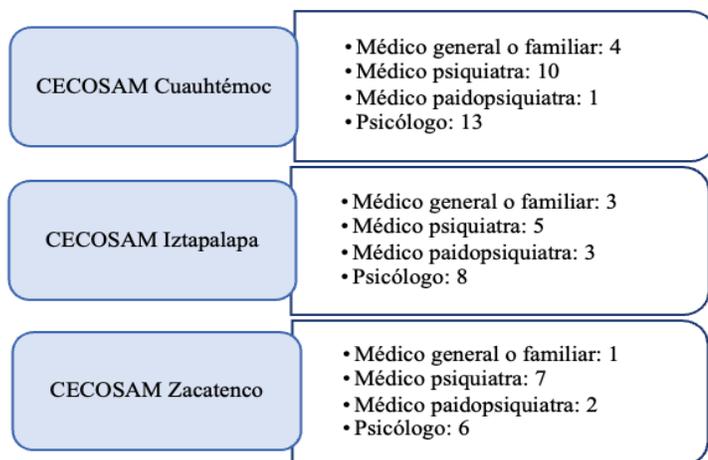
en un horario de 07:00 a 15:30 horas en la colonia Leyes de Reforma tercera sección, en la alcaldía Iztapalapa (Servicios de Atención Psiquiátrica [SAP], 2017b).

En los CECOSAM la atención es brindada por el personal médico con especialidad en psiquiátrica o paidopsiquiatra, además las personas reciben terapia individual, familiar o grupal, según lo requieran. La consulta está enfocada en la población que no cuenta con seguridad social, con una edad de seis años en adelante y que es canalizada por un servicio médico o escolar de alguna institución pública, por ello los costos relacionados con la atención se establecen a partir de un estudio socioeconómico (SAP 2017a, SAP 2017b, SAP 2017c).

El planteamiento inicial buscaba que cada alcaldía de la Ciudad de México contara con un Centro Comunitario de Salud Mental, pero sólo se logró establecer tres unidades para brindar atención multidisciplinaria a las personas que tienen problemas psiquiátricos y del comportamiento, mediante profesionales de medicina, psicología, enfermería y trabajo social. Con base en los anuarios estadísticos de los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP, 2018), en la Figura 1 se muestra el promedio de personal de salud que laboró en cada unidad de 2015 a 2017.

Figura 1

Promedio de personal de salud en los CECOSAM entre 2015 y 2017



Respecto al perfil laboral, la dirección general de recursos humanos de los Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP, 2020) indica que en sus unidades el personal de medicina general y familiar corresponde a profesionales que demostraron tener entre ocho a 36 meses de experiencia como médico general en un área rural o urbana. Por su parte, los especialistas en psiquiatría son profesionales que demostraron contar con 24 meses de experiencia al incorporarse a las unidades de salud mental. Así mismo, el equipo de psicología tenía por lo menos un año de experiencia en la práctica clínica al comenzar a laborar en estas unidades.

Desafíos para la atención de la salud mental desde el enfoque de recuperación en México

Aunque en México se han enunciado distintas propuestas para mejorar los servicios de salud mental, existen retos a superar para alcanzar una atención desde la perspectiva de la recuperación. Por ejemplo, se ha descrito que entre las instituciones hay una segmentación que dificulta la creación de políticas y operaciones para la atención de los problemas mentales y adicciones. Además, a nivel nacional no hay un consenso sobre qué es la salud mental, ya que en algunas entidades se retoma la definición establecida en el artículo 72 de la Ley General de Salud³, pero existen estados que la conceptualizan de forma distinta, esto significa que no existe un acuerdo respecto a lo que implica la salud mental y aquello que debería de alcanzar la población (Valdez-Santiago et al., 2021).

De la misma manera, el modelo de atención ha estado enfocado en los hospitales psiquiátricos, lo cual dificulta la consolidación del tratamiento de forma ambulatoria en servicios

³ Estado de bienestar físico, mental, emocional y social determinado por la interacción del individuo con la sociedad y vinculado al ejercicio pleno de los derechos humanos

de primer nivel (Saavedra-Solano et al., 2016; SAP, 2021). Ligado a esto, se ha presentado un rezago económico ya que, del presupuesto que se asigna al sector salud, únicamente el 2% se destina a la atención de la salud mental y el 80% de este se asigna a hospitales psiquiátricos, aunque estos están relacionados con resultados sanitarios deficientes y con violaciones de los derechos humanos de los usuarios (Asamblea Mundial de la Salud 65, 2012; Valdez-Santiago et al., 2021)

Igualmente se ha señalado que México enfrenta desafíos en la promoción, prevención y tratamiento de la salud mental. Para ilustrar esto, las personas con un trastorno mental grave sufren una brecha de atención del 80%, en comparación con el 40% que se vive en países con un ingreso alto. En general se sabe que, entre las personas de 18 a 65 años que presentan un padecimiento mental, sólo una de cada cinco recibe tratamiento. Además, la demora para la búsqueda de atención oscila entre 4 y 20 años según el tipo de padecimiento (Díaz-Castro et al., 2019; Secretaría de Salud, 2014).

La cantidad de recursos humanos es otro reto en el sistema de salud mental mexicano, dado que el número de profesionales no es suficiente para atender las necesidades de toda la población. Se estima que por cada 100 000 habitantes hay 0.52 trabajadores sociales, 0.58 médicos, 0.67 psiquiatras y 2.11 psicólogos, que se concentran en zonas como la Ciudad de México, Jalisco y Nuevo León (Alduenda et al., 2019; Díaz-Castro et al., 2019).

Asimismo, la falta de programas destinados al acceso de un empleo u otras prestaciones sociales es un asunto que requiere atención. Aunque con anterioridad se establecía la necesidad de brindar capacitación o apoyo a las personas con trastornos mentales para el desarrollo de habilidades laborales, son pocas las ofertas para poner de manifiesto las aptitudes que se han aprendido en un proceso de capacitación (Berenzon-Gorn et al., 2013).

Para comenzar a modificar algunas de estas cuestiones, el 16 de mayo de 2022 se realizó una reforma a la Ley General de Salud en el apartado de salud mental y adicciones (Ley General de Salud [L.G.S.], 2022). En esta reforma se señala que la función de todos los servicios de salud mental es que las personas consigan la recuperación y el despliegue de sus capacidades al convivir, trabajar o realizar actividades recreativas. Por ello se menciona que la recuperación implica el empoderamiento de las personas y que es algo distinto para cada sujeto según sus necesidades.

En función de esto, se reconoce que las personas con trastornos mentales tienen derecho a conocer y elegir entre distintas formas de tratamiento tras escuchar los beneficios y riesgos de cada uno. Además, se establece la importancia de garantizar la comprensión de la información para todos, incluidos los niños y adolescentes, quienes deben de ser escuchados para que su voluntad y sus preferencias sean tomadas en cuenta en el tratamiento y, de este modo, poder garantizar su recuperación.

A modo de síntesis, los trastornos mentales son un problema de salud pública que se ha presentado en distintas regiones del mundo. Por esta razón, es necesario que los servicios de salud brinden una atención de calidad que fomente el pleno desarrollo de las capacidades de cada persona que ya vive con algún trastorno mental.

En México, la propuesta es que los servicios de salud mental comiencen a transitar hacia una atención que favorezca la recuperación integral, ya que las personas tienen el derecho a recibir una atención digna y de calidad que se ajuste a sus necesidades, dicho en otras palabras, que tome en cuenta sus opiniones, metas y circunstancias de vida.

Para conseguir este cambio es importante conocer qué entiende el personal de salud por mejoría, para comprender cuál es el fin último del tratamiento que se ofrece en los servicios de salud mental. Igualmente respecto a este tema, en México se requieren estudios que muestren el

efecto que tienen ciertas variables sociodemográficas, clínicas y económicas sobre la mejoría de las personas que han acudido a tratamiento a alguna institución del primer nivel de atención, ya que los datos que se tienen sólo muestran que la atención de las personas con algún trastorno mental ha quedado subordinado por otros problemas y que es visto como un asunto que únicamente puede tratarse por instituciones especializadas como los hospitales psiquiátricos.

Una vez que se ha desarrollado este tema, en el siguiente capítulo se aborda el método utilizado.

Capítulo 3. Método

Justificación

Cuando una persona acude a tratamiento porque presenta alguna condición de salud mental, puede recibir una atención cuyo fin sea reducir sus síntomas o reincorporarse a sus actividades. Sin embargo, los servicios de salud deben encaminarse hacia una perspectiva que preste atención a las personas y lo que requieren, para que sea el mismo sujeto quien decida las metas a trabajar en su proceso, evitando reducir la intervención únicamente a ciertos aspectos clínicos.

Los datos encontrados señalan que en México existen personas, desde niños hasta adultos mayores, que viven con algún trastorno y que requieren tratamiento. Por consiguiente, es importante describir los aspectos de la salud o de la vida diaria que se toman en cuenta para indicar una mejoría en el usuario que recibe atención en los servicios de salud. Además, es fundamental contar con información científica que evidencie si las condiciones de vida de las personas o sus características clínicas determinan el alcance de una mejoría.

Por estas razones, el desarrollo de la presente investigación facilitaría la comprensión de la mejoría que actualmente consiguen los usuarios que acuden a tratamiento en el primer nivel de atención, es decir, permitiría describir cómo entiende la mejoría el personal de salud mental que brinda la atención y las variables que la favorecen desde dos perspectivas de análisis.

Por un lado, desde la perspectiva cualitativa, a través del análisis semántico latente, se busca describir el concepto de mejoría por parte del personal de salud. Además, desde la perspectiva cuantitativa, se pretende identificar las características de los usuarios con mejoría y el efecto que tienen sobre esta algunas variables sociodemográficas, económicas y clínicas de las personas.

Al utilizar estas dos perspectivas, se contaría con más información que permitiría ampliar el conocimiento de este tema dentro del contexto mexicano. Así mismo, fungiría como un precedente al describir los logros que se están alcanzando en el tratamiento de las personas que acuden al sistema de salud mental y aquello que debe reestructurarse para migrar hacia el enfoque de la recuperación, tal como se plantea en el Programa de Acción Específico en Salud Mental y Adicciones 2020-2024.

Pregunta de investigación

Para el personal de salud de los Centros Comunitarios de Salud Mental (CECOSAM), ¿Cuál es el concepto de mejoría en los usuarios y qué factores sociodemográficos, económicos y clínicos se relacionan con esta?

Objetivo general

Identificar el concepto de mejoría reportado por el personal de salud en los CECOSAM y evaluar su asociación con los factores sociodemográficos, económicos y clínicos de los usuarios.

Objetivos específicos

1. Analizar el concepto de mejoría reportado por el equipo de salud de los CECOSAM para determinar su fundamento clínico, funcional o social en niños, adolescentes y adultos.
2. Describir las características sociodemográficas, económicas y clínicas de los usuarios que presentan mejoría, según el reporte del equipo de salud de los CECOSAM.
3. Determinar el efecto de los factores sociodemográficos, clínicos y económicos sobre la mejoría de los usuarios de los CECOSAM.

Enfoque y diseño de estudio

Se empleó un diseño mixto secuencial, ya que primero se hizo un análisis cualitativo y posteriormente un análisis cuantitativo de la información. Para esto, se realizó un análisis secundario de una base de datos elaborada en los Servicios de Atención Psiquiátrica, derivada del protocolo de investigación “Caracterización de los usuarios que acuden a los Centros Comunitarios de Salud Mental (CECOSAM) de los Servicios de Atención Psiquiátrica”. Esta base está compuesta por expedientes clínicos que fueron seleccionados de forma aleatoria y que corresponden a la atención que recibieron las personas en el año de 2017 en los CECOSAM Zacatenco, Iztapalapa y Cuauhtémoc.

Hernández-Sampieri et al. (2014) señalan que aplicar un enfoque mixto implica utilizar datos numéricos, verbales o textuales para entender un problema. De este modo en una investigación se obtiene mayor entendimiento y claridad sobre un tema. Además, la información permite explicar los hallazgos que se hagan cuantitativa o cualitativamente.

Variables

Mejoría

Definición conceptual: Implica que, tras el tratamiento de alguna condición de salud mental, la persona muestre señales clínicas o personales que evidencien parte de su recuperación, tal como la remisión completa de los síntomas, conseguir un empleo o asistir a la escuela, tener esperanza en el futuro y en la capacidad de vivir significativamente, contar con metas personales, realizar actividades en la comunidad, tener una vida social y familiar estable o conocerse a sí mismo (Slade, 2009; Whitley & Drake, 2010; WHO, 2019b).

Definición operacional: se retomó la variable nombrada *reporte de mejoría* con el fin de identificar a los usuarios que habían concretado algún cambio tras recibir atención. Así mismo, en

la base de datos se revisó la variable cualitativa llamada *nota de mejoría* donde se encontraba registrada parte de la descripción que hacia el equipo de salud respecto a la mejoría que obtenían los usuarios de los CECOSAM.

Factores sociodemográficos

Definición conceptual: son aquellos datos sociales que describen las características de las personas.

Definición operacional: se consideraron las variables de sexo, edad, estado civil y la escolaridad de las personas.

Factores económicos

Definición conceptual: indicador que señala la cantidad de recursos con los que cuenta una persona.

Definición operacional: se retomaron las variables de trabajo y nivel de ingresos.

Factores clínicos

Definición conceptual: características de las personas que describen la condición de salud física y mental que tienen.

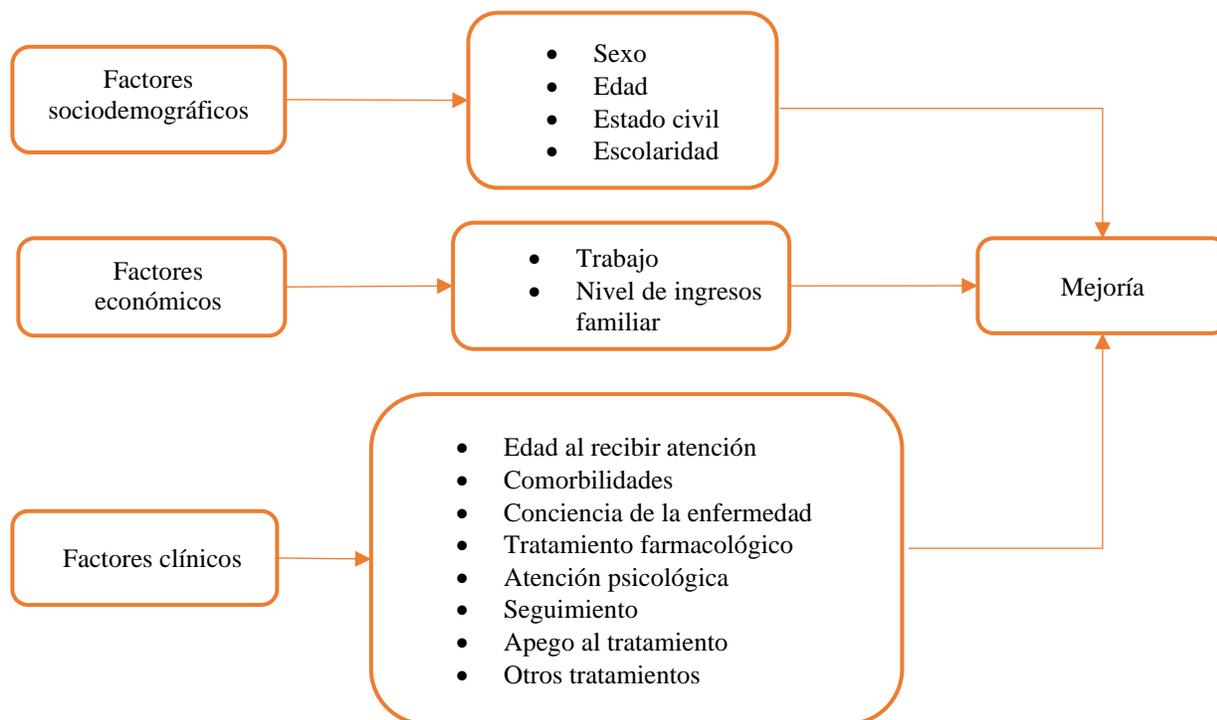
Definición operacional: corresponde a las variables de inicio de la atención, comorbilidad, conciencia de la enfermedad, tratamiento farmacológico, apego al tratamiento, atención psicológica, seguimiento y otro tratamiento fuera del CECOSAM.

Para mayor detalle del tipo y valores de las variables que fueron utilizadas de la base de datos, se ha colocado la Tabla 1 en el [anexo 1](#).

En la Figura 2 se muestra el modelo conceptual de mejoría con las variables estudiadas en esta investigación.

Figura 2

Propuesta del modelo conceptual de mejoría



Unidades de análisis

Expedientes clínicos de usuarios que fueron atendidos durante el 1 de enero de 2015 al 31 de diciembre de 2017 en los CECOSAM Cuauhtémoc, Zacateco e Iztapalapa.

Muestra

Para realizar la base de datos, se calculó el tamaño de la muestra a partir de la población que recibió tratamiento entre 2015 y 2017, considerándose un margen de error del 5%, un nivel de

confianza del 95% y una variabilidad del 50%. Posteriormente, se estratificó a partir de la proporción de cada grupo de edad:

- 20% menores de 10 años
- 30% el grupo de 10 a 19 años
- 12% las personas entre 20 y 29 años
- 30% el grupo de 30 a 59 años
- 8% las personas de 60 años o más

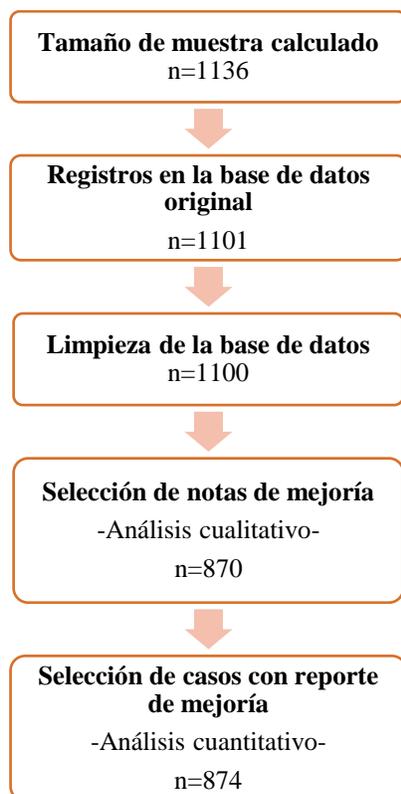
De esta manera se obtuvo que la muestra debía estar compuesta por 1136 casos. Para la selección aleatoria, se solicitó una lista con los folios de los expedientes de las personas que se atendieron en los tres CECOSAM durante el año 2017 y se añadió un 20% más de folios para completar el tamaño de la muestra en caso de que no se encontrara alguno de los expedientes en el archivo clínico de cada unidad.

Muestra analítica

Para los propósitos de la investigación, se emplearon los datos de los casos que tenían información de las variables sociodemográficas, clínicas, económicas y de mejoría. De tal forma que, del total de la muestra calculada, se logró recopilar la información de 1101 expedientes de personas que acudieron a atención en el año de 2017 a los CECOSAM Zacatenco, Iztapalapa y Cuauhtémoc. Para esta investigación, los criterios de inclusión fueron que, tras revisar y limpiar la base original, el expediente registrado en la base de datos contara con notas y reporte de mejoría. En la Figura 3, se esquematiza el proceso que se realizó para seleccionar el número de casos de la base original.

Figura 3

Proceso de selección de la muestra analítica



Instrumento

Para registrar la información de cada expediente y crear la base de datos original, se elaboró un instrumento ([anexo 2](#)) con los siguientes apartados: ficha de identificación y datos personales, trayectoria laboral, características sociodemográficas, búsqueda de atención previa, antecedentes médicos no psiquiátricos, reconstrucción del consumo de sustancias, antecedentes familiares, padecimiento al ingreso al CECOSAM, tratamiento en el seguimiento, indicadores en el seguimiento y efectividad del tratamiento.

Para evaluar la utilidad del instrumento se realizó un piloteo del 10% de los expedientes revisados de los CECOSAM, lo cual permitió identificar la calidad de la información obtenida y

los ajustes necesarios. En total, el instrumento final consta de 145 variables con preguntas cerradas y abiertas.

En esta investigación, el instrumento permitió identificar las variables sociodemográficas, económicas, clínicas y de mejoría que fueron de interés, junto con sus respectivos valores dentro de la base de datos.

Procedimiento

Respecto a la base de datos original, el equipo de trabajo estuvo conformado por tres investigadoras principales que supervisaron el estudio, seis estudiantes de servicio social en investigación que recolectaron los datos y tres enlaces de investigación ubicados en cada CECOSAM. Las investigadoras impartieron capacitación a los estudiantes sobre los objetivos del estudio, los planteamientos que se buscaban comprobar y el instrumento a utilizar.

El protocolo de la base original fue sometido al comité de investigación de los Servicios de Atención Psiquiátrica y, de acuerdo con el artículo 17 de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, se consideró sin riesgo al ser una investigación documental retrospectiva sin intervenciones fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos. Así mismo, los datos de identificación de los sujetos se mantuvieron resguardados y en confidencialidad.

Se solicitó a cada CECOSAM el listado de los números de expedientes abiertos durante el año 2017, y se realizó la selección aleatoria de los mismos mediante el comando *bsample* de Stata, de acuerdo con la cuota de cada grupo de edad. Para la recolección de datos los estudiantes de servicio social acudieron directamente a cada CECOSAM, y solicitaban al área de archivo los números de expedientes seleccionados para vaciar la información en formatos de la cédula. El llenado de las preguntas abiertas se dejó a criterio del equipo de recolección para que anotarán la información más relevante, según su apreciación. Esta labor de registro era supervisada

periódicamente por las investigadoras y una vez que se recopiló la información de todos los expedientes que se requerían, se evaluó la calidad del 10% de los registros y se construyó la base de datos original en formato Excel.

Para la presente investigación, primero se accedió a la base de datos original donde se reunió la información de los expedientes registrados. Para lo cual, se contó con la supervisión de una de las investigadoras principales que participó en su elaboración.

Una vez que se tuvo acceso a la base de datos, se realizó la limpieza de las variables de interés que previamente se habían identificado en el instrumento. Para la variable nota de mejoría se revisó el texto, se eliminaron las fechas de registro y se mantuvo las descripciones realizadas. También se codificaron las variables sociodemográficas, económicas y clínicas junto con el reporte de mejoría. Este proceso se realizó utilizando el programa Excel.

Seguidamente, se crearon dos bases de datos para alcanzar los objetivos de este estudio. Para el análisis cualitativo, se utilizó una base que agrupó a los usuarios por edad y que contenía la información textual sobre la mejoría que consiguieron las personas en los CECOSAM. Por otro lado, para el análisis cuantitativo se utilizó otra base con los casos que tenían reporte de mejoría y las variables sociodemográficas, clínicas y económicas de los usuarios.

Durante todo el proceso de investigación se mantuvo en confidencialidad los datos de identificación de los usuarios que formaron parte de la investigación.

Plan de análisis

El análisis de la información se llevó a cabo desde dos perspectivas. En primer lugar, se realizó un análisis cualitativo del concepto de mejoría establecido por el equipo de salud mental de los CECOSAM.

En este primer análisis se utilizó el programa RStudio versión 4.1.2 y la base de datos donde se agruparon a los usuarios por edad y que contenía sus respectivas descripciones de mejoría. La variable que se empleó fue *nota de mejoría*, la cual corresponde a una pregunta abierta del instrumento (pregunta 143) que se divide en tres secciones, donde el equipo que llevó a cabo la recolección apuntaba, con base en su propio criterio, la información sobre la mejoría reportada en los expedientes.

El primer paso fue crear el corpus mediante la función *tm* (text mining) y luego se utilizó la función *lsa* (latent semantic analysis) para crear una matriz de co-ocurrencia que permitió realizar el análisis semántico latente de las notas. En esta matriz las columnas representaban a los usuarios agrupados por edad y las filas las palabras empleadas por el equipo de salud al elaborar las notas.

Una vez realizado esto y con la intención de conocer de forma general la descripción que se realizó en las notas de los usuarios, se empleó la función *neighbors* para buscar los términos similares a la palabra mejoría a lo largo del corpus.

Seguidamente se identificó de forma más específica lo que implica el concepto de mejoría en los niños, adolescentes y adultos. Para esto se usó de la función *wordclouds* (nubes de palabras) y se obtuvo las palabras con mayor presencia en cada grupo de notas. Así mismo, en la matriz de co-ocurrencia se ubicaron los términos más frecuentes que coincidían entre los usuarios.

Posteriormente, para ampliar la información sobre la mejoría que presenta cada grupo, se buscaron las similitudes semánticas (*neighbors*) de tres términos presentes en la matriz que fueron utilizados en niños y adolescentes, y tres que fueron utilizados en los adultos.

Por último, para identificar el fundamento clínico, funcional y social de la mejoría en los usuarios, se obtuvo las similitudes semánticas (*neighbors*) de los términos *clínica*, *funcional* y *social*, y se observó la presencia de palabras encontradas en los análisis anteriores.

En todos estos análisis la similitud semántica de los términos se reportó con los valores de coseno que se hallaron. En este caso cuando los valores de coseno son más cercanos a 1 indican una mayor similitud.

El análisis cualitativo se llevó a cabo tomando en cuenta el contexto o el ambiente al que pertenecen los documentos o unidades de estudio que formaron el corpus. Es decir, en la presente investigación el contexto corresponde al tratamiento que brinda el personal de salud en los Centros Comunitarios de Salud Mental de la Ciudad de México y las unidades que se sometieron al análisis semántico latente fueron el conjunto de notas de mejoría agrupadas por edad.

Una vez que se consiguieron estos resultados, se procedió a la segunda perspectiva utilizando el programa estadístico STATA 16. En esta, se realizó un análisis cuantitativo sobre las características de los usuarios que reportaron mejoría y del efecto de las variables sociodemográficas, económicas y clínicas sobre la misma.

Para describir las características de los usuarios que presentaron mejoría, según el reporte del equipo de salud de los CECOSAM, se aplicó un análisis bivariado mediante la prueba chi cuadrada usando la variable de reporte de mejoría y las variables sociodemográficas, económicas y clínicas.

La variable de reporte de mejoría corresponde a una pregunta cerrada del instrumento (pregunta 141) y es de tipo nominal. También las variables sociodemográficas (pregunta 3, 4, 8, 9), económicas (pregunta 16, 21) y clínicas (pregunta 33, 91, 97, 99, 101, 104, 115, 121), son preguntas cerradas del instrumento de tipo nominal, a excepción de tres variables: inicio de

atención, edad y nivel de ingresos, ya que son preguntas abiertas en el instrumento. Estas tres variables se agruparon en la base de datos que se utilizó para que fueran variables ordinales al aplicar los análisis.

Por su parte, para conocer la asociación de las variables sociodemográficas, clínicas y económicas sobre la mejoría, se realizó un análisis de regresión logística donde:

- La variable dependiente fue el reporte de mejoría
- Las variables independientes fueron:
 - a. Sociodemográficas: el sexo, la edad, el estado civil y la escolaridad.
 - b. Económicas: si la persona tenía un trabajo y su nivel de ingresos familiar.
 - c. Clínicas: el inicio de la atención, presencia de comorbilidad, conciencia de la enfermedad, el tratamiento farmacológico, la atención psicológica, el apego al tratamiento, el seguimiento y otro tratamiento fuera del CECOSAM.

En este análisis se retomaron los dos primeros valores de la variable dependiente (no y sí) con el fin de cumplir las especificaciones que exige la prueba. Todos los resultados se consideraron estadísticamente significativo cuando $p < .05$. Para medir la bondad de ajuste del modelo que se obtuvo de la prueba de regresión logística, se aplicó la prueba de Hosmer-Lemeshow.

Capítulo 4. Resultados

En la Tabla 3 se presenta la distribución de 874 usuarios de los CECOSAM. En promedio la edad fue de 24 años (DE = 18.6) y en su mayoría cuenta con educación básica (67%). Los resultados muestran que el 76% de los usuarios no tiene un empleo y en promedio el ingreso familiar mensual fue de \$7,150 (DE = 148).

Para los factores clínicos, el 77% de los usuarios recibieron tratamiento farmacológico y el 73% contó con seguimiento en su tratamiento. Así mismo, el promedio de edad al iniciar la búsqueda de la atención fue de 23 años (DE = 18.4), el 29% reportó conciencia de la enfermedad, el 14% tuvo apego al tratamiento, y el 10% recibió otro tratamiento fuera del CECOSAM.

Tabla 3

Descripción de la muestra de usuarios de los CECOSAM

Variab les	n	%
<i>Sociodemográficas</i>		
Sexo (n=874)		
Hombres	485	55
Mujeres	389	45
Edad¹ (n=873)		
Menores de 10 años	207	24
10 a 19 años	281	32
20 a 29 años	82	9
30 a 59 años	249	29
60 años o más	54	6
Estado civil (n=874)		
Soltero	627	72
Casado/ en unión libre	162	19
Divorciado	37	4
Viudo	18	2
No se reporta	30	3
Escolaridad (n=874)		
Sin estudios	17	2
Educación básica	587	67
Media superior	176	20
Superior	72	8
No se reportó	22	3
<i>Económicas</i>		
Trabajo (n=867)		
Sí	140	16
No	663	76
No se reporta	64	7

Continúa...

Variables	n	%
Nivel de ingresos² (n=836)		
Menos de \$5,000	257	29
Entre \$5,000 y \$10,999	468	54
Entre \$11,000 y \$17,000	87	10
Más de \$17,000	24	3
Clínicas		
Edad al iniciar la búsqueda		
Atención³ (n=415)		
Menos de 10 años	134	32
Entre los 10 y 19 años	92	22
Entre los 20 y 29 años	45	11
Entre los 30 y 59 años	124	30
A los 60 años o más	20	5
Conciencia de la enfermedad (n=872)		
Sí	249	29
No	125	14
No se reporta	498	57
Comorbilidad (n=868)		
Sí	401	46
No	467	53
Tratamiento farmacológico (n=864)		
Sí	674	77
No	190	22
Apego al tratamiento (n=687)		
Sí	118	14
No	181	21
No se reporta	388	44
Atención psicológica (n=731)		
Sí	341	39
No	298	34
No se reporta	92	11
Seguimiento (n=871)		
Sí	637	73
No	207	24
Abandonó y/o volvió a solicitar tratamiento	27	3
Otro tratamiento (n=741)		
Sí	87	10
No	94	11
No se reporta	560	64

Nota: 1. \bar{x} =24, DE= 18.6

2. \bar{x} =\$7,150, DE= 148

3. \bar{x} =23 DE =18.4

En cuanto a las condiciones de salud mental, los usuarios menores de 10 años (76%) y entre 10 a 19 años (50%) recibieron tratamiento para algún trastorno del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia (F90-F98), a saber, trastornos

hipercinéticos, disociales, del comportamiento y de las emociones. En los usuarios de 20 a 29 años (43%) y entre 30 a 59 años (39%) se atendió algún trastorno neurótico secundario a situaciones estresantes y somatomorfos (F40-F48), por ejemplo, trastornos de ansiedad, reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación. En los usuarios de 60 años o más (41%), las principales condiciones de salud mental fueron los trastornos del humor o afectivos (F30-F39), tal como depresión (Tabla 4).

Tabla 4

Condiciones de salud mental en usuarios de los CECOSAM (N=857)

Diagnóstico recibido al ingresar según CIE-10	< 10 años n=203		10 a 19 años n=274		20 a 29 años n=81		30 a 59 años n=245		60 años más n=54		Total n (%)
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
F00-F09 Trastornos orgánicos	1	0.5	2	0.7	1	1	8	3	8	15	20(2.3)
F10-F19 Trastornos debido al consumo de sustancias	-	-	3	1	3	4	8	3	-	-	14(1.6)
F20-F29 Esquizofrenia o ideas delirantes	2	1	2	0.7	11	14	28	11	6	11	49(5.7)
F30-F39 Trastornos del humor	5	3	43	16	20	25	91	37	22	41	181(21.1)
F40-F48 Trastornos neuróticos	13	6	40	15	35	43	95	39	16	29	199(23.1)
F50-F59 Trastornos del comportamiento	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	1(0.1)
F60-F69 Trastornos de la personalidad	-	-	2	0.7	8	10	7	3	-	-	17(1.9)
F70-F79 Discapacidad mental	7	3	21	7	1	1	7	3	1	2	37(4.3)
F80-F89 Trastornos del desarrollo	17	8	17	6	1	1	-	-	-	-	35(4)
F90-F98 Trastornos en la infancia y adolescencia	154	76	138	50	1	1	-	-	-	-	293(34)
G40-G47 Trastornos episódicos y paroxísticos	4	2	6	2	-	-	1	0.5	-	-	11(1.2)

Resultados cualitativos

Se analizó la información de 870 notas para conocer el concepto de mejoría descrito por los profesionales de la salud. Con el fin de contar con un número de notas similar en cada rango de edad, se reagruparon a los usuarios. De esta manera el número de notas que se revisaron fue el siguiente:

- Menores de 10 años: 245 notas
- De 10 a 19 años: 279 notas
- De 20 a 39 años: 146 notas
- 40 años o más: 200 notas

El análisis semántico latente (LSA) se inició creando un corpus a partir de las notas de mejoría de los cuatro grupos. Después, se obtuvo un campo semántico mediante una matriz de co-ocurrencia con cuatro columnas (grupos de edad) y 1,153 filas (palabras presentes en las notas).

Una vez realizado esto, se buscaron las similitudes semánticas de la palabra “*mejoría*”. En la Tabla 1 se observa de manera general que, entre la descripción de la mejoría de los usuarios, se encuentran términos como “tranquilo”, “comportamiento”, “integración”, “alta”, “asintomático” y “adaptación”.

Tabla 5*Similitudes semánticas para el término “mejoría”*

Mejoría			
Términos	Coseno de similitud	Términos	Coseno de similitud
1. Tranquilo	0.99	21. Rendimiento	0.86
2. Control	0.98	22. Estable	0.86
3. Madre	0.97	23. Relajado	0.86
4. Comportamiento	0.97	24. Socializa	0.82
5. Desempeño	0.97	25. Obediente	0.81
6. Problemas	0.97	26. Funcional	0.77
7. Casa	0.96	27. Feliz	0.74
8. Escuela	0.94	28. Asintomático	0.70
9. Calificaciones	0.93	29. Motivación	0.70
10. Apoyo	0.93	30. Independiente	0.69
11. Aprende	0.93	31. Medicación	0.69
12. Integración	0.93	32. Reincorporarse	0.69
13. Reportes	0.93	33. Responsable	0.69
14. Social	0.93	34. Satisfacción	0.69
15. Trabajando	0.93	35. Ganas	0.67
16. Dosis	0.92	36. Pronóstico	0.65
17. Conductual	0.91	37. Duerme	0.64
18. Concentración	0.90	38. Ansiedad	0.63
19. Alta	0.90	39. Adaptación	0.62
20. Avance	0.89	40. Amigos	0.62

En la figura 5 se agrupan las palabras encontradas en las notas de mejoría de los usuarios de 10 a 19 años. Entre los términos aparecen “escuela”, “conducta”, “madre”, “tranquilo”, “ánimo” y “calificaciones”.

Figura 5

Términos utilizados en notas de usuarios entre 10 a 19 años



Por otro lado, en la figura 6 se observan las palabras que se utilizaron en las notas de los usuarios con una edad de 20 a 39 años. Entre las expresiones se encuentran las palabras “ansiedad”, “ánimo”, “tranquilo”, “tranquila”, “estable” y “síntomas”.

Figura 6

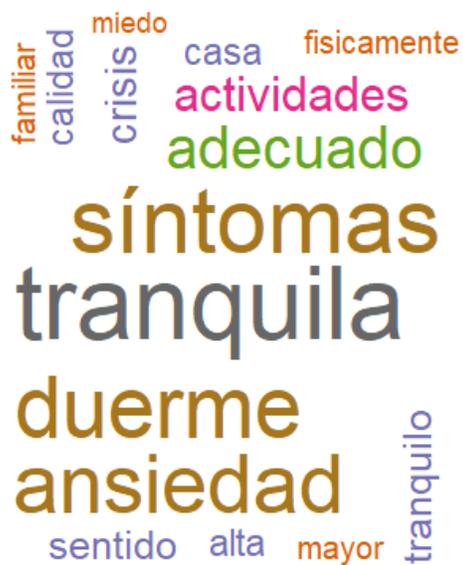
Términos utilizados en notas de mejoría de usuarios entre 20 a 39 años



Finalmente, para los usuarios de 40 años o más se encontraron las palabras presentadas en la figura 7, entre las que destacan “tranquila”, “síntomas”, “duerme”, “ansiedad” y “actividades”.

Figura 7

Términos utilizados en notas de mejoría de usuarios de 40 años o más



Una vez identificados estos términos, se buscó la frecuencia de las palabras en cada grupo de edad a través de la matriz de co-ocurrencia. En la Tabla 6, se muestra que términos como “escuela”, “conducta”, “tranquilo”, “atención”, “madre”, “calificaciones” y “reportes” son palabras más comunes al describir la mejoría de los usuarios menores de 19 años. En cambio, para los usuarios de 20 años o más, las palabras más utilizadas al describir la mejoría fueron “ánimo”, “ansiedad”, “duerme”, “síntomas”, “tranquila” y “disminuido”.

Tabla 6

Co-ocurrencia de palabras en notas de mejoría de usuarios de los CECOSAM

Palabras	Frecuencia de cada palabra por grupo de edad			
	Menores de 10 años	De 10 a 19 años	De 20 a 39 años	40 años o más
Escuela	55	57	3	0
Conducta	48	35	2	1
Tranquilo	31	27	13	7
Atención	27	10	0	0
Madre	25	32	5	3
Casa	19	18	1	6
Escolar	17	20	1	0
Rendimiento	16	7	1	0
Mamá	14	10	1	2
Calificaciones	13	15	0	0
Trabaja	13	4	4	0
Problemas	12	9	4	5
Tareas	12	7	0	0
Reportes	11	14	0	0
Quejas	10	9	1	0
Ánimo	2	20	17	20
Estable	7	15	9	13
Aprovechamiento	9	12	0	0
Sueño	7	11	6	17
Tranquila	2	10	10	23
Ansiedad	5	10	25	18
Mayor	5	10	0	5
Duerme	4	9	14	19
Síntomas	6	4	12	20
Disminuido	3	9	9	10

Posteriormente, se analizaron seis términos más presentes en la matriz de co-ocurrencia con el fin de ampliar la información encontrada. Se examinaron las similitudes de tres términos hallados en niños y adolescentes, y tres en adultos jóvenes y mayores.

En la Tabla 7 se observa que, entre los niños y adolescentes, las expresiones más cercanas a la palabra “*conducta*”, son “cooperador”, “escolares”, “promedio”, “tareas” y “obediente”. Para el término “*tranquilo*”, se hallaron las palabras “favorable”, “problemas”, “casa”, “escuela” y “juega”. En el caso de la expresión “*madre*”, aparecieron los vocablos “comportamiento”, “aprovechamiento”, “apoyo”, “aprende” y “contento”.

En la misma tabla se observa que, con referencia a los adultos jóvenes y mayores, algunos términos similares a la palabra “*ánimo*” fueron “aísla”, “estable”, “energía”, “come” y “familia”. Por otro lado, el término “*ansiedad*” mantuvo similitud con palabras como “salir”, “aliño”, “convivencia”, “ejercicio” y “pareja”. A su vez, entre las palabras más cercanas a “*duerme*” están los términos “síntomas”, “convivencia”, “laboral”, “humor” y “tranquilidad”.

Tabla 7

Similitudes semánticas de algunos términos hallados en la matriz de co-ocurrencia

Niños y adolescentes						Adultos jóvenes y mayores					
1. Conducta		2. Tranquilo		3. Madre		1. Ánimo		2. Ansiedad		3. Duerme	
Términos	Coseno	Términos	Coseno	Términos	Coseno	Términos	Coseno	Términos	Coseno	Términos	Coseno
<i>Cooperador</i>	0.99	<i>Favorable</i>	0.99	<i>Comportamiento</i>	0.99	<i>Aísla</i>	0.99	<i>Salir</i>	0.97	<i>Salir</i>	0.97
<i>Escolares</i>	0.99	<i>Mejoría</i>	0.99	<i>Escolar</i>	0.99	<i>Antidepresivo</i>	0.99	<i>Tratamiento</i>	0.95	<i>Tratamiento</i>	0.97
<i>Cambio</i>	0.99	<i>Problemas</i>	0.98	<i>Reportes</i>	0.98	<i>Ganas</i>	0.99	<i>Duerme</i>	0.95	<i>Síntomas</i>	0.97
<i>Clases</i>	0.99	<i>Control</i>	0.98	<i>Aprovechamiento</i>	0.98	<i>Seguir</i>	0.99	<i>Apetito</i>	0.94	<i>Ayuda</i>	0.93
<i>Promedio</i>	0.99	<i>Hace</i>	0.96	<i>Calificaciones</i>	0.98	<i>Relación</i>	0.99	<i>Laboral</i>	0.94	<i>Estable</i>	0.91
<i>Compañeros</i>	0.99	<i>Desempeño</i>	0.96	<i>Actitud</i>	0.98	<i>Estable</i>	0.96	<i>Tristeza</i>	0.93	<i>Convivencia</i>	0.91
<i>Mamá</i>	0.99	<i>Mamá</i>	0.96	<i>Apoyo</i>	0.98	<i>Energía</i>	0.95	<i>Disminuye</i>	0.93	<i>Ejercicio</i>	0.91
<i>Tareas</i>	0.99	<i>Casa</i>	0.96	<i>Aprende</i>	0.98	<i>Salir</i>	0.94	<i>Ganas</i>	0.93	<i>Higiene</i>	0.91
<i>Quejas</i>	0.97	<i>Comportamiento</i>	0.96	<i>Asistir</i>	0.98	<i>Ayuda</i>	0.94	<i>Seguir</i>	0.93	<i>Actividades</i>	0.91
<i>Aprende</i>	0.98	<i>Quejas</i>	0.96	<i>Contento</i>	0.98	<i>Come</i>	0.92	<i>Aliño</i>	0.92	<i>Laboral</i>	0.82
<i>Contento</i>	0.98	<i>Escuela</i>	0.94	<i>Cumple</i>	0.98	<i>Funcional</i>	0.91	<i>Convivencia</i>	0.92	<i>Relajado</i>	0.79
<i>Cumple</i>	0.98	<i>Trabajando</i>	0.94	<i>Integración</i>	0.98	<i>Pronóstico</i>	0.90	<i>Ejercicio</i>	0.92	<i>Conflictos</i>	0.77
<i>Casa</i>	0.97	<i>Promedio</i>	0.94	<i>Concentración</i>	0.97	<i>Medicamento</i>	0.90	<i>Pareja</i>	0.92	<i>Humor</i>	0.77
<i>Obediente</i>	0.95	<i>Juega</i>	0.93	<i>Iniciativa</i>	0.91	<i>Síntomas</i>	0.86	<i>Energía</i>	0.88	<i>Tranquilidad</i>	0.77
<i>Trabaja</i>	0.91	<i>Participa</i>	0.93	<i>Social</i>	0.87	<i>Familia</i>	0.81	<i>Calmando</i>	0.76	<i>Afecto</i>	0.74

Por último, se buscaron las expresiones más similares a “clínica”, “funcional” y “social”. En la Tabla 8 se puede observar que la palabra “clínica” mantiene cercanía con conceptos como “consulta”, “enfermedad”, “sintomatología”, “dosis” y “pronóstico”. El término “funcional” se acerca a palabras como “adaptado”, “familia”, “acciones”, “calificaciones” y “concentración”. A su vez, la palabra “social” tiene similitud con los términos “desempeño”, “tranquilo”, “comportamiento”, “escuela” y “participa”.

Tabla 8

Similitudes semánticas para las palabras “clínica”, “funcional” y “social”

Clínica		Funcional		Social	
Términos	Coseno	Términos	Coseno	Términos	Coseno
<i>Consulta</i>	1	<i>Irritabilidad</i>	0.95	<i>Tolerante</i>	1
<i>Enfermedad</i>	1	<i>Adaptado</i>	0.93	<i>Desempeño</i>	0.97
<i>Alteraciones</i>	0.98	<i>Ayudando</i>	0.93	<i>Aprendizaje</i>	0.94
<i>Avance</i>	0.98	<i>Contenta</i>	0.93	<i>Tranquilo</i>	0.93
<i>Trabajando</i>	0.96	<i>Estabilizado</i>	0.93	<i>Control</i>	0.91
<i>Alta</i>	0.95	<i>Familia</i>	0.93	<i>Relajado</i>	0.91
<i>Medicamento</i>	0.94	<i>Motivación</i>	0.93	<i>Agresividad</i>	0.90
<i>Sintomatología</i>	0.94	<i>Relación</i>	0.92	<i>Comportamiento</i>	0.90
<i>Psicología</i>	0.94	<i>Hogar</i>	0.91	<i>Madre</i>	0.87
<i>Conductas</i>	0.92	<i>Ánimo</i>	0.91	<i>Quejas</i>	0.85
<i>Dosis</i>	0.92	<i>Acciones</i>	0.87	<i>Escuela</i>	0.83
<i>Pronóstico</i>	0.86	<i>Calificaciones</i>	0.87	<i>Salón</i>	0.81
<i>Evolucionando</i>	0.81	<i>Concentración</i>	0.87	<i>Participa</i>	0.81

En síntesis, el análisis semántico latente que se ha realizado ha permitido identificar el concepto de mejoría en el personal de salud de los CECOSAM y los fundamentos clínicos, funcionales y sociales que lo componen.

Los resultados muestran que los principales criterios que indican una mejoría en niños y adolescentes son que la madre realice una valoración positiva del comportamiento que tiene el menor en casa y en la escuela, que el usuario logre mantener la concentración, realice sus actividades, participe y mejore las calificaciones.

Por otra parte, en el caso de los adultos jóvenes y mayores los elementos que describen la mejoría son el apegarse al tratamiento farmacológico y poder controlar la sintomatología, contar con energía y ánimo para hacer ejercicio, trabajar y convivir con la familia o la pareja. Además de lograr dormir, comer y mantener una rutina de higiene o aliño.

Resultados cuantitativos

Descripción de los usuarios con reporte de mejoría

Del total de la muestra el 53% de los usuarios se reportó con mejoría. En consideración a las características de los usuarios que presentaron mejoría según el reporte del equipo de salud de los CECOSAM (Tabla 9), se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p<0.05$) en las variables sociodemográficas de sexo y edad, junto con las variables clínicas de conciencia de la enfermedad, tratamiento farmacológico, apego al tratamiento, atención psicológica, seguimiento y otro tratamiento.

En primer lugar, en las variables sociodemográficas, la mejoría se reportó principalmente en hombres y fue menor en mujeres ($\chi^2=5.07$, $p<0.05$). Respecto a la edad, los menores de 10 años tuvieron una mayor proporción de casos con mejoría ($\chi^2=12.58$, $p<0.05$).

En segundo lugar, en las variables clínicas se encontró una cantidad superior a la esperada de personas sin mejoría y con conciencia de la enfermedad ($\chi^2=12.44$, $p<0.01$). Por otro lado, se observó una mayor proporción de mejoría en aquellos que tuvieron tratamiento farmacológico ($\chi^2=13.57$, $p<0.001$), se apegaron a su tratamiento ($\chi^2=35.49$, $p<0.001$), recibieron atención psicológica ($\chi^2=32.15$, $p<0.001$), contaron con seguimiento ($\chi^2=214.87$, $p<0.001$) y tomaron otro tratamiento fuera del CECOSAM ($\chi^2=15.19$, $p<0.001$).

Tabla 9*Descripción de los usuarios con reporte de mejoría*

Variables	n(%)	Mejoría		χ^2, p
		Sí n(%)	No n(%)	
Total	874 (100)	464 (53)	410 (47)	
Sociodemográficas				
Sexo				
Hombres	485 (55)	274 (56)	211 (44)	5.07, 0.024
Mujeres	389 (45)	190 (49)	199 (51)	
Edad				
Menores de 10 años	207 (24)	131 (63)	76 (37)	12.58, 0.013
10 a 19 años	281 (32)	145 (52)	136 (48)	
20 a 29 años	82 (9)	37 (45)	45 (55)	
30 a 59 años	249 (29)	124 (50)	125 (50)	
60 años o más	54 (6)	26 (48)	28 (52)	
Estado civil				
Soltero	627 (72)	341 (54)	286 (46)	2.27, 0.685
Casado/ en unión libre	162 (19)	81 (50)	81 (50)	
Divorciado	37 (4)	19 (51)	18 (49)	
Viudo	18 (2)	10 (56)	8 (44)	
No se reporta	30 (3)	13 (43)	17 (57)	
Escolaridad				
Sin estudios	17 (2)	10 (59)	7 (41)	5.01, 0.285
Educación básica	587 (67)	322 (55)	265 (45)	
Media superior	176 (20)	90 (51)	86 (49)	
Superior	72 (8)	30 (42)	42 (58)	
No se reportó	22 (3)	12 (55)	10 (45)	
Económicas				
Trabajo				
Sí	140 (16)	69 (49)	71 (51)	4.93, 0.085
No	663 (77)	348 (52)	315 (48)	
No se reporta	64 (7)	42 (66)	22 (34)	
Nivel de ingresos				
Menos de \$5,000	257 (31)	145 (56)	112 (44)	5.26, 0.153
Entre \$5,000 y \$10,999	468 (56)	253 (54)	215 (46)	
Entre \$11,000 y \$17,000	87 (10)	37 (43)	50 (57)	
Más de \$17,000	24 (3)	12 (50)	12 (50)	

Continúa...

Variables	Mejoría			χ^2, P
	n(%)	Sí n(%)	No n(%)	
Total	874 (100)	464 (53)	410 (47)	
Clínicas				
Edad al iniciar la búsqueda atención				
Menos de 10 años	134 (32)	87 (65)	47 (35)	5.61, 0.230
Entre 10 y 19 años	92 (22)	54 (59)	38 (41)	
Entre 20 y 29 años	45 (11)	21 (47)	24 (53)	
Entre 30 y 59 años	124 (30)	68 (55)	56 (45)	
A los 60 años o más	20 (5)	11 (55)	9 (45)	
Conciencia de la enfermedad				
Sí	249 (29)	110 (44)	139 (56)	12.44, 0.002
No	125 (14)	66 (53)	59 (47)	
No se reporta	498 (57)	288 (58)	210 (42)	
Comorbilidad				
Sí	401 (46)	217 (54)	184 (46)	0.23, 0.627
No	467 (54)	245 (52)	222 (48)	
Tratamiento farmacológico				
Sí	674 (78)	382 (57)	292 (43)	13.57, <0.001
No	190 (22)	79 (42)	111 (58)	
Apego al tratamiento				
Sí	118 (17)	105 (89)	13 (11)	35.49, <0.001
No	181 (26)	103 (57)	78 (43)	
No se reporta	388 (57)	247 (64)	141 (36)	
Atención psicológica				
Sí	341 (47)	242 (71)	99 (29)	32.15, <0.001
No	298 (41)	149 (50)	149 (50)	
No se reporta	92 (12)	64 (70)	28 (30)	
Seguimiento				
Sí	637 (73)	431 (68)	206 (32)	214.87, <0.001
No	207 (24)	19 (9)	188 (91)	
Abandonó y/o volvió a solicitar tratamiento	27 (3)	13 (48)	14 (52)	
Otro tratamiento				
Sí	87 (12)	70 (80)	17 (20)	15.19, 0.001
No	94 (13)	54 (57)	40 (43)	
No se reporta	560 (76)	331 (59)	229 (41)	

Modelo de mejoría

Mediante el análisis de regresión logística múltiple, se determinó el efecto de los factores sociodemográficos, económicos y clínicos sobre la mejoría de los usuarios en los CECOSAM. Para esto, se reagruparon algunas variables (Tabla 10) y se excluyeron los casos que no contaban con reporte.

Tabla 10

Variables reagrupadas para el análisis de regresión logística

Variab	n(%)	Total de casos
Edad		
Menores de 10 años	207(24)	873
De 10 a 19 años	281(32)	
De 20 a 39 años	189(22)	
Más de 40 años	196(22)	
Estado civil		
Soltero	627(74)	844
Casado/unión libre	162(19)	
Viudo/divorciado	55(7)	
Escolaridad		
Educación básica	587(70)	835
Media superior o superior	248(30)	
Trabajo		
No	663(83)	803
Sí	140(17)	
Nivel de ingresos		
Menos de \$5,000	257(31)	836
Entre \$5,000 y \$10,000	468(56)	
Más de \$11,000	111(13)	
Edad al iniciar la búsqueda de la atención		
Menos de 10 años	134 (32)	415
Entre los 10 y 29 años	137 (33)	
Más de 30 años	144 (35)	
Conciencia de la enfermedad		
No	125(33)	374
Sí	249(67)	
Apego al tratamiento		
No	181(61)	299
Sí	118(40)	

Continúa...

Variables	n(%)	Total de casos
Atención psicológica		
No	298(47)	639
Sí	341(53)	
Seguimiento		
No	234(27)	871
Sí	637(73)	
Otro tratamiento		
No	94(52)	181
Sí	87(48)	

Posteriormente, al aplicar el análisis de regresión logística, se encontró que el número de observaciones con el que trabajó el estadístico correspondía a menos del 10% de la muestra. Por esta razón se omitieron del análisis las variables “edad al iniciar la búsqueda de la atención”, “conciencia de la enfermedad”, “apego” y “otro tratamiento”, ya que contaban con un número limitado de respuestas y provocaban la reducción de observaciones en el análisis.

Con base en esto, el análisis se realizó con 527 observaciones utilizando como variables independientes el sexo, la edad, el estado civil, la escolaridad (sociodemográficas), el trabajo, el nivel de ingresos (económicas), la comorbilidad, el tratamiento farmacológico, la atención psicológica y el seguimiento (clínicas).

Como se muestran en la Tabla 11, las personas de 10 a 19 años, de 20 a 39 años y de 40 años o más, tienen menor probabilidad de presentar mejoría en comparación con los menores de 10 años. Por su parte, las personas que sí cuentan con tratamiento farmacológico, atención psicológica y seguimiento, tienen mayor probabilidad de reportar mejoría en comparación con quienes no disponen de alguna de estas condiciones.

Tabla 11
Efecto de las variables sociodemográficas, clínicas y económicas sobre la mejoría de los usuarios

Variables	OR	IC 95%	p-valor
Sociodemográficas			
Sexo			
Mujer	Ref.		
Hombre	1.18	[0.76, 1.81]	0.453
Edad			
Menores de 10 años	Ref.		
De 10 a 19 años	0.35	[0.20, 0.63]	<0.001
De 20 a 39 años	0.17	[0.08, 0.38]	<0.001
40 años o más	0.37	[0.15, 0.87]	0.024
Estado civil			
Soltero	Ref.		
Casado/unión libre	1.15	[0.60, 2.19]	0.668
Viudo/divorciado	1.01	[0.40, 2.51]	0.983
Escolaridad			
Educación básica	Ref.		
Media superior o superior	1.14	[0.68, 1.89]	.609
Económicas			
Trabajo			
No	Ref.		
Sí	1.61	[0.89, 2.90]	0.109
Nivel de ingresos			
Menos de \$5,000	Ref.		
Entre \$5,000 y \$10,999	0.94	[0.60, 1.49]	0.822
Más de \$11,000	1.06	[0.53, 2.14]	0.854
Clínicas			
Comorbilidad			
No	Ref.		
Sí	1.15	[0.76, 1.73]	.498
Tratamiento farmacológico			
No	Ref.		
Sí	2.60	[1.52, 4.43]	<0.001
Atención psicológica			
No	Ref.		
Sí	1.97	[1.29, 3.00]	0.002
Seguimiento			
No	Ref.		
Sí	11.96	[5.60, 25.50]	<0.001

La prueba de bondad de ajuste del modelo con la prueba de Hosmer-Lemeshow indicó un buen ajuste de los datos ($\chi^2=6.31$, $p=0.612$).

A manera de complemento, se realizó un modelo exclusivo para niños y adolescentes, y otro para adultos. En el caso de los niños y adolescentes, las variables independientes fueron la edad hasta los 19 años, el sexo, el nivel de ingresos, la comorbilidad, el tratamiento farmacológico, la atención psicológica y el seguimiento.

Como se muestra en la tabla 12, en comparación con los menores de 10 años, los usuarios de 10 a 19 años tienen menor probabilidad de presentar mejoría. Por su parte, los niños y adolescentes que sí reciben tratamiento farmacológico, atención psicológica y seguimiento, tienen mayor probabilidad de reportar mejoría en comparación con quienes no cuentan con ello.

Tabla 12

Efecto de las variables sociodemográficas, clínicas y económicas sobre la mejoría de niños y adolescentes (n=336)

Variab	OR	IC 95%	p-valor
<i>Sociodemográficas</i>			
Sexo			
Mujer	Ref.		
Hombre	0.83	[0.47, 1.48]	0.541
Edad			
Menores de 10 años	Ref.		
De 10 a 19 años	0.34	[0.19, 0.60]	<0.001
<i>Económicas</i>			
Nivel de ingresos			
Menos de \$5,000	Ref.		
Entre \$5,000 y \$10,999	1.77	[0.99, 3.17]	0.052
Más de \$11,000	2.13	[0.85, 5.34]	0.105
<i>Clínicas</i>			
Comorbilidad			
No	Ref.		
Sí	0.81	[0.48, 1.37]	.452
Tratamiento farmacológico			
No	Ref.		0.002
Sí	2.54	[1.40, 4.62]	
Atención psicológica			
No	Ref.		
Sí	2.62	[1.51, 4.52]	0.001
Seguimiento			
No	Ref.		
Sí	7.96	[3.17, 19.95]	<0.001

El modelo presentó un buen ajuste de los datos ($\chi^2=3.83$, $p=0.871$).

Para los adultos, se probó un modelo con las variables edad, sexo, escolaridad, estado civil, trabajo, nivel de ingresos, comorbilidad, tratamiento farmacológico, atención psicológica y el seguimiento.

En comparación con las mujeres, los hombres adultos tienen mayor probabilidad de reportar mejoría. También para los de 40 años o más, hay una mayor posibilidad de mostrar mejoría. Igualmente, quienes reciben tratamiento farmacológico y seguimiento, cuentan con mayor probabilidad de presentar mejoría en comparación con quienes no lo reciben (Tabla 13).

Tabla 13

Efecto de las variables sociodemográficas, clínicas y económicas sobre la mejoría en personas adultas (n=231)

Variables	OR	IC 95%	p-valor
<i>Sociodemográficas</i>			
Sexo			
Mujer	Ref.		
Hombre	2.00	[1.02, 3.90]	0.041
Edad			
De 20 a 39 años	Ref.		
40 años o más	2.02	[1.04, 3.95]	0.038
Estado civil			
Soltero	Ref.		
Casado/unión libre	1.20	[0.60, 2.36]	0.598
Viudo/divorciado	1.12	[0.42, 2.98]	0.807
Escolaridad			
Educación básica	Ref.		
Media superior o superior	1.15	[0.61, 2.14]	0.659
<i>Económicas</i>			
Trabajo			
No	Ref.		
Sí	1.87	[0.99, 3.53]	0.053
Nivel de ingresos			
Menos de \$5,000	Ref.		
Entre \$5,000 y \$10,999	0.56	[0.29, 1.08]	0.085
Más de \$11,000	0.36	[0.12, 1.03]	0.059
<i>Clínicas</i>			
Comorbilidad			
No	Ref.		
Sí	1.79	[0.93, 3.44]	0.080
Tratamiento farmacológico			
No	Ref.		
Sí	2.96	[1.04, 8.41]	0.041

Continúa...

Variables	OR	IC 95%	p-valor
Atención psicológica			
No	Ref.		
Sí	1.60	[0.85, 2.99]	0.140
Seguimiento			
No	Ref.		
Sí	15.81	[4.77, 52.30]	<0.001

La prueba Hosmer-Lemeshow indicó un buen ajuste de los datos ($\chi^2=2.94$, $p=0.964$).

A modo de resumen, el modelo general señala que, en comparación con quienes son menores de 10 años, los usuarios de los CECOSAM con una edad de 10 años o más tienen menor posibilidad de presentar mejoría. Adicionalmente, quienes reciben tratamiento farmacológico, atención psicológica y seguimiento presentan mayor probabilidad de mejorarse en los CECOSAM.

De manera particular, el modelo para niños y adolescentes enfatiza los mismos resultados. Por su parte, el modelo para adultos indica que es más probable la mejoría en los hombres cuando se tiene una edad de 40 años o más, al recibir tratamiento farmacológico y seguimiento.

Capítulo 5. Discusión

En este estudio, de los usuarios que recibieron atención en los CECOSAM durante el 2017, el 53% reportaron mejoría. Las niñas, niños y adolescentes acudieron principalmente por algún trastorno del comportamiento y las emociones. Los adultos entre 20 a 59 años recibieron atención para algún trastorno de ansiedad, estrés grave o de adaptación. Y los adultos de 60 años o más fueron tratados por presentar trastornos del humor, como depresión.

Los resultados cualitativos obtenidos mediante el análisis semántico latente exponen que para los profesionales de la salud existen particularidades y puntos en común al valorar la mejoría que consiguen las personas, y este varía por grupo de edad.

En el caso de las niñas, niños y adolescentes, adquiere importancia la opinión de la madre respecto a la conducta del usuario. Esto muestra que la madre funge el papel de cuidadora principal y a través de sus informes sobre el comportamiento del menor en la casa o la escuela, ayuda al profesional de la salud a determinar si se ha alcanzado una mejoría.

En los adultos jóvenes y mayores, la evaluación de mejoría realizada por los profesionales se centró en los cambios que tenían las personas a nivel físico. En estos usuarios los aspectos importantes fueron que lograron sentirse tranquilos y manifestaron estabilidad clínica, en otras palabras, un control o reducción de los síntomas. Adicionalmente, la mejoría implicó poder realizar de nuevo actividades esenciales como dormir, mantener una rutina de higiene o aseo, trabajar, hacer ejercicio, convivir con la familia o con la pareja y, finalmente para algunos, ser dado de alta de servicio.

En el análisis cuantitativo, de las 14 variables sociodemográficas, económicas y clínicas, se encontró que el tener menos de 10 años, recibir tratamiento farmacológico, contar con atención psicológica y tener seguimiento, estuvieron asociados con la presencia de mejoría en los niños y

adolescentes. Así mismo, en los adultos la mejoría se asocia con el sexo masculino, tener una edad de 40 años o más, recibir tratamiento farmacológico y contar con seguimiento.

Estos hallazgos, tanto cualitativos como cuantitativos, son un acercamiento a la mejoría que actualmente se consigue entre los usuarios que asisten a servicios de salud mental que pertenecen al primer nivel de atención en México.

En los niños y adolescentes, el significado de mejoría se establece a partir de las acciones que realizan en dos ambientes principales: el hogar y la escuela. Al brindar atención se espera modificar el comportamiento del usuario para que la familia pueda retomar su control, se eviten problemas por su conducta y pueda ser visto como cualquier otro niño o adolescente que no presenta alguna condición de salud mental. En otras palabras, se dice que el usuario mejora mostrándose funcional al cumplir con las expectativas que se tienen de su persona, ya sea como hijo o estudiante.

Por otro lado, para los profesionales de la salud la mejoría en los adultos se favorece a partir del uso de medicamentos, lo que facilita el control sintomatológico y propicia el restablecimiento de las relaciones personales y el autocuidado físico. Al ofrecer tratamiento a las personas adultas, se espera restaurar la condición de vida que tenía el sujeto antes de presentar un trastorno mental y que cumpla con los roles que ya tenía establecidos con su familia, pareja o en su entorno laboral. De esta forma, cuando los usuarios pueden realizar sus funciones diarias, los familiares logran identificar que han conseguido tranquilidad y estabilidad en su vida. Y con ello, posteriormente, es posible dar de alta del servicio tanto a niñas, niños, adolescentes y adultos.

A partir de esto, se evidencia que la mejoría que obtienen los usuarios a nivel clínico hace referencia a cuestiones relacionadas con la asistencia a las consultas, el control de los síntomas que causa la enfermedad, el uso de medicamentos, la evolución y el pronóstico que recibe la

persona. A nivel funcional implica recobrar la motivación y el ánimo para relacionarse con la familia, poder concentrarse en las actividades diarias y mejorar el rendimiento académico. Así mismo, a nivel social se espera tener a una persona que sea tranquila, que sea capaz de regular su comportamiento y no cause conflictos con los docentes, compañeros u otros familiares, a la vez que logra involucrarse en actividades esperadas para su edad y con el resto de la gente.

Estos hallazgos coinciden con lo registrado en anteriores investigaciones donde la mejoría que describían los profesionales de la salud hacía referencia al control sintomatológico, el retorno a un estado previo de salud y el cumplimiento de las actividades esperadas para la edad (Aston & Coffey, 2012; Ibrahim et al., 2022; Ng et al., 2011).

Autores como Vita & Barlati (2018) comentan que en las personas que viven con un trastorno se suele trabajar por una mejoría a nivel clínico y funcional. En la muestra de este estudio se ha encontrado que los profesionales de la salud encaminan sus esfuerzos hacia estos dos rubros, además del aspecto social anteriormente descrito, lo cual refleja el interés que se tiene por apoyar a los usuarios a nivel físico para que puedan ser capaces de entablar relaciones y cumplir con sus labores. A su vez, esto manifiesta lo imprescindible que es capacitar al equipo de salud en los CECOSAM, ya que Slade (2009) ha mencionado que un verdadero tratamiento enfocado en la recuperación tiene mayor interés en estimular en las personas una vida con significado, esperanza por el futuro, una identidad y la responsabilidad por el propio bienestar, yendo más allá del cumplimiento de un tratamiento farmacológico, el decremento de la sintomatología y el regreso a un estado de salud previo.

Por otra parte, al igual que en otros estudios se ha observado el gran papel que funge la familia en el tratamiento de las personas que viven con un trastorno mental (Gandhi & Jones, 2020). Lo cual enfatiza lo importante que es contar con gente que brinde apoyo y acompañe en el

proceso de mejoría y recuperación, pero que, a la vez, respete la autonomía que se tiene (Gamielidien et al., 2021; Schön et al., 2009).

En función de esto, es fundamental seguir contando con la participación de los cuidadores para salvaguardar la integridad de los menores que acuden a atención y es necesario escuchar las dudas y opiniones de los padres para brindarles la información y el apoyo que requieran (Gandhi & Jones, 2020). Ahora bien, desde la perspectiva personal de la recuperación, la voz del usuario es la que debe tener mayor peso en el tratamiento para favorecer su propio bienestar. Por esta razón, en los CECOSAM se requerirá reestructurar las políticas de atención para estimular las capacidades, metas y cubrir las necesidades de las personas que son usuarias y no solo de los cuidadores principales (Le Boutillier et al., 2011; Leamy et al., 2011).

Para finalizar con el componente cualitativo, un asunto relevante respecto al concepto de mejoría ha sido el hallazgo de la palabra *feliz* entre las notas. En algunos casos el personal de salud retomó este término del discurso de las personas para describir la satisfacción que sentían tras concretar ciertos logros clínicos, funcionales o sociales, lo cual demuestra que, entre los usuarios de los servicios de salud, es normal la idea de asistir a tratamiento para alcanzar la estabilidad clínica o intentar recuperar el estilo de vida previo. No obstante, la población que acude a atención tiene derecho a conocer que puede acceder a un tratamiento integral que debe ser descrito y facilitado al momento de acudir al servicio. Además, la persona debe saber que es su responsabilidad elegir en qué áreas se quiere enfocar en su proceso de recuperación. De este modo, habrá quienes decidan recibir una atención que se concentre en aspectos físicos y otros que busquen ir más allá de la evolución de sus síntomas para poder vivir significativamente, lo cual debe ser respetado por el personal de salud en los CECOSAM. Al final, la recuperación es un viaje,

un proceso único y personal elegido por las personas que viven con un trastorno mental (Leamy et al., 2011; OMS, 2015; Shepherd et al., 2008; Slade, 2009).

Con respecto al efecto de los factores sociodemográficos, clínicos y económicos sobre la mejoría de las personas, se han obtenido algunos datos que coinciden y otros que difieren de lo señalado en anteriores investigaciones.

En particular, en el presente estudio el ser un adulto hombre fue un elemento que predijo la mejoría, lo cual es distinto a lo comentado por otros autores que describen el alcance de mejoría en las mujeres (Albert et al., 2011; Verma et al., 2012; Wassink-Vossen et al., 2019).

Esta diferencia puede explicarse debido al tipo de trastornos que presentaron las personas en esta investigación. Como ya se comentó, los adultos jóvenes y de mediana edad recibieron principalmente un diagnóstico relacionado con trastornos de ansiedad, por estrés y de adaptación. Para este tipo de condiciones se ha reportado que el sexo de las personas influye en el curso de la enfermedad, siendo las mujeres quienes presentan mayor dificultad para responder satisfactoriamente a un tratamiento y, en consecuencia, lograr una mejoría (Arenas & Puigcerver, 2009; Narmandakh et al., 2021). Esto debido a que se enfrentan a factores físicos y sociales que fomentan el desarrollo y mantenimiento de este tipo de trastornos, por ejemplo, los cambios hormonales que viven desde la adolescencia hasta la vejez, la exposición al estrés debido a las múltiples responsabilidades como hijas, madres, trabajadoras, etc., y la exposición a la violencia o el acoso que existe en la sociedad (Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2019; Narmandakh et al., 2021)

En cuanto a la edad, dos han sido los grupos que lograron mejorar tras recibir atención en los CECOSAM. Por un lado, las niñas y niños menores de 10 años y los adultos de 40 años o más. Al igual que lo comentado por otros autores, se ha hallado que presentar síntomas a temprana edad

y recibir tratamiento profesional aumenta la probabilidad de alcanzar una mejoría (Albert et al., 2011; Norman et al., 2018; Verma et al., 2012), pero también existe esta posibilidad para las personas de mayor edad (Tse et al., 2015).

En el caso de los menores, usualmente llegan a asistir a consulta tras al reporte que realiza el docente de la conducta del niño y bajo el resguardo de sus madres, es decir, debido a su edad llegan a involucrarse distintas personas en su tratamiento, lo cual puede facilitarles el concretar un cambio a nivel funcional y social (Gandhi & Jones, 2020). A su vez, Tse et al. (2015) indica que, aunque no existe consenso sobre el porqué los adultos con mayor edad llegan a mejorar o presentar menos síntomas, esto puede deberse a que con el paso de los años y tras un oportuno tratamiento, las personas pueden ir dejando atrás ciertas manifestaciones que quizás antes eran más severas. Sin embargo, es necesario estudiar más la relación entre edad y mejoría en servicios de salud mental para contar con información consistente.

Para las variables de estado civil y escolaridad no se encontró que tuvieran un efecto estadísticamente significativo en la mejoría de las personas, siendo esto diferente a lo reportado en otras investigaciones donde las personas casadas y aquellos que contaban con mayor formación escolar mejoraban al adquirir un correcto desempeño social (Bhullar et al., 2018; Verma et al., 2012; Vita & Barlati, 2018; Wassink-Vossen et al., 2019). La discrepancia puede deberse a factores relacionados con la función que tiene el cónyuge en el tratamiento. Se ha señalado que la familia o la pareja, suelen ser un soporte social y emocional importante para las personas que tienen un trastorno, lo cual impulsa el alcance de una mejoría. No obstante, las expectativas poco realistas sobre el papel o las capacidades del otro, una interacción poco satisfactoria, los problemas de comunicación, el estrés al actuar como cuidador y la atención de múltiples responsabilidades

pueden perjudicar la relación y beneficiar poco o nada en la mejora del usuario que acude a atención (Soundy et al., 2015; Verma et al., 2012).

En las variables económicas, el tener un trabajo y el nivel de ingresos no mostraron influir en el logro de mejoría de los usuarios, algo que es distinto a lo anteriormente reportado (Gandhi & Jones, 2020; Ran et al., 2017; Valencia et al., 2015). Esta disimilitud de resultados se puede entender por factores culturales y sociales. En otros lugares se ha mencionado que el empleo es beneficioso porque ayuda a las personas a conseguir recursos económicos, aumenta la sensación de autonomía y la interacción con otros sujetos que actúan como un apoyo (Gandhi & Jones, 2020; Soundy et al., 2015; Valencia et al., 2015), pero en México existen problemas relacionados con el estigma y la falta de oportunidades para posicionarse en el mercado laboral, por lo cual algunos tienen que recurrir al empleo informal donde no existe garantía de poder obtener lo suficiente para satisfacer las necesidades básicas y, como consecuencia, verse realmente beneficiado por estos aspectos. De acuerdo con esto, es posible que en la muestra no exista este efecto debido al tipo de empleo que se tiene, las condiciones en que se labora, las interacciones que existen en el lugar de trabajo o la falta de opciones significativas para las personas.

En torno a elementos clínicos, el recibir tratamiento farmacológico, atención psicológica y seguimiento, se asociaron con el logro de mejoría en las personas, tal como se ha precisado en otros trabajos donde estas variables mostraron relacionarse con una mejoría en sentido clínico y funcional (Gandhi et al., 2020; Gandhi & Jones, 2020; Roosenschoon et al., 2019; Soundy et al., 2015). Esto es un indicador de lo favorable que es para algunos el utilizar medicamentos, asistir a posteriores consultas para evaluar su efecto y los posibles cambios que se requieren. Igualmente, señala lo provechoso que resulta el acceder a una atención multidisciplinaria donde participen psicólogos que acompañen y apoyen en el tratamiento. Sin embargo, si para la persona que acude

a atención la mejoría clínica o funcional son objetivos secundarios y lo que desea es alcanzar su desarrollo en otras áreas de su vida, se debe facilitar el acceso a otros servicios para que obtengan la información y la ayuda necesaria que le permita alcanzar su propia recuperación sin tener que esperar a “curarse” primero de un trastorno (Ley General de Salud [L.G.S.], 2022; Shepherd et al., 2008; WHO, 2017).

Entre los elementos clínicos, llama la atención lo hallado entre la mejoría y dos variables: conciencia de la enfermedad y otros tratamientos. Primeramente, se encontró una proporción mayor a la esperada de personas que no mostraron mejoría y contaban con conciencia de la enfermedad, lo cual es distinto a lo reportado en otros trabajos (Norman et al., 2018; Soundy et al., 2015).

Esto podría ocurrir por el grado en que las personas son conscientes de su condición de salud y la interpretación que tienen de la misma. Aunque no se cuentan con datos que permitan verificar esto, distintos autores han señalado que algunos sujetos pueden mostrar dificultad en su tratamiento y proceso de mejoría debido al significado que tienen de sus síntomas, la forma en que creen que se verán afectados y el propio pronóstico que se forman de su vida (Shepherd et al., 2008; WHO, 2019a). De ahí la importancia que el enfoque de recuperación le da a mantener una comunicación abierta entre profesionales y usuarios para evitar que la gente sienta estar sentenciada por el resto de su vida al presentar una condición de salud.

En la segunda variable se descubrió una proporción mayor a la esperada de personas que presentaron mejoría y recibieron otro tratamiento distinto al farmacológico, y aunque esto es consistente con lo establecido en otros estudios donde se describe que las personas mejoran cuando tienen la oportunidad de asistir a otros servicios (Gandhi & Jones, 2020; Soundy et al., 2015), se debe tener cuidado con la interpretación y generalización de lo obtenido en esta y la anterior

variable descrita, ya que en ambos casos no se cuenta con suficiente información. Además, su asociación sobre la mejoría de los usuarios no fue posible verificar mediante la prueba de regresión logística debido al reducido número de observaciones con el que contaban.

Implicaciones

Los hallazgos de esta investigación son un acercamiento al trabajo que se realiza en los CECOSAM. A estas unidades de salud acuden usuarios cuya etapa de desarrollo va desde la niñez hasta la vejez, lo cual demuestra que la población que habita en la Ciudad de México requiere de servicios de salud mental dentro de sus comunidades. Los resultados que se obtuvieron reflejan que, cuando los profesionales de salud mental intervienen bajo una perspectiva tradicional de atención, la mejoría que se plantea para los usuarios es buscar un control sintomatológico y un retorno a la normalidad esperada. También hace notar que la mejoría en estas áreas se ve impactada por aspectos tales como el sexo, la edad, el acceso a un tratamiento farmacológico, la atención psicológica y el seguimiento que tiene o recibe la gente.

En los CECOSAM, 5 de cada 10 personas que viven con un trastorno mental logran mejorar al conseguir estabilidad clínica, al restablecer su relación con otros y al cumplir con sus actividades. Esto manifiesta lo importante que han sido estos centros para cubrir la atención de los usuarios en estos aspectos, pero a la vez, revela lo tradicional que ha sido la atención ofrecida.

Por esta razón, para poder cumplir con lo esperado en el Programa de Acción Específico en Salud Mental y Adicciones 2020-2024, se precisa de capacitación para el personal de salud y las personas usuarias sobre el enfoque de recuperación. De esta manera los propios usuarios serían quienes establecerían sus metas tras reflexionar en sus necesidades y al escuchar las posibles intervenciones que se le ofrecen. Así los CECOSAM podrían cubrir por completo su misión y visión como institución, al brindar una atención de calidad que fomente y respete los derechos de

las personas que viven con un trastorno mental y al formar recursos humanos de excelencia que conozcan y alienten la recuperación de la población usuaria.

Aparte de lo anterior, los hallazgos muestran lo importante que es detectar condiciones de salud mental en la población para que puedan recibir tratamiento. Asimismo, en el sistema de salud se tiene que garantizar el acceso a medicamentos para aquellos que lo requieran y deseen recibirlo. De igual modo, se precisa de un completo equipo de profesionales que dé seguimiento y que esté involucrado en el proceso de las personas a lo largo del tiempo, pero sin caer en prácticas paternalistas, más bien fomentando en los usuarios una vida como sujetos de derechos.

Limitaciones

Entre las limitaciones de esta investigación se encuentran que los resultados proceden de un análisis secundario de datos, es decir, a través de una base ya elaborada se pudo acceder a la información de variables relacionadas con los objetivos de este estudio.

Por consiguiente, aunque en el enfoque de recuperación se establecen ciertos parámetros que facilitan la identificación de la mejoría que obtienen las personas, con los datos recabados en este estudio no fue posible conocer a profundidad otros aspectos que se han descrito en anteriores investigaciones tal como la esperanza que tienen las personas en el futuro, la participación activa en la comunidad, la importancia de los pasatiempos y del bienestar emocional o espiritual en el tratamiento, etc. Si bien la información de las notas que fueron analizadas a nivel cualitativo se elaboraron por el personal de salud, esta información solo corresponde a una parte de los elementos que enlistaron los profesionales, pues la instrucción fue registrar lo que se describía como “mejoría”. De tal modo que la descripción obtenida de cada usuario podría verse limitada en cuanto a la cantidad de información analizada.

Junto con esto, algunas de las variables utilizadas en los análisis cuantitativos solo pudieron examinarse a través de la prueba chi-cuadrada y no formaron parte del análisis de regresión logística debido a que no se reportaba información o porque habían valores perdidos.

Otra detalle se relaciona con el tamaño de muestra alcanzado. Si bien existió un proceso de cálculo, selección aleatoria y se contempló un 20% más de folios, no fue posible completar el tamaño de muestra que se había estimado porque no se encontraban expedientes del grupo de edad especificado o el expediente seleccionado no se encontraba en el área de archivo del CECOSAM.

Estos son algunos elementos que se tienen que considerar al momento de retomar información del presente estudio.

Recomendaciones

En esta investigación se logró conocer la perspectiva del personal de salud sobre la mejoría de la gente y se hallaron algunos elementos que se relacionan con la misma. Sin embargo, con el fin de conocer si en el sistema de salud se está familiarizado o se lleva a cabo prácticas relacionadas con la recuperación, será necesario examinar a nivel cualitativo el grado de involucramiento que tienen los usuarios al establecer las metas y el plan de atención, las alternativas de tratamiento que se ofrecen, la posibilidad de realizar instrucciones de salud anticipadas por parte de las personas que viven con un trastorno, el fomento de habilidades para la vida y el autocuidado dentro del servicio, la relación que los usuarios tienen con familiares o amigos y la manera en que estos apoyan en el proceso, además de la canalización a otros servicios sociales o comunitarios que realizan los profesionales.

Por otro lado, es necesario identificar la perspectiva de la gente que vive con un trastorno mental respecto a lo que implica la mejoría y las variables que en su experiencia les permite mejorar. Por tal motivo, se recomienda que en siguientes investigaciones se analice el significado

de mejoría por parte de los usuarios que acuden a tratamiento a algún servicio como los CECOSAM y se indague desde su experiencia cuáles son los elementos que fomentan la mejoría y el proceso de recuperación. Del mismo modo, en futuros trabajos de investigación se tendrá que identificar lo que implica el proceso de recuperación personal para los profesionales de la salud.

En sentido cuantitativo, también se requerirán de instrumentos que permitan medir el fenómeno de la recuperación dentro de los servicios de salud. Para esto, podrían realizarse estudios que adapten y evalúen escalas que en otros contextos han sido útiles, por ejemplo, *Recovery Assessment Scale* (RAS). Con certeza, el elaborar o adaptar instrumentos relacionados con la recuperación es una tarea pendiente tras el cambio en la política de salud mental en México.

Tal como se ha comentado, el tratamiento que reciben las personas en los CECOSAM es útil en algunas áreas, pero el enfoque de recuperación personal pretende ir más allá de éstas para que las personas logren un completo bienestar. Por ello, se requieren estudios propectivos que analicen el impacto que tiene en la calidad de vida de las personas que viven con un trastorno el aplicar el enfoque de recuperación frente al modelo tradicional.

Así mismo, en este estudio no fue posible comprender claramente si variables como conciencia de la enfermedad, el apego al tratamiento y otros tratamientos distintos al farmacológico tienen efecto en el tratamiento de las personas, siendo un asunto que podría retomarse en siguientes estudios.

Por último, debido a que el estudio corresponde a la población que habita en la Ciudad de México y sus alrededores, se requiere de datos que procedan de otras zonas, tanto urbanas como rurales para contar con información que sea culturalmente similar.

Conclusiones

Conocer la perspectiva que tienen los profesionales en los servicios de salud mental respecto a la mejoría que manifiestan las personas tras ser atendidas y las variables que se relacionan con la misma, es clave para poder determinar los logros y cambios que se requieren en los centros de atención.

En este trabajo se identificó el concepto de mejoría reportado por el personal de salud en los CECOSAM y se evaluó su asociación con algunos factores sociodemográficos, económicos y clínicos de los usuarios. Lo más importante tras haber realizado esto ha sido el conocer que el tratamiento de las personas se encamina a conseguir cambios a nivel clínico, funcional y social, ya que exhibe lo vital que es para el personal de salud que los usuarios logren una estabilidad clínica, la socialización con sus familiares o amigos y el cumplimiento de sus deberes, tanto laborales, académicos o del hogar. Adicionalmente, esto ha sido importante porque muestra que en el contexto mexicano existen variables sociodemográficas y clínicas que tienen mayor peso cuando lo que se busca es una mejoría en las tres áreas previamente mencionadas, siendo una aproximación a los elementos que se deben tomar en cuenta en las personas cuando sus metas se relacionan con alguna de estas dimensiones.

De este modo, la información recabada en este estudio permite vislumbrar el punto de partida hacia el enfoque de recuperación que se ha propuesto en el sistema de salud mental en México. En los CECOSAM se busca que las personas reciban una atención que promueva el respeto a los derechos humanos, por esta razón será importante buscar el empoderamiento de las personas para que puedan trabajar por una mejoría integral que vaya acorde a sus metas y circunstancias en la vida.

Referencias

- Agudelo-Botero, M., Giraldo-Rodríguez, L., Rojas-Russell, M., González-Robledo, M. C., Balderas-Miranda, J. T., Castillo-Rangel, D., & Dávila-Cervantes, C. A. (2021). Prevalence, incidence and years of life adjusted for disability due to depressive disorders in Mexico: Results of the Global Burden of Disease Study 2019. *Journal of Affective Disorders Reports*, 6. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100206>
- Albert, N., Bertelsen, M., Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., Le Quack, P., Krarup, G., Jørgensen, P., & Nordentoft, M. (2011). Predictors of recovery from psychosis. Analyses of clinical and social factors associated with recovery among patients with first-episode psychosis after 5 years. *Schizophrenia Research*, 125(2–3), 257–266. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.10.013>
- Alduenda, A., Mercado, M., & López, F. (2019). Evaluación de los servicios de salud mental en México: una necesidad impostergable. *Revista Iberoamericana de Ciencias*, 6(3), 56–60.
- Alvarado, R., Schilling, S., & Jorquera, M. J. (2015). Uso de la intervención Critical Time Intervention en personas con primer episodio de psicosis. *Revista de La Facultad de Ciencias Médicas*, 73(3), 331–338. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/med/article/view/13845>
- Arenas, M. C., & Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología*, 3(1), 20–29. <https://doi.org/https://doi.org/10.24310/espsiesepsi.v3i1.13331>
- Asamblea Mundial de la Salud 65. (2012). *Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país: informe de la Secretaría*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85966>

- Aston, V., & Coffey, M. (2012). Recovery: What mental health nurses and service users say about the concept of recovery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *19*(3), 257–263.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01776.x>
- Bello, I., Lee, R., Malinovsky, I., Watkins, L., Nossel, I., Smith, T., Ngo, H., Birnbaum, M., Marino, L., Sederer, L. I., Radigan, M., Gu, G., Essock, S., & Dixon, L. B. (2017). OnTrackNY: the development of a coordinated specialty care program for individuals experiencing early psychosis. *Psychiatric Services*, *68*(4), 318–320.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600512>
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Blanco, J., Rojas, E., Fleiz, C., Méndez, E., Zambrano, J., & Aguilar-Gaxiola, S. (2009). La encuesta de salud mental en adolescentes de México. In Jorge Rodríguez, R. Kohn, & S. Aguilar-Gaxiola (Eds.), *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (pp. 90–98). Organización Panamericana de la Salud.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E., & Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, *32*(2), 155–163.
http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1279/1277
- Berenzon-Gorn, S., Saavedra-Solano, N., Medina-Mora, M. E., Aparicio, V., & Galván, J. (2013). Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? *Revista Panamericana de Salud Pública*, *33*(4), 252–258.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892013000400003>
- Bhullar, G., Norman, R. M. G., Klar, N., & Anderson, K. K. (2018). Untreated illness and recovery in clients of an early psychosis intervention program: a 10-year prospective cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *53*(2), 171–182.

<https://doi.org/10.1007/s00127-017-1464-z>

Cavalcanti, M. T., Carvalho, M. C. de A., Valência, E., Dahl, C. M., & Souza, F. M. de. (2011).

Adaptação da “Critical Time Intervention” para o contexto brasileiro e sua implementação junto a usuários dos centros de atenção psicossocial do município do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, *16*(12), 4635–4642. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300012>

Cruwys, T., Stewart, B., Buckley, L., Gumley, J., & Scholz, B. (2020). The recovery model in

chronic mental health: a community-based investigation of social identity processes. *Psychiatry Research*, *291*, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113241>

Davidson, L., Tondora, J., O’Connell, M. J., Kirk, T., Rockholz, P., & Evans, A. C. (2007).

Creating a recovery-oriented system of behavioral health care: moving from concept to reality. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *31*(1), 23–31.

<https://doi.org/10.2975/31.1.2007.23.31>

Díaz-Castro, L., Cabello-Rangel, H., Medina-Mora, M. E., Berenzon-Gorn, S., Robles-García, R.,

& Madrigal-de León, E. Á. (2019). Necesidades de atención en salud mental y uso de servicios en población mexicana con trastornos mentales graves. *Salud Pública de México*, *62*(1), 72. <https://doi.org/10.21149/10323>

Drake, R. E., & Whitley, R. (2014). Recovery and severe mental illness: description and analysis.

Canadian Journal of Psychiatry, *59*(5), 236–242. <https://doi.org/10.1177/070674371405900502>

Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W., & Chamberlin, J. (2005). Implementing recovery oriented

evidence based programs: identifying the critical dimensions. *Community Mental Health Journal*, *41*(2), 141–158. <https://doi.org/10.1007/s10597-005-2649-6>

Frost, B. G., Tirupati, S., Johnston, S., Turrell, M., Lewin, T. J., Sly, K. A., & Conrad, A. M.

- (2017). An Integrated Recovery-oriented Model (IRM) for mental health services: evolution and challenges. *BMC Psychiatry*, *17*(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1164-3>
- Fukui, S., & Salyers, M. P. (2021). Assessing the Recovery Assessment Scale Across Time. *Psychiatric Services*, *72*(6), 716–719. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000521>
- Gamieldien, F., Galvaan, R., Myers, B., Syed, Z., & Sorsdahl, K. (2021). Exploration of recovery of people living with severe mental illness (SMI) in low/middle-income countries (LMICs): A scoping review. *BMJ Open*, *11*(3), 1–13. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045005>
- Gandhi, S., & Jones, D. (2020). Family Caregivers' Perspective on Factors Affecting Recovery from Schizophrenia. *East Asian Arch Psychiatry*, *30*(4), 113–119. <https://doi.org/https://doi.org/10.12809/eaap1941>
- Gandhi, S., Jose, D., & Desai, G. (2020). Perspectives of consumers in India on factors affecting recovery from schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, *66*(1), 93–101. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0020764019877425>
- Global Burden of Disease. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, *9*(2), 137–150. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)
- Heatley-Tejada, A. (2020). *Con derecho a la cordura: atención de la salud mental en la región latinoamericana*. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. <https://ciss-bienestar.org/cuadernos/pdf/con-derecho-a-la-cordura-atencion-de-la-salud-mental-en-la-region-latinoamericana.pdf>
- Herman, D. B., Conover, S., Gorroochurn, P., Hinterland, K., Hoepner, L., & Susser, E. S. (2011). Randomized trial of Critical Time Intervention to prevent homelessness after hospital

discharge. *Psychiatric Services*, 62(7), 713–719.
https://doi.org/10.1176/ps.62.7.pss6207_0713

Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6^a ed.). McGraw-Hill.

Ibrahim, N., Ghallab, E., Ng, F., Eweida, R., & Slade, M. (2022). Perspectives on mental health recovery from Egyptian mental health professionals: A qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(3), 484–492.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jpm.12754>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2019). *Diagnóstico y tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada en la persona mayor - Guía de Práctica Clínica: evidencias y Recomendaciones*. IMSS. <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (2019). *Salud mental en personas mayores*. Instituto Nacional de Las Personas Adultas Mayores.
<https://www.gob.mx/inapam/articulos/salud-mental-en-personas-mayores#:~:text=La salud mental de las,de vida sanos e integrados.>

Le Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V. J., Davidson, L., Williams, J., & Slade, M. (2011). What Does Recovery Mean in Practice? A Qualitative Analysis of International Recovery-Oriented Practice Guidance. *Psychiatric Services*, 62(12), 1470–1476.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1176/appi.ps.001312011>

Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445–452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>

Ley General de Salud [L.G.S.], reformada, Diario Oficial de la Federación [D.O.F.], 16 de mayo

- de 2022 (México). <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs.htm>
- Mancini, M. A., Hardiman, E. R., & Lawson, H. A. (2005). Making Sense of It All: Consumer Providers' Theories about Factors Facilitating and Impeding Recovery from Psychiatric Disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 29(1), 48–55. <https://doi.org/10.2975/29.2005.48.55>
- Marshall, S. L., Oades, L. G., & Crowe, T. P. (2010). Australian mental health consumers' contributions to the evaluation and improvement of recovery-oriented service provision. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 47(3), 198–205.
- Mascayano, F., & Montenegro, C. (2017). El “modelo de la recuperación” y la reforma de la atención en salud mental: evidencias, diferencias y elementos para una agenda latinoamericana. *Vertex*, 28(136), 460–467.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C., Lara, M., Rojas, E., Fleiz, C., Zambrano, J., Villatoro, J., Blanco, J., & Aguilar-Gaxiola, S. (2009). Estudio de los trastornos mentales en México: resultados de la Encuesta Mundial de Salud Mental. In J Rodríguez, R. Kohn, & S. Aguilar-Gaxiola (Eds.), *La epidemiología de salud mental en América Latina y el Caribe* (pp. 79–89). Organización Panamericana de la Salud.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara-Muñoz, C., Benjet, C., Blanco-Jaimes, J., Fleiz-Bautista, C., Villatoro-Velázquez, J., Rojas-Guiot, E., Zambrano-Ruíz, J., Casanova-Rodas, L., & Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología. *Salud Mental*, 26(4), 1–16.
- Minoletti, A., Toro, O., Alvarado, R., Carniglia, C., Guajardo, A., & Rayo, X. (2015). Respeto a los derechos de las personas que se atienden en Servicios de Psiquiatría Ambulatoria en Chile. *Revista Médica de Chile*, 143(12), 1585–1592. <https://doi.org/10.4067/S0034->

98872015001200012

- Mueser, K. T., Penn, D. L., Addington, J., Brunette, M. F., Gingerich, S., Glynn, S. M., Lynde, D. W., Gottlieb, J. D., Meyer-Kalos, P., McGurk, S. R., Cather, C., Saade, S., Robinson, D. G., Schooler, N. R., Rosenheck, R. A., & Kane, J. M. (2015). The NAVIGATE program for first-episode psychosis: rationale, overview, and description of psychosocial components. *Psychiatric Services*, *66*(7), 680–690. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400413>
- Narmandakh, A., Roest, A. M., de Jonge, P., & Oldehinkel, A. J. (2021). Psychosocial and biological risk factors of anxiety disorders in adolescents: a TRAILS report. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *30*(12), 1969–1982. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01669-3>
- Ng, R. M. K., Pearson, V., Chen, E. E. Y., & Law, C. W. (2011). What does recovery from schizophrenia mean? Perceptions of medical students and trainee psychiatrists. *International Journal of Social Psychiatry*, *57*(3), 248–262. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0020764009354833>
- Norman, R. M. G., MacDougall, A., Manchanda, R., & Harricharan, R. (2018). An examination of components of recovery after five years of treatment in an early intervention program for psychosis. *Schizophrenia Research*, *195*, 469–474. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.08.054>
- Oades, L., Deane, F., Crowe, T., Lambert, W. G., Kavanagh, D., & Lloyd, C. (2005). Collaborative recovery: an integrative model for working with individuals who experience chronic and recurring mental illness. *Australasian Psychiatry*, *13*(3), 279–284. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1665.2005.02202.x>
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica

Panamericana. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción sobre salud mental 2013-2020*.

Organización Mundial de la Salud.

<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241506021>

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Instrumento de calidad y derechos de la OMS:*

Evaluando y mejorando la calidad y los derechos humanos en los establecimientos de salud mental y de apoyo social. Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende.

http://www.who.int/topics/human_rights/Instrument_derechos_OMS_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*.

Organización Mundial de La Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Panamericana de la Salud. (2014). *Plan de acción sobre salud mental 2015-2020*.

53° Consejo Directivo, 66° Sesión del comité Regional de las OMS para las Américas.

Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>

Organización Panamericana de la Salud. (2018). *La carga de los trastornos mentales en la Región*

de las Américas, 2018. Organización Panamericana de la Salud.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/49578>

Papalia, D., & Martorell, G. (2015). *Desarrollo humano* (13^a ed.). McGraw-Hill.

Piat, M., Sabetti, J., Couture, A., Sylvestre, J., Provencher, H., Botschner, J., & Stayner, D. (2009).

What does recovery mean for me? Perspectives of Canadian mental health consumers.

Psychiatric Rehabilitation Journal, 32(3), 199–207.

<https://doi.org/10.2975/32.3.2009.199.207>

Ran, M.-S., Yang, L. H., Liu, Y.-J., Huang, D., Mao, W.-J., Lin, F.-R., Li, J., & Chan, C. L.-W.

- (2017). The family economic status and outcome of people with schizophrenia in Xinjin, Chengdu, China: 14-year follow-up study. *International Journal of Social Psychiatry*, 63(3), 203–211. <https://doi.org/10.1177/0020764017692840>
- Rentería-Rodríguez, M. (2018). Salud mental en adultos. *INCyTU*, 7, 1–4. https://www.foroconsultivo.org.mx/INCyTU/documentos/Completa/INCYTU_18-007.pdf
- Restrepo, D., & Jaramillo, J. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202–211.
- Roosenschoon, B.-J., Kamperman, A. M., Deen, M. L., Weeghel, J. van, & Mulder, C. L. (2019). Determinants of clinical, functional and personal recovery for people with schizophrenia and other severe mental illnesses: a cross-sectional analysis. *PLOS ONE*, 14(9), 1–14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222378>
- Saavedra-Solano, N., Berenzon-Gorn, S., & Galván-Reyes, J. (2016). Salud mental y atención primaria en México. Posibilidades y retos. *Atención Primaria*, 48(4), 258–264. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.05.005>
- Schön, U. K., Denhov, A., & Topor, A. (2009). Social relationships as a decisive factor in recovering from severe mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(4), 336–347. <https://doi.org/10.1177/0020764008093686>
- Secretaría de Salud. (2014). *Programa de Acción Específico en Salud Mental 2013-2018*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf
- Secretaría de Salud. (2021). *Programa de Acción Específico en Salud Mental y Adicciones 2020-2024*. <https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-accion-especificao>
- Secretaría de Salud, Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el*

Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud.

https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf?ua=1

Servicios de Atención Psiquiátrica. (2014). *¿Qué hacemos?* Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud%7Csap/que-hacemos>

Servicios de Atención Psiquiátrica. (2017a). *Centro Comunitario de Salud Mental Cuauhtémoc.* Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/sap/acciones-y-programas/centro-comunitario-de-salud-mental-cuauhtemoc>

Servicios de Atención Psiquiátrica. (2017b). *Centro Comunitario de Salud Mental Iztapalapa.* Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/sap/acciones-y-programas/centro-comunitario-de-salud-mental-iztapalapa>

Servicios de Atención Psiquiátrica. (2017c). *Centro Comunitario de Salud Mental Zacatenco.* Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/sap/acciones-y-programas/centro-comunitario-de-salud-mental-zacatenco>

Servicios de Atención Psiquiátrica. (2018). *Información estadística.* Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/sap/documentos/anuario-estadistico-servicios-de-atencion-psiQUIATRICA>

Servicios de Atención Psiquiátrica. (2020). *Recursos humanos: Servicios de Atención Psiquiátrica.* Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/sap/documentos/recursos-humanos-documentos>

Servicios de Atención Psiquiátrica. (2021). *Diagnóstico operativo de salud mental y adicciones.* <https://www.gob.mx/salud/sap/documentos/diagnostico-operativo-de-salud-mental-y->

adicciones

Shepherd, G., Boardman, J., & Slade, M. (2008). *Making Recovery a Reality*. Sainsbury Centre for Mental Health.

Slade, M. (2009). *Personal recovery and mental illness: A guide for mental health professionals*. Cambridge University Press.

Slade, M. (2017). La investigación sobre la recuperación: nuevas respuestas nuevas preguntas. In A. Maone & B. D'Avanzo (Eds.), *Recuperación-Recovery: nuevos paradigmas de salud mental* (pp. 131–145). Psimática.

Slade, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., McCrone, P., & Leamy, M. (2011). REFOCUS trial: protocol for a cluster randomised controlled trial of a pro-recovery intervention within community based mental health teams. *BMC Psychiatry*, *11*(185), 1–13. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-185>

Slade, M., & Longden, E. (2015). Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry*, *15*(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0678-4>

Sosa-Ortíz, A., Astudillo-García, C., & Acosta-Castillo, G. (2017). Situación epidemiológica actual. In L. Gutiérrez-Robledo, M. García-Peña, P. Roa-Rojas, & A. Martínez-Ruiz (Eds.), *La enfermedad de Alzheimer y otras demencias como problema nacional de salud* (pp. 19–35). Intersistemas. https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/ANM-ALZHEIMER.pdf

Soundy, A., Stubbs, B., Roskell, C., Williams, S. E., Fox, A., & Vancampfort, D. (2015). Identifying the facilitators and processes which influence recovery in individuals with schizophrenia: a systematic review and thematic synthesis. *Journal of Mental Health*, *24*(2), 103–110. <https://doi.org/10.3109/09638237.2014.998811>

- Stylianidis, S., Lavdas, M., Markou, K., & Belekou, P. (2016). The recovery model and modern psychiatric care: conceptual perspective, critical approach and practical application. In S. Stylianidis (Ed.), *Social and community psychiatry: towards a critical, patient-oriented approach* (pp. 145–165). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-28616-7_9
- Tse, S., Davidson, L., Chung, K. F., Yu, C. H., Ng, K. L., & Tsoi, E. (2015). Logistic regression analysis of psychosocial correlates associated with recovery from schizophrenia in a Chinese community. *International Journal of Social Psychiatry*, *61*(1), 50–57. <https://doi.org/10.1177/0020764014535756>
- Valdez-Santiago, R., Marín-Mendoza, E., & Torres-Falcón, M. (2021). Análisis comparativo del marco legal en salud mental y suicidio en México. *Salud Pública de México*, *63*(4), 554–564. <https://doi.org/10.21149/12310>
- Valencia, M., Fresán, A., Barak, Y., Juárez, F., Escamilla, R., & Saracco, R. (2015). Predicting functional remission in patients with schizophrenia: A cross-sectional study of symptomatic remission, psychosocial remission, functioning, and clinical outcome. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *11*, 2339–2348.
- van Weeghel, J., van Zelst, C., Boertien, D., & Hasson-Ohayon, I. (2019). Conceptualizations, assessments, and implications of personal recovery in mental illness: A scoping review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, *42*(2), 169–181. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/prj0000356>
- Verma, S., Subramaniam, M., Abdin, E., Poon, L. Y., & Chong, S. A. (2012). Symptomatic and functional remission in patients with first-episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *126*(4), 282–289. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01883.x>

- Vita, A., & Barlati, S. (2018). Recovery from schizophrenia: is it possible? *Current Opinion in Psychiatry*, 31(3), 246–255. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000407>
- Wassink-Vossen, S., Collard, R. M., Wardenaar, K. J., Verhaak, P. F. M., Rhebergen, D., Naarding, P., & Voshaar, R. C. O. (2019). Trajectories and determinants of functional limitations in late-life depression: A 2-year prospective cohort study. *European Psychiatry*, 62, 90–96. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.09.003>
- Whitley, R., & Drake, R. E. (2010). Recovery: A dimensional approach. *Psychiatric Services*, 61(12), 1248–1250. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.12.1248>
- World Health Organization. (2017). *Promoting recovery in mental health and related services: handbook for personal use and teaching - WHO QualityRights training to act, unite and empower for mental health (pilot version)*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2019a). *Recovery and the right to health. WHO QualityRights Core training: mental health and social services-Course guide*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329577/9789241516723-eng.pdf>
- World Health Organization. (2019b). *Recovery practices for mental health and well-being: WHO QualityRights specialized training-Course guide*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329602/9789241516747-eng.pdf>

Anexo 1

Tabla 1. Descripción de las variables que fueron utilizadas

Variable	Pregunta	Tipo de variable	Valores
Edad	Edad de la persona	Ordinal	1. Menores de 10 años 2. 10 a 19 años 3. 20 a 29 años 4. 30 a 59 años 5. 60 o más
Sexo	Sexo	Nominal	1. Femenino 2. Masculino
Estado Civil	Estado civil	Nominal	1. Soltero 2. Casado/Unión libre 3. Divorciado 4. Viudo 5. No se reporta
Escolaridad	Escolaridad	Ordinal	1. Sin estudios 2. Educación básica 3. Medio superior 4. Superior
Trabajo	¿Trabaja actualmente?	Nominal	1. Sí 2. No 3. No se reporta
Nivel de ingresos	¿Cuál es el ingreso familiar mensual?	Ordinal	1. Menos de \$5,000 2. Entre \$5,000 y \$10,999 3. Entre \$11,000 y \$16,999 4. Más de \$17,000
Reporte de mejoría	¿Se reporta algún signo de mejoría en las notas?	Nominal	0. No 1. Sí 2. No se reporta
Nota de mejoría	Copiar textualmente de las tres últimas notas donde se refiere mejoría	Cualitativa	Texto
Inicio de atención	Edad de la persona cuando se inició la búsqueda de atención	Ordinal	1. Menos de 10 años 2. Entre los 10 y 19 años 3. Entre los 20 y 29 años 4. Entre los 30 y 59 años 5. A los 60 años o más
Comorbilidad	¿Se reporta algún otro diagnóstico?	Nominal	1. Sí 2. No

Continúa...

Nombre de la variable	Pregunta	Tipo de variable	Valores
Conciencia de la enfermedad	¿Se reporta conciencia de enfermedad en la persona?	Nominal	1. Sí 2. No 3. No se reporta
Tratamiento farmacológico	¿Se prescribe tratamiento farmacológico?	Nominal	1. Sí 2. No
Atención psicológica	¿Se envía a psicología?	Nominal	1. Sí 2. No
Seguimiento	¿Acudió a seguimiento?	Nominal	1. Sí 2. No 3. Abandonó y/o volvió a solicitar tratamiento posteriormente
Apego	¿Se reporta apego al tratamiento?	Nominal	1. Sí 2. No 3. No se reporta
Otro tratamiento	¿Recibe otro tratamiento fuera del CECOSAM?	Nominal	1. Sí 2. No 3. No se reporta
Diagnóstico CIE-10	Diagnóstico principal al ingresar según CIE-10	Nominal	1. F00-F09 Trastornos orgánicos, incluidos los sintomáticos 2. F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicoactivas 3. F20-F29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes 4. F30-F39 Trastornos del humor (afectivos) 5. F40-F48 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomórficos 6. F50-F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos 7. F60-F69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto 8. F70-F79 Discapacidad mental 9. F80-F89 Trastornos del desarrollo 10. F90-F98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia 11. Z55-Z65 Personas con riesgos potenciales para su salud, relacionados con circunstancias socioeconómicas y psicosociales 12. G40-G47 Trastornos episódicos y paroxísticos

Anexo 2


 HOJA DE RECOLECCION DE DATOS
 Proyecto CECOSAM

Expediente: _____

ID: _____

ID revisor: _____

A) FICHA DE IDENTIFICACIÓN Y DATOS PERSONALES

- 1. Seguridad Social:** 1) Sí 2) No **2. Especifique:** 1) IMSS 2) ISSSTE 3) Seguro Popular 4) Otro: _____
3. Edad: _____ **4. Sexo:** 1) Femenino 2) Masculino **5. Etnia:** _____
6. Religión: 1) Si 2) No 3) No se reporta **7. ¿Cuál?:** _____
8. Estado civil: 1) Soltero 2) Casado /Unión Libre 3) Divorciado 4) Viudo 5) No se reporta
9. Escolaridad: 1) Analfabeta 2) Primaria 3) Secundaria 4) Preparatoria 5) Licenciatura 6) Posgrado 7) No se reporta 8) Otro: _____ **10. No de años:** _____
11. Domicilio: Calle: _____ **12. Colonia:** _____
13. Delegación/municipio: _____ **14. Tiempo de traslado:** _____
15. Ocupación: _____ **16. ¿Trabaja actualmente?:** 1) Si 2) No 3) No se reporta

B) TRAYECTORIA LABORAL (si aplica)

- 17. Empleo remunerado actual:** 1) Sí 2) No 3) No se reporta **18. ¿Se reporta cuántos empleos ha tenido?**
 1) Si 2) No **19. ¿Cuáles empleos ha tenido?:** _____
20. En caso de que se reporte ¿Cuántos empleos ha tenido en el último año? _____

C) CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS

- 21. Ingreso familiar mensual:** _____ **22. Egreso familiar mensual:** _____
23. Nivel socioeconómico: _____ **24. Número de integrantes de la familia:** _____
25. ¿Con quién vive?: _____
26. Tipo de familia: 1) Nuclear 2) Extensa 3) Reconstruida 4) Monoparental
27. En caso de ser menor de edad, escolaridad del padre o tutor: 1) Analfabeta 2) Primaria 3) Secundaria 4) Preparatoria 5) Licenciatura 6) Posgrado 7) No se reporta 8) Otro: _____

D) BÚSQUEDA DE ATENCIÓN PREVIA

- 28. ¿Es referido por alguien?** 1) Sí 2) No **29. ¿Por quién?** _____
30. ¿Se reporta edad de inicio de síntomas? 1) Sí 2) No
31. ¿A qué edad iniciaron los síntomas?: _____
31.1. ¿Se reporta cuáles síntomas? 1) Sí 2) No
31.2 Describir los síntomas: _____

- 32. ¿Se reporta cuándo inició la búsqueda de atención?** 1) Sí 2) No **33. ¿Edad de cuando inició?** _____
34. ¿Cuál fue el desencadenante de la búsqueda de atención? _____
35. ¿Qué tipo de atención previa buscó/tuvo?: 1) Médico General 2) Psicología 3) Psiquiatra 4) Otro: _____
36. ¿Recibió algún diagnóstico? 1) Sí 2) No 3) No se reporta **37. ¿Cuál?** _____
38. ¿En qué lugar recibió el diagnóstico? _____ **39. ¿Quién se lo dio?** _____
40. ¿Recibió algún tratamiento? 1) Sí 2) No 3) No se reporta **41. ¿Cuál, de qué tipo?** (enumerar los distintos tratamientos que pudo haber recibido) _____

E) ANTECEDENTES MÉDICOS NO PSIQUIÁTRICOS

42. Peso inicial: _____ 43. Estatura: _____ 44. IMC: _____
 45. Peso último consulta: _____ 46. Estatura: _____ 47. IMC: _____
 48. ¿Reporta alguna enfermedad crónica o antecedente? 1) Sí 2) No 3) No se reporta
 49. ¿Cuál?: _____
 50. ¿Se reporta si recibe tratamiento? 1) Sí 2) No 3) No se reporta
 51. ¿Cuál?: _____
 52. ¿Se reporta algún antecedente de Violencia? 1) Sí 2) No 3) No se reporta
 53. ¿Qué tipo de violencia reporta?: 1) Física 2) Psicológica 3) Sexual 4) Económica 5) Negligencia
 6) Bullying 7) No se especifica
 53.1 ¿Por quién?: _____
 54. ¿Ha sido violento? 1) Sí 2) No 3) No se reporta 54.1 ¿Con quién?: _____
 54.2 Tipo de violencia 1) Física 2) Psicológica 3) Sexual 4) Económica 5) Negligencia 6) Bullying
 7) No se especifica
 55. ¿Reporta cuidador principal? 1) Sí 2) No 3) No se reporta 56. ¿Quién es?: _____

F) RECONSTRUCCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS
--

57. ¿Se reporta algún consumo de sustancia? 1) Sí 2) No 3) No se reporta

De las sustancias que se reporte anotar lo siguiente:

58. Sustancia	63. Sustancia	68. Sustancia
_____	_____	_____
59. Edad de Inicio:	64. Edad de Inicio:	69. Edad de Inicio:
60. Edad/periodo de máximo consumo:	65. Edad/periodo de máximo consumo:	70. Edad/periodo de máximo consumo:
61. Consumo actual: 1) Sí 2) No	66. Consumo actual: 1) Sí 2) No	71. Consumo actual: 1) Sí 2) No
62. Cantidad por ocasión:	67. Cantidad por ocasión:	72. Cantidad por ocasión:

G) ANTECEDENTES FAMILIARES

Familiar (especificar):	Médicos no Psiquiátricos: (DM, HA, Cáncer u otra crónico degenerativo)	Psiquiátricos:	Consumo de Sustancias:
73.	74.	75.	76.
77.	78.	79.	80.
81.	82.	83.	84.
85.	86.	87.	88.

H) PADECIMIENTO AL INGRESO AL CECOSAM (Historia Clínica)

89. Fecha de ingreso al CECOSAM: _____

90. Diagnóstico principal CIE-10 de ingreso: _____

91. ¿Reporta algún otro diagnóstico? 1) Sí 2) No 92. ¿Cuántos? _____

¿Cuáles son? (describir máximo 3)

92.1 _____

92.2 _____

92.3 _____

93. ¿Se reportan Autolesiones? 1) Sí 2) No 3) No se reporta 93.1 Edad de Inicio: _____

93.2 Descripción de las Autolesiones _____

94. ¿Se reporta ideación suicida? 1) Sí 2) No 3) No se reporta

94.1 ¿Es actual o previa? 1) Actual 2) Previo

95. ¿Se reporta algún intento suicida? 1) Sí 2) No 3) No se reporta

95.1 ¿Cuántos intentos ha tenido? _____

96. Descripción del intento suicida: _____

97. ¿Se reporta conciencia de la enfermedad? 1) Sí 2) No 3) No se reporta

98. Si se reporta, ¿Cómo se describe? 1) Nula 2) Parcial 3) Total

99. ¿Se le prescribe tratamiento farmacológico? 1) Sí 2) No 100. ¿Cuál? (Anotar nombre, indicación y dosis) _____

101. ¿Se envía a psicología? 1) Sí 2) No 102. ¿Con qué finalidad? 1) Diagnóstico 2) Terapia

I) TRATAMIENTO EN EL SEGUIMIENTO

103. Desde el ingreso al CECOSAM ¿A cuántas consultas ha acudido? No de Consultas _____

103.1 Psiquiatría _____ 103.2 Psicoterapia IND _____ 103.3 GPO _____ 103.4 Otro _____

104. ¿Acudió a seguimiento? 1) Sí 2) No 3) Abandonó y/o volvió a solicitar tratamiento posteriormente.

105. Describir seguimiento _____

106. ¿Se reporta conciencia de enfermedad? 1) Sí 2) No 3) No se reporta

107. Si se reporta, ¿Cómo se describe? 1) Nula 2) Parcial 3) Total

108. Diagnóstico principal CIE-10 de seguimiento _____

109. ¿Reporta algún otro diagnóstico? 1) Sí 2) No 110. ¿Cuántos? _____

110.1 _____

110.2 _____

110.2 _____

111 ¿Hubo variabilidad diagnóstica? 1) Sí 2) No

112. Describir la variabilidad diagnóstica _____

113. ¿Tiene tratamiento farmacológico en el seguimiento? 1) Sí 2) No

114. ¿Cuál? (Anotar nombre, indicación dosis) _____

115. ¿Se reporta apego al tratamiento?: 1) Sí 2) No 3) No se reporta

116. Descripción del reporte de apego al tratamiento: (anotar literal) _____

117. ¿Se reporta algún efecto secundario del tratamiento? 1) Sí 2) No 3) No se reporta

118. Describir (anotar medicamento, dosis y efectos adversos) _____

119. ¿Acude a psicología?: 1) Sí 2) No 3) No se reporta

120. ¿Tiene acceso gratuito al medicamento?: 1) Sí 2) No 3) No se reporta

121. ¿Recibe algún otro tratamiento fuera del CECOSAM? 1) Sí 2) No 3) No se reporta

122. ¿Cuál? _____

J) INDICADORES EN EL SEGUIMIENTO

123. ¿Se reporta alguna visita a urgencias? 1) Sí 2) No 3) No se reporta 124. ¿Cuántas?: _____
125. ¿Dónde? _____
126. ¿Se reporta alguna hospitalización? 1) Sí 2) No 3) No se reporta 127. ¿Cuántas?: _____
128. ¿Dónde se hospitalizó? _____
129. Tipo de ingreso hospitalario: 1) Involuntario 2) Voluntario 3) Otro
130. ¿Quién lo ingresó? _____
131. ¿Por qué motivo? _____
132. ¿Se reporta ideación suicida? 1) Sí 2) No 3) No se reporta
133. ¿Se reporta algún intento suicida? 1) Sí 2) No 3) No se reporta
134. ¿Cuántos intentos ha tenido? _____
135. Descripción del intento suicida _____
136. ¿Se reporta situación de calle? 1) Sí 2) No 3) No se reporta
137. ¿Se reporta algún ingreso a reclusorio o algún problema con la ley? 1) Sí 2) No 3) No se reporta
138. ¿Por qué razón? _____
139. ¿Ha tenido algún evento adverso en el seguimiento? 1) Sí 2) No 3) No se reporta
- ¿Cuáles eventos adversos ha tenido?
- 139.1 _____
- 139.2 _____
- 139.3 _____

K) EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO

140. ¿Se ha reportado un alta del servicio? 1) Sí 2) No
141. ¿Se reporta algún signo de mejoría en las notas? 1) Sí 2) No 3) No se reporta
142. Tipo de indicador de mejoría: 1) Clínica o sintomática 2) Laboral/escolar 3) Funcional
143. Copiar textualmente de las tres últimas notas donde se refiera mejoría (poner fecha):
- 143.1 _____
- 143.2 _____
- 143.3 _____
144. Fecha de última consulta _____
145. Observaciones _____