

**ESCUELA DE ENFERMERÍA DE LA SECRETARÍA DE SALUD
DEL DISTRITO FEDERAL
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNAM**

NOMBRE DE LA OPCIÓN

TESINA

TITULO DEL TRABAJO

**MODELO MIGUEL HIDALGO: "UNA NUEVA VISIÓN EN LA
ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN MÉXICO"**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA (O) EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

NOMBRE DE LA ALUMNA

LORENA VIVIANA TRUJILLO FABELA

DIRECTORA DE TESIS

MTRA. NORMA FLORES GAYTÁN

- Calzada México Tacuba N°. 595 • 3er Piso • Col. Popotla • C.P. 11410
- Delegación Miguel Hidalgo • Tel. 53418126



Ciudad de **vanguardia**



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.

"2012 Año por la Cultura de la Legalidad"

SUBDIRECCIÓN DE CERTIFICACIÓN
ANEXO 13

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TRABAJO ESCRITO

M.C. RAMIRO JESÚS SANDOVAL
DIRECTOR GENERAL DE INCORPORACIÓN
Y REVALIDACIÓN DE ESTUDIOS DE LA UNAM
P R E S E N T E.

Me permito informar a usted que el trabajo escrito:

Modelo Miguel Hidalgo: "Una Nueva Visión en la Atención en Salud Mental en México"

Elaborado por:

1. **Lorena Viviana Trujillo Fabela** **Núm. Cuenta: 404513010**

2. _____

3. _____

Apellido paterno

Materno

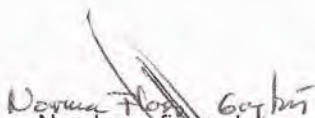
Nombre


Núm. de cuenta

Alumno (s) de la carrera de: **LICENCIADA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

Reúne (n) los requisitos para su impresión.

México D. F. a **16 de mayo de 2012**


Nombre y firma del
Asesor de Tesis


Nombre y firma de la
Directora Técnica de la carrera



Secretaría de Salud del Distrito Federal
Escuela de Enfermería
DIRECCION
Sello
CLAVE 3095
de la Institución

• Calzada México Tacuba N°. 595 • 3er Piso • Col. Popotla • C.P. 11410
• Delegación Miguel Hidalgo • Tel. 53418126



Ciudad de **vanguardia**

Secretaría de Salud
del Distrito Federal

DEDICATORIA

Doy gracias a **DIOS** por haberme dado la oportunidad de haber llegado a este momento, por darme la fuerza, el conocimiento y la sabiduría para librar los diversos obstáculos y ponerme en el camino correcto.

A MI MADRE, porque sin su esfuerzo y sacrificio yo no hubiera podido obtener este logro y por su apoyo incondicional en todo momento.

A MI ESPOSO, Eduardo, por toda su energía positiva, apoyo y amor.

A MIS GEMELOS, porque ellos son el motivo por el cual decido concluir este trabajo.

A LIZ, por compartir sus conocimientos.

A LA PROFESORA Emilia, por encaminar y darle cuerpo a este trabajo.

A MIS ASESORES, por ayudarme a concluir este proyecto.

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	5
II.	JUSTIFICACION.....	7
III.	CONTEXTO TEÓRICO CONCEPTUAL O HISTÓRICO	9
IV.	METODOLOGÍA Y TÉCNICAS	17
V.	LA SALUD MENTAL EN MÉXICO	18
	5.1 La Salud Como Estado de Equilibrio.....	18
	5.2 Componentes de la Salud Mental	19
	5.3 Salud y Enfermedad Mental	20
	5.4 Factores Asociados a la Salud Mental	20
	5.5 Grupos Vulnerables	24
	5.6 Padecimientos Neurológicos y Psiquiátricos en nuestro País	25
	5.7 Trastornos Mentales y Derechos Mentales	30
VI.	PROGRAMAS DE ACCIÓN EN SALUD MENTAL.	33
VII.	MODELO HIDALGO DE ATENCIÓN MENTAL	37
	7.1 Que es el Modelo Hidalgo de Atención Mental	37
	7.2 Metas a largo plazo del Modelo	39
	7.3 Objetivos Generales del Modelo	39
	7.4 Objetivos Específicos del Modelo.....	40
	7.5 Estructura del Modelo	42
	7.6 Áreas del Modelo	43
	7.7 Red de Servicios del Modelo	51
	7.8 Programas Específicos en Hospitales Psiquiátricos	52
VIII.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	54
IX.	BIBLIOGRAFÍA.	57
X.	ANEXOS.....	59

INTRODUCCIÓN

La salud mental es un aspecto de la salud integral, inseparable del resto y se refiere no solamente a la ausencia de enfermedades y trastornos mentales, sino también al ejercicio de las potencialidades para la vida personal y la interacción social, que son inherentes a la naturaleza del hombre y condicionan su bienestar. Una actitud mental equilibrada permite afrontar de manera más eficaz el estrés de la vida cotidiana, realizar un trabajo fructífero y hacer aportaciones positivas a la comunidad. Se trata de un fenómeno complejo determinado por múltiples componentes biológicos y psicosociales.

Para estimar las características y dimensiones de los padecimientos mentales que aquejan a la población en nuestro país, se requiere de una mayor información por parte de las instituciones relacionadas con la salud mental a través de un sistema de monitoreo continuo de vigilancia epidemiológica; esto es condición fundamental para poder diseñar y aplicar políticas de estado en materia de salud mental.

Se hace un análisis de la problemática de la salud mental en México, se hace una descripción de los antecedentes históricos en materia de salud mental en el país; y presenta los conceptos generales.

Con base en lo anterior en el capítulo 1 de trabajo aquí presentado, se presentan los componentes de la salud mental, los factores biológicos psicosociales asociados a estas; haciendo énfasis en los grupos vulnerables que demandan una mayor atención; y los padecimientos neurológicos y psiquiátricos prioritarios en nuestro país.

En el capítulo II, se da introducción a la creación de programas para la atención en salud mental, la OMS declara que estos “deben de ser creativos y científicamente probados y con consenso social para impulsarlo”.

Por ello la importancia de crear el Programa de Acción en Salud Mental, el cual propone un cambio radical en los problemas de salud mental ya que en este, es la primera vez que se adopta un enfoque integral coordinado y con cobertura a todos los grupos de población.

Dentro del Programa se contempla la elaboración de nueve programas específicos en depresión, esquizofrenia, epilepsia, demencias, psicopatología infantil y de la adolescencia, trastorno por déficit de atención, enfermedad de Parkinson, atención psicológica en casos de desastre y Modelo Hidalgo de Atención a la Salud Mental, el cual da paso para entablar el siguiente capítulo.

En el capítulo III, en México debido a las necesidades de atención en salud mental, se requieren de programas y modelos de salud como el Modelo de Hidalgo de Atención Mental que lleva consigo una responsabilidad social en la que se debe participar individuos e instituciones tanto en el sector público o privado.

Cabe señalar que el desarrollo de este modelo está vinculado con las condiciones globales que existen en nuestro país, desigualdades sociales y económicas, es decir la falta de acceso a los servicios de salud, pobreza, las condiciones de trabajo, el desempleo la drogadicción, la nutrición y la falta de apoyo social por ello es importante que el Modelo Hidalgo surja como una necesidad de atención mental debe de incluirse no solo en la provisión y financiamiento de la atención médica si no también debe formar parte de los programas de salud de los sistemas de psiquiatría y salud mental que contribuya o lleve consigo a una mejor salud mental a través de una atención digna, oportuna con calidad y calidez y propiciar una integración social y readaptable así como también preventiva.

JUSTIFICACIÓN

En la República Mexicana, a través de diversos estudios epidemiológicos, se ha tratado de dimensionar la magnitud de los trastornos mentales y del comportamiento que permiten conocer con relativa certeza las características del problema. Según la OMS se estima que hay más de 450 millones de personas con trastornos mentales, y muchas más con problemas mentales.

En términos epidemiológicos, la salud mental participa a la carga global de las enfermedades alrededor de 12%, afecta hasta 28% de años vividos con discapacidad y constituye una de las tres principales causas de mortalidad entre las personas de 15 a 35 años por el suicidio. Las evidencias mundiales dan cuenta que no hay salud sin salud mental.

Estas cifras resultan preocupantes si consideramos que la edad de inicio de la mayoría de los trastornos psiquiátricos se encuentra en las primeras décadas de la vida; tal como lo reportó la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, en la cual, se señala que el 50% de los trastornos mentales inician antes de los 21 años de edad. De acuerdo con otros estudios, 24.7% de los adolescentes se encuentran afectados por uno o más problemas de salud mental.

Los resultados también demuestran que aproximadamente el 50% de los pacientes, que reciben atención, se atienden en servicios hospitalarios. En estudios anteriores se ha observado que México es uno de los países donde un porcentaje mayor de pacientes son tratados en servicios especializados independientemente de la gravedad del trastorno. Esta condición aumenta los costos de tratamiento y amplía la brecha de atención.

A pesar de la importante carga de enfermedad que representan los trastornos mentales, los datos de la última Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica señalan que existe una baja utilización de los servicios por parte de la población que presenta este tipo de padecimientos; por ejemplo, solo una de cada cinco personas

con algún trastorno afectivo recibieron atención y solo una de cada diez con algún trastorno de ansiedad lo obtuvieron. El tiempo que tardan los pacientes en llegar a la atención es también importante con una latencia que oscila entre 4 y 20 años según el tipo de padecimiento. Cuando se considera la adecuación del tratamiento se observa que solo el 50% de las personas que buscaron atención especializada en salud mental, recibieron un tratamiento adecuado. Aunado a lo anterior, los servicios son proporcionados principalmente en el tercer nivel con poca representación del primer nivel de atención.¹

Cabe señalar que el impacto de la aplicación del modelo “Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental” es importante describirla, analizarla y difundirla para crear otra perspectiva de los modelos de hospitalización de atención mental que actualmente en México se desarrollan, comúnmente se está acostumbrado a señalar al interno mental como un paciente en estado inconsciente, con pocas posibilidades de desenvolverse y funcionar en la comunidad de un modo más autónomo, así mismo se viene a la mente que el trato a este paciente es muy frío, rutinario sin calidad. Por ello es importante conocer este modelo para crear más conciencia tanto en el ámbito público como el privado ya que este modelo es capaz de re direccionar instituciones basadas en el respeto a los usuarios, recibir atención integral medico psiquiátrica con calidad y calidez y ver reducido al máximo las hospitalizaciones, reingresos y erradicar de manera definitiva estancias prolongadas de hospitalización.

Así como también favorecer a los usuarios a integrarse con mayor facilidad al mundo social y que este se vea favorecido al recuperar un conjunto de habilidades para el funcionamiento en la comunidad en mejores condiciones, mas autónomo e integración a la sociedad con calidad, como bien este modelo ofrece una red de servicios con distintas alternativas de prevención, hospitalización y reintegración social en el área de salud mental.

¹ Informe Sobre Atención Mental (2001). Pag: 5.

CONTEXTO TEÓRICO CONCEPTUAL E HISTÓRICO

ANTECEDENTES.

Desde la época prehispánica, con los aztecas floreció el quehacer terapéutico en pro de la salud mental. Más tarde en la época de la Colonia, México se adelantó a otras sociedades de América al tomar bajo su cuidado a los dementes, los cuales estaban mal alimentados y semidesnudos, deambulaban por las calles o eran alojados en las cárceles. El primer hospital en el continente dedicado al cuidado de tales enfermos fue el de San Hipólito, fundado en 1566 en la Ciudad de México por Fray Bernardino Álvarez Herrera; posteriormente, en 1698 José Sáyago fundó el Real Hospital del Divino Salvador. Ambas instituciones se mantendrían funcionando por más de 350 y 200 años respectivamente, hasta principios del siglo pasado.

En los últimos años del siglo XIX y la primera década del siglo XX abrieron sus puertas otras instituciones privadas y públicas entre ellas el sanatorio del Doctor Rafael Lavista en Tlalpan en 1898. En 1949 se inauguró la Clínica San Rafael, en Tlalpan, D.F., y es hasta nuestros días uno de los centros privados más importantes del área metropolitana en lo que se refiere a la atención psiquiátrica privada.

En 1910 el entonces presidente de la República Mexicana Porfirio Díaz inaugura en terrenos de la Hacienda “La Castañeda”, en Mixcoac, en la Ciudad de México, el Manicomio General, que durante décadas prestó atención a los asilados; el tratamiento que se dio a enfermos mentales fue semejante al que se prestaba en otros países, ya que también se carecía de conocimientos y de recursos terapéuticos efectivos y se asumía que el deterioro mental de los enfermos era consecuencia natural, inexorable del avance de su enfermedad y no como resultado en buena parte del aislamiento y el abandono.

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

El primer programa institucional específico, para impulsar y orientar los servicios dirigidos a la atención de personas con padecimientos mentales, así como para promover la salud mental, fue esbozado y desarrollado en el período de 1947-1951, coordinado por el Departamento de Neuropsiquiatría e Higiene Mental de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia; su principal función fue crear las bases para la planeación, organización y coordinación operativa de las actividades de salud mental, mismas que han tenido diversas orientaciones teórico-metodológicas con el transcurso de los años y con los criterios imperantes en las distintas etapas de la administración pública. Algunas de las estrategias y líneas de acción consideradas en dicho instrumento eran: el ampliar los servicios, impulsar la formación de recursos humanos en el campo de la salud mental, promover la investigación y reglamentar la atención a enfermos en establecimientos especializados.

En el período administrativo que abarca los años de 1964 a 1970, se reestructura la unidad central coordinadora de estos servicios y se denomina Dirección de Salud Mental, correspondiéndole como tarea sustantiva de su gestión coordinar el plan de acción conocido como “Operación Castañeda”; éste consistió en una reforma de la atención hospitalaria especializada bajo la dependencia de la SSA, por medio de la cual se cierra el manicomio de “La Castañeda” y se crean seis recintos hospitalarios especializados que tuvieron como principal objetivo mejorar las condiciones de vida institucional de los usuarios, a partir de la organización de nuevos modelos de

tratamiento y rehabilitación que les permitiera desarrollar, a través de actividades ocupacionales, agropecuarias y talleres de terapia, diversas alternativas para su reintegración social. En esa operación se funda el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

Asimismo, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) inaugura el Instituto Nacional de Salud Mental, dando prioridad a la atención de la consulta externa de niños y adolescentes; actualmente se llama Centro Integral de Salud Mental, dependiente de la Secretaría de Salud.

El programa desarrollado durante esa época estuvo compuesto, por el de orden aplicativo general, y dos subprogramas, de atención y prevención a la farmacodependencia y el de psiquiatría comunitaria, realizándose actividades primordialmente de asistencia y prevención.

El entonces Instituto Mexicano de Psiquiatría, actualmente Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” (INP), desarrolló modelos de rehabilitación para pacientes hospitalizados; uno de estos programas se puso en operación de 1980 a 1982 en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” e incluyó tratamiento intrahospitalario, participación de la familia y seguimiento extrahospitalario.

La administración del período comprendido entre 1982 a 1988 determina y ejecuta amplias y sustantivas transformaciones en la organización y funcionamiento de la SSA, a partir de entonces denominada Secretaría de Salud; se deroga el Código Sanitario y se expide la Ley General de Salud. Los servicios de psiquiatría y salud mental, que hasta entonces dependían operativamente de la Dirección General de Salud Mental, se transfirieron a las autoridades estatales de salud y en el nivel central sólo se mantuvieron las atribuciones de tipo normativo, disponiéndose la creación de una Dirección de Área con estas funciones, integrada a la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud. En 1987, a través de esta estructura, son expedidas cinco normas técnicas específicas para la prestación de los servicios de salud mental; los resultados de este esfuerzo fueron desiguales.

La siguiente administración 1988-1994 mantiene el mismo esquema de organización y estructura; sin embargo, se logra identificar la necesidad de apoyar los servicios a partir de iniciativas y recursos provenientes del nivel central, en virtud del limitado respaldo que se les asigna por parte de los estados. Una acción relevante de este período fue el establecimiento, por gestión del secretario de Salud, de un cuerpo colegiado ex profeso para impulsar los servicios especializados: la Comisión para el Bienestar del Enfermo Mental.

En el inicio de la administración federal 1994-2000, se disponía de una estructura administrativa para cumplir con los acuerdos del Consejo Nacional contra las Adicciones, de una Dirección de Normas en Salud Mental, Rehabilitación y Asistencia Social y se integraron los Consejos Estatales contra las Adicciones, con diferente nivel de representación, pero con apoyos administrativos comunes, en aras de una mayor eficiencia y costo-beneficio. Un acuerdo del secretario de Salud, a principios de 1995, integró la Dirección de Normas de Salud Mental, con el Consejo Nacional contra las Adicciones dependiendo de la entonces Subsecretaría de Servicios de Salud sin embargo, la dificultad administrativa de reunir ambas áreas propició el regreso a las fórmulas iniciales.

Para alcanzar estas metas, durante la primera mitad de la pasada administración, se llevaron a cabo entre otras las siguientes acciones:

1. La expedición de la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, que tiene como objeto uniformar criterios sobre la atención hospitalaria psiquiátrica y la protección de los derechos humanos de los pacientes.
2. El establecimiento y desarrollo de un subprograma para el fortalecimiento de la calidad de la atención en unidades hospitalarias especializadas, mediante el cual se asignan recursos humanos, materiales y financieros para cubrir las necesidades y posibilitar los procesos de mejora de atención a los usuarios.

3. La creación de la Coordinación de Salud Mental (COORSAME), órgano desconcentrado, para conducir, organizar, vigilar y evaluar el desarrollo de las acciones en materia de estos servicios y a la que compete impulsarlos en el nivel nacional; esta coordinación se establece legalmente a partir del mes de agosto de 1997.

El 15 de septiembre de 2000 se publica en el Diario Oficial de la Federación, la creación del Órgano Desconcentrado de los Servicios de Salud Mental, sustituyendo a la Coordinación de Salud Mental. De esta manera, en la actual administración se cuenta con un Comisionado del Consejo Nacional contra las Adicciones, con rango de subsecretario y una Dirección General de los Servicios de Salud Mental. ²

La OMS declaró 2001 como el año de la Salud Mental, lo cual significó que en un gran número de países se considerara con mayor fuerza el tema de la salud mental y en 2002 se crea el Programa Mundial de Acción en Salud Mental, que se apoya en estrategias para mejorar la salud mental.

² Programa de Acción en Salud Mental (2001). Pag. 25

CONCEPTOS

Para abordar dicho tema, es necesario mencionar algunos antecedentes históricos que sirvieron para definir el concepto de salud mental.

En estos últimos años, se ha asistido a un importante cambio en los conceptos que sobre la salud sostiene la sociedad, hasta hace no mucho tiempo, toda la atención estaba centrada en la enfermedad; actualmente, en énfasis se viene poniendo en la promoción y el fomento de la salud. Así lo refleja la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS): Estado completo de bienestar mental, físico y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o dolencia.³

Al aceptar esta definición, se ha admitido de manera tacita que el estado mental también forma parte de la evaluación para conocer el estado de salud de las personas.

Entendida, pues, la salud como un bien positivo que hay que alcanzar en su mayor grado (estado completo de bienestar), no es posible desligar la incidencia que tienen las actitudes personales en el grado de salud logrado por cada individuo. Esto acrecienta la responsabilidad individual y produce, en consecuencia, un notable incremento de las demandas sociales en materia de salud. Las modificaciones que hemos reflejado se han producido en el concepto que engloba los aspectos generales sobre la salud, pero no han tenido la misma incidencia en los aspectos particulares de la salud mental, lo que a nuestro entender crea una situación paradójica y contradictoria, que obedece mas a cuestiones culturales ancestrales que a conceptos actualmente sostenibles.

Si bien en la siguiente definición de salud mental de la OMS: resultado de la presencia de aspectos psicológicos, afectivos y sociales sobre la salud, necesarios

³ Organización Mundial de la Salud (2007)

para alcanzar un estado completo de bienestar, ya aparecen claramente señalados los aspectos mas remarcables, lo cierto es que, en nuestro medio, la actitud de la sociedad en lo referente a la esfera de la salud mental se mantiene fijada culturalmente en las tradiciones y creencias que a nuestro entender han quedado obsoletas.

Hoy en día parece en un momento dado no volverá a recuperarla. Lo cierto es que la salud, y por lo tanto, la salud mental, desde una perspectiva actual, se contempla como un concepto más dinámico, por el cual todas las personas a lo largo de nuestra vida atravesamos por diferentes periodos en los que el grado de salud varia dentro de ese continuum dinámico salud/enfermedad. ⁴

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

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental es el “bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación”. ⁵

El concepto de salud mental no sólo es la ausencia de enfermedad, sino la capacidad del individuo y el grupo social para interactuar entre sí y con el medio ambiente, logrando el máximo bienestar individual y colectivo. La OMS define a la

⁴ **Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. Pag. 21**

⁵ **La Salud Mental en México. Pag. 5**

salud mental como "...la capacidad del individuo, el grupo y el ambiente de interactuar el uno con el otro de forma tal, que se promueva el bienestar subjetivo, el óptimo desarrollo y el uso de las habilidades mentales (cognitivas, afectivas y relacionales), la adquisición de las metas individuales y colectivas en forma congruente con la justicia y la adquisición y preservación de las condiciones de equidad fundamental".⁶

De acuerdo con el órgano informativo del Instituto de Investigaciones Biomédicas de la UNAM, "las enfermedades mentales son desórdenes en el cerebro que alteran la manera de pensar y de sentir de la persona afectada, al igual que su estado de ánimo y su habilidad de relacionarse e identificarse con otros. Son causadas por desórdenes químicos en el cerebro, las cuales pueden afectar a personas de cualquier edad, raza, religión o situación económica".⁷

Para efectos de esta investigación se tomara la definición de la OMS como concepto principal: La salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.⁸

⁶ Programa de Acción en Salud Mental, op.cit., pag, 29

⁷ Panorama de la Salud Mental en las Mujeres y los Hombres Mexicanos, 2006, pag, 29

⁸ Organización Mundial de la Salud, 2007

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS

Se sabe que una investigación es útil cuando: establece los conceptos base del conocimiento, amplía la información de los temas que se necesitan conocer y, busca la aplicación práctica de los conocimientos. Esta investigación se basó en los aportes teóricos de programas rectores tales como: Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, en el Programa Nacional de Salud 2007-2012, el Programa de Acción en Salud Mental 2007-2012, y en el marco normativo de las leyes que rigen la prestación de servicios de salud, con lo que se buscará su aplicación práctica dada su utilidad; es decir, se explicará la aplicación de las diferentes actividades programadas con base en el análisis, se planteará las condiciones a las que se enfrentará el paciente con problemas mentales.

De lo anterior se desprende que el programa realizado este basado en una investigación documental, bibliográfica, cualitativa, de tipo descriptivo, puesto que se detalla el Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental, en donde se describe su desarrollo, aplicación, ventajas y desventajas de este modelo. Se dará razón de la metodología que rige la materia, así como de la forma en que deben aplicarse cada una de las etapas de la investigación buscando determinar las necesidades del paciente para evitar daños y secuelas que impidan a éste incorporarse a su medio ambiente familiar y laborar en las mejores condiciones posibles.

En el programa se utilizarán los medios y técnicas necesarios para favorecer el conocimiento en el cuidador apoyado en técnicas didácticas que repercutan en el cambio de los temas que debe conocer nuestro sujeto de estudio.

LA SALUD MENTAL EN MÉXICO

5.1 LA SALUD COMO ESTADO DE EQUILIBRIO.

La salud se entiende como un estado de equilibrio o armonía entre las distintas dimensiones que componen la persona y entre esta y su entorno. Ello implica que la salud depende más que de un buen estado físico.

El carácter psico-social del ser humano hace que no se pueda definir la salud en términos absolutos, sino que haya que entenderla como un estatus relativo en el que intervienen aspectos individuales, sociales y culturales que provocan variaciones dentro de un continuum.

En este sentido, la salud es una cuestión de grado de una escala continua que va del mas (salud) al menos (enfermedad) y que admite múltiples variaciones entre los dos extremos.

La dicotomía establecida entre la salud-enfermedad como dos polos oportunos han evolucionado hacia la concepción de la salud-enfermedad como dos extremos dentro de un mismo parámetro que es la salud optima, es decir, el estado de máximo bienestar físico, psicológico y social. Todas las medidas de cuidado o de atención deberán ir encaminadas a obtener un mayor grado de salud, independientemente del grado o nivel en el que la persona se encuentre, tanto es así, que incluso en fase terminal se puede hablar de cuidados de salud, pues el objetivo seguirá siendo proporcionar a la persona el máximo grado de bienestar posible del status en el que se encuentra.

5.2 COMPONENTES DE LA SALUD MENTAL

Históricamente, los avances de la medicina han sido dominados por la creencia de que las enfermedades tienen una causa específica y si esta causa es eliminada, la enfermedad podrá ser prevenida o curada. De hecho muchas enfermedades, como la viruela, han sido erradicadas o tratadas con base en estos conceptos. Sin embargo, en la práctica médica esto no es sencillo, en la mayoría de los casos el curso de la enfermedad es complejo e involucra un rango de factores con diferentes niveles de causalidad. Por ejemplo, muchas infecciones bacterianas que causan enfermedades son bien conocidas y por ello se pueden usar antibióticos específicos para combatirlos. Sin embargo, la incidencia de las infecciones bacterianas comenzó a disminuir incluso antes de la era de los antibióticos. Esta disminución fue una respuesta a cambios que se realizaron sobre otros factores que influyen en la enfermedad, como la higiene, los aspectos nutricionales y sobre todo un aumento en la educación de la población.

La mayoría de las enfermedades y trastornos, que representan un alto impacto y una carga para la humanidad, tienen una causa multifactorial, determinantes y factores de riesgo y protección que interactúan entre sí, en un complejo sistema biopsicosocial. Los problemas de salud mental y específicamente los trastornos mentales se desarrollan a partir de éste y rara vez es posible identificar una causa única; por otra parte, la naturaleza exacta de las interacciones causales que afectan estos trastornos es frecuentemente desconocida.

Una causa es definida como un agente interno o externo, que resulta de una condición o trastorno en una persona que es susceptible a padecerlo. Asimismo, un determinante es un factor que opera en un sistema biológico o social, que produce una probabilidad para desarrollar una enfermedad; típicamente, los determinantes son mejor entendidos en términos de poblaciones sanas. La población de riesgo son los individuos que son vulnerables a un determinante en particular. La salud mental

es el resultado de la armonía entre los aspectos biológicos y sociales del individuo, el desequilibrio entre ellos genera como consecuencia un trastorno mental.⁹

5.3 SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL

Para la mayoría de los mexicanos los progresos que se han observado en el campo de las neurociencias en el nivel internacional, en los últimos años, no han repercutido en términos de su salud mental. Los nuevos conocimientos básicos, clínicos y terapéuticos acerca de los trastornos mentales, no han tenido el impacto esperado, porque no han podido llegar a las poblaciones con problemas de salud mental que lo necesitan; esto ha hecho que inclusive algunos trastornos se hayan incrementado de manera considerable. Las principales manifestaciones clínicas de la enfermedad mental reflejan una alteración de las funciones cerebrales, como la atención (trastorno por déficit de atención), la memoria (demencia), el pensamiento (esquizofrenia), el estado de ánimo (depresión), la sensopercepción (esquizofrenia), el aprendizaje (trastornos del desarrollo infantil) y la conducta, entre otros; los cuales interfieren en la vida y la productividad del individuo. El inicio de un trastorno mental puede ser súbito; sin embargo, en la mayoría de las ocasiones suelen ser lentos y paulatinos y pueden ser desencadenados por una situación de intenso estrés y en otras se comportan como una enfermedad crónica. La detección temprana e intervención oportuna pueden cambiar drásticamente el curso de la mayoría de éstos, reduciendo significativamente la discapacidad que generan.

5.4 FACTORES ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD MENTAL

Son diversas las circunstancias que en la actualidad influyen en las condiciones de salud mental de la población y, que a partir de un enfoque multifactorial, se asocian a condiciones de tipo biológico (genético y ambiental) y psicosocial (económico,

⁹ Enfermería Psicosocial y Salud Mental (2000), pag. 4

cultural y demográfico), que al interactuar afectan de diferente forma a individuos, familias y grupos sociales.

Bajo este esquema se revisan, de forma separada, los factores asociados a la salud mental:

1. Factores biológicos

Los factores biológicos se dividen en genéticos y ambientales.

- **Genéticos**

La influencia de los factores genéticos en el desarrollo de la enfermedad mental está fuera de toda discusión. Se ha demostrado que muchos de los principales trastornos psiquiátricos están asociados a factores hereditarios. Actualmente el consenso de la comunidad científica propone que la enfermedad mental tiene una causa poligenética y multifactorial.

- **Biológicos ambientales.**

Si bien el factor genético es considerado como el más importante en relación con la enfermedad mental, no explica por sí solo el 100% de las causas de estos trastornos. Existen factores ambientales biológicos que también se han asociado, aunque en menor medida, a los trastornos psiquiátricos. Los factores ambientales biológicos han sido identificados con más precisión y la asociación de éstos con las enfermedades mentales es cada vez más evidente. Un ejemplo de ello lo podemos observar en la esquizofrenia, donde el trauma obstétrico eleva hasta siete veces el riesgo de padecerla; asimismo, se han relacionado las infecciones virales prenatales, la preclampsia, el uso de sustancias tóxicas por la madre en el embarazo y el trauma

obstétrico, en otros padecimientos tales como el trastorno por déficit de atención y la epilepsia, por nombrar algunos.

Las agresiones del medio ambiente sobre el desarrollo del sistema nervioso central, desde la gestación hasta la madurez, repercuten en una alteración de su formación, que irá en relación directa a la intensidad de la agresión, la etapa del desarrollo en que se produzca y la vulnerabilidad genética del individuo. Estas agresiones sobre el individuo pueden ocurrir en la etapa prenatal, perinatal y postnatal.

2. Factores Psicosociales

Los factores psicosociales son aquellos que están relacionados con el medio ambiente físico y social; éstos, siempre han estado presentes como condicionantes, en diversa medida, de la salud mental. La modernidad económica ha producido grandes logros y avances en la vida del país, pero también ha provocado intensos desequilibrios regionales, crecimiento explosivo de la población así como la consecuente sobreexplotación de los recursos naturales; esto ha modificado la distribución territorial a partir de intensos flujos migratorios, campo-ciudad. Esta situación ha producido, además de una marcada polarización social, una demanda creciente y compleja de los grupos sociales para replantear sus valores, costumbres y estilos de comportamiento, lo que repercute de manera importante en la calidad de vida y en el bienestar de las familias y de la sociedad en su conjunto.

Se ha demostrado la relación entre la exposición a factores psicosociales y la salud en general; esto tiene su origen en la agresión hacia el individuo provocada por la inseguridad y tensión que se produce en el contexto físico y social. Este proceso daña la convivencia humana, propicia la aparición y mantenimiento de diversos fenómenos sociales como pobreza, violencia urbana, violencia familiar, fuerte presión en el lugar de trabajo, inseguridad de empleo, bajo apoyo social, conductas adictivas, desintegración familiar, niños en situación de calle, explotación sexual y abuso físico de menores, entre otros, así como el incremento de los problemas epidemiológicos

del subdesarrollo como la desnutrición e infecciones, que se mezclan con las enfermedades originalmente propias del primer mundo.

Asimismo, la OMS a través de la revisión de trabajos de investigación internacionales, incluidos los de México, afirma que la posición desventajosa de las mujeres en la sociedad es en la actualidad internacionalmente reconocida como resultado de la disparidad de sus derechos humanos, así como de la barrera en su desarrollo.

En el caso de la salud, los factores sociales, económicos y políticos disminuyen su habilidad para proteger y promover su propia salud física y emocional, incluyendo el uso efectivo de los servicios de salud para ellas.

La relación entre los factores sociales y la enfermedad mental se ejemplifica en el trastorno depresivo, ya que la muerte de los padres, el abuso sexual y el maltrato físico en el niño elevan el riesgo de presentar este trastorno. También se ha observado que el factor estresante social asociado con mayor frecuencia al inicio de un episodio depresivo es la pérdida del cónyuge. Varios estudios han encontrado que la pérdida del esposo durante el embarazo se ha asociado a un aumento en el riesgo del producto de presentar esquizofrenia en la edad adulta.

3. Factores protectores y de riesgo

Los determinantes de la salud que operan en una comunidad se traducen en factores de riesgo y de protección que influyen en la salud física y mental de los individuos que la integran. Los factores protectores son las condiciones, situaciones o características de la persona, familia o grupo social que funcionan como mecanismos para proteger o para potenciar sus capacidades y que les permite estar fortalecidos ante las situaciones de riesgo o cuando se encuentran en una situación de adversidad. Éstos moderan el impacto del estrés y regulan los síntomas transitorios

para lograr el bienestar físico y psicosocial, además de reducir la posibilidad de que se presente un trastorno.

Los factores de riesgo son todas aquellas condiciones que propician que un trastorno mental se desarrolle y pueda agravar las circunstancias, el estado de salud físico, emocional o social de la persona, familia o comunidad expuesta a los factores biológicos y psicosociales. Los factores de un solo riesgo pueden tener diversos niveles de impacto y crear combinaciones de gran efecto interactivo, por lo que la exposición prolongada a varios factores de riesgo tiene un efecto acumulativo. Las cadenas de riesgo operan a través del tiempo para aumentar la vulnerabilidad, como es el caso de la pobreza; sin embargo, existen otros que pueden precipitar la aparición de algún trastorno, como es el caso de la falta de atención a los hijos por parte de los padres.

Muchos de estos factores son específicos de ciertas etapas de la vida, en particular de la infancia; otros tienen impacto a lo largo de la vida como la desventaja socioeconómica. La comprensión epidemiológica de las causas, determinantes y factores protectores y de riesgo de problemas y trastornos mentales, sobre todo en niños, está más clara ahora que hace 20 años. Es evidente que muchas de estas influencias se encuentran fuera del campo de los servicios de salud mental.

5.5 GRUPOS VULNERABLES

Existe una serie de fenómenos surgidos a partir de las crisis económicas recurrentes en los últimos años, que han generado una dinámica social que limita el acceso pleno a los diversos factores sociales y que han incrementado el número de personas con carencias fundamentales: familiares, de salud, económicas, educativas, etcétera y que se ven reflejados en diversos contextos de la realidad nacional. De esta manera, la vulnerabilidad social es la condición de las familias o personas que debido a su edad, género, origen étnico o limitaciones físicas presentan mayores riesgos en su salud, en su integridad física, mental o moral y en

su desarrollo como personas plenas, que al hacerse presentes en determinados grupos los convierte en vulnerables. Se ha considerado la pobreza y la exclusión social como resultado de las fallas estructurales de la sociedad que marginan a las personas, sustrayéndoles oportunidades para una vida mejor, para su acceso a la justicia y el disfrute de sus derechos sociales.

1. La pobreza
2. Mujeres trabajadoras
3. Población rural
4. Niñas y niños en situación de calle
5. Personas con discapacidad
6. Menores farmacodependientes
7. Madres Adolescentes
8. Adultos en plenitud
9. Población indígena
10. Población migrante
11. La Oficina
12. Delincuentes reclusos

5.6 PADECIMIENTOS NEUROLÓGICOS Y PSIQUIÁTRICOS PRIORITARIOS EN NUESTRO PAÍS

Los trastornos psiquiátricos y neurológicos con mayor incidencia en el país, son: depresión, esquizofrenia, demencias, epilepsia, psicopatología infantil y de la adolescencia, trastorno por déficit de atención, enfermedad de Parkinson, atención psicológica en casos de desastre.

- **Depresión**

La depresión se clasifica dentro de los trastornos del afecto y se caracteriza por cambios involuntarios del estado de ánimo que ocasionan una disfunción significativa

del individuo que la padece. Se calcula que afecta a cerca de 340 millones de personas en el mundo.

Actualmente se considera como una de las enfermedades más discapacitantes. Una de las complicaciones más temidas de la depresión es el suicidio, existiendo hasta 60% de vinculación entre éste y la depresión. El suicidio es la causa de muerte de más de un millón de personas al año en el mundo; estiman que cerca de 6% de la población adulta ha intentado suicidarse en algún momento de su vida.

- **Esquizofrenia**

La esquizofrenia es una enfermedad psiquiátrica crónica, controlable en la mayoría de los casos, más no curable, cuya detección temprana y atención oportuna repercute significativamente en el impacto que el padecimiento genera al paciente y su sociedad; es un trastorno psiquiátrico severo que se inicia, en la adolescencia y en el adulto joven. Se caracteriza por alteraciones del pensamiento, de la sensopercepción, del afecto y de la conducta, principalmente. Se trata de un padecimiento crónico que puede producir un grado de discapacidad en 80% de los afectados, si no son detectados y atendidos oportunamente.

- **Demencias**

Las demencias son trastornos neurodegenerativos que se caracterizan por una alteración global de las funciones mentales, cuyo origen está en causas diversas. Las demencias se están convirtiendo en el tercer problema de salud en países desarrollados, después de las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares. Las principales formas de demencia son la enfermedad de Alzheimer (EA) que representan entre 50 y 70% del total; la demencia vascular con un 30 a 50% y otras formas de demencia, algunas asociadas a patología sistémica como es el caso de la diabetes e hipotiroidismo; infecciones, como el complejo cognitivo motor asociado al

SIDA; enfermedad de Creutzfeldt-Jakob y entidades nosológicas específicas de causa degenerativa y/o genética como la enfermedad de Pick, demencia frontotemporal, demencia tipo Lewy y otras. Pocas afecciones repercuten tanto sobre la calidad de vida del enfermo y su familia como los padecimientos demenciales, y en particular el más frecuente de ellos, la enfermedad de Alzheimer .

- **Epilepsia**

El término epilepsia se utilizó en la antigüedad para referirse a una persona que perdía súbitamente el conocimiento o tenía una crisis convulsiva; actualmente un mejor conocimiento del padecimiento permite distinguir entre una crisis epileptiforme de una crisis epiléptica, ya que la primera puede ser simplemente un síntoma reactivo a una condición cerebral aguda como fiebre y trauma, mientras que la segunda es una crisis recurrente no provocada.

- **Psicopatología infantil y de la adolescencia**

La patología infantil y de la adolescencia es muy vasta; los trastornos se han dividido en los que inician propiamente en la infancia y adolescencia, como el trastorno por déficit de atención y los que no son propios de la infancia y la adolescencia como son la esquizofrenia y los trastornos del estado de ánimo, que aunque se observan en esas edades, son más frecuentes en el adulto. Las principales manifestaciones de los trastornos del desarrollo se observan en la conducta y el aprendizaje, señales por las que los padres o el maestro pueden detectar la existencia de un trastorno en el niño; muchas veces no existe esta detección, por lo que se pasa por alto el problema. En otras ocasiones, aunque se detecten, los padres y maestros no lo canalizan al sitio adecuado y son diagnosticados de manera errónea y tratados inadecuadamente.

- **Trastorno por déficit de atención**

El trastorno por déficit de atención (TDA) es la afección neuropsiquiátrica más frecuentemente diagnosticada en la población infantil. Se caracteriza por la presencia de inatención e impulsividad; puede darse con o sin hiperactividad en diversos grados, lo que afecta el rendimiento escolar de 7 de cada 10 pacientes, con una comorbilidad frecuente con trastornos conductuales como el síndrome oposicionista-desafiante y el trastorno disocial, así como con trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y del aprendizaje; lo que impacta de una manera importante en la relación social y familiar.

En términos conservadores se estima una prevalencia del 4% en población infantil y adolescente, por lo que en nuestro país existen aproximadamente 1 500 000 niños y adolescentes con este problema; cifra que podría duplicarse, si se toma en cuenta a los adultos que continúan padeciendo TDA. Actualmente se calcula que 50% de los niños que acuden a un servicio de consulta externa en un centro de salud mental de segundo nivel de atención, presenta este trastorno. Hace algún tiempo se pensaba que dicho trastorno desaparecía en la etapa de la adolescencia; sin embargo, aun en más del 50% de los casos la enfermedad perdura hasta la edad adulta, lo que aumenta el número de personas con este padecimiento.

Este grupo de pacientes es también más vulnerable a sufrir maltrato infantil, rechazo escolar y aislamiento social; los adolescentes con TDA tienen mayor probabilidad de tener problemas con la justicia, comparados con sus pares que no padecen este trastorno. La ausencia de tratamiento puede ocasionar fracaso escolar, social y familiar, multiplicando así los riesgos de que se presenten otros trastornos mentales como es el consumo de drogas. Las consecuencias de este padecimiento subrayan la importancia de establecer lineamientos generales para su manejo, obteniendo un beneficio para los enfermos y sus familias.

- **Enfermedad de Parkinson**

En el grupo de las enfermedades neurodegenerativas se encuentran aquellas enfermedades o síndromes que involucran la postura y los movimientos, como la enfermedad de Parkinson y los síndromes Parkinsónicos.

La enfermedad de Parkinson se incluye dentro del rubro de enfermedades hereditarias, donde existe una alteración en el cromosoma 4, que afecta núcleos específicos dentro del sistema nervioso central (SNC).

Los síndromes parkinsónicos se inscriben dentro del rubro de trastornos de la postura y de los movimientos secundarios a una enfermedad sistémica o sustancia que afecta de manera directa el SNC, específicamente aquellos núcleos donde se produce el neurotransmisor, dopamina, que se manifiesta con la sintomatología descrita.

- **Atención psicológica en casos de desastre**

La Ley General de Protección Civil define un desastre como: “el estado en que la población de una o más entidades federativas, sufre severos daños por el impacto de una calamidad devastadora, sea de origen natural o antropogénico, enfrentando la pérdida de sus miembros, infraestructura o entorno, de tal manera que la estructura social se desajusta y se impide el cumplimiento de las actividades esenciales de la sociedad, afectando el funcionamiento de los sistemas de subsistencia”.

En tanto que la anterior definición no abarca la atención que se debe brindar en la esfera psicológica a la población afectada; se hace indispensable contar con una definición más amplia que precise el apoyo psicológico, la cual fue elaborada por el Comité Consultivo.

- **Académico del Programa Específico de Atención**

Psicológica en Casos de Desastre: “un desastre es un evento de tal magnitud que rebasa la capacidad de respuesta de la comunidad y se genera a partir de la interdependencia de agentes perturbadores y grupos vulnerables, sumiendo a la población en el desamparo y sufrimiento, colocándola en la necesidad de recibir asistencia integral que cubra los requerimientos básicos, así como médicos, psicológicos y socioeconómicos.”

La OMS considera que durante un desastre, además de los daños físicos, la población también es afectada psicológicamente antes, durante y después del evento, en un rango aproximado de 36% de los individuos. México, por su ubicación geográfica y sus condiciones socioeconómicas, sufre con frecuencia estas calamidades, sin que se hayan atendido de manera suficiente y organizada los daños psíquicos que éstas ocasionan. En congruencia y en coordinación con los esfuerzos del Gobierno Federal, en el Programa Nacional de Salud se considera necesario el formular también una estrategia, y su programa de acción correspondiente para atender los problemas de carácter psicológico de la población que se generan a partir de estas catástrofes.¹⁰

5.7 TRASTORNOS MENTALES Y DERECHOS HUMANOS

Además de los problemas físicos que conllevan por sí mismos los trastornos mentales, quienes los padecen frecuentemente se ven expuestos a rechazos y estigmas sociales y a violaciones de sus derechos humanos, dentro y fuera de las instituciones.

Por una parte está la falta de atención o la atención inadecuada, debidas a que en general no existen los servicios suficientes y adecuados para el tratamiento. El proyecto Atlas de la OMS identificó que 65 por ciento de las camas psiquiátricas está en hospitales mentales cuyas condiciones no son satisfactorias. Señaló también que

¹⁰ Programa de Acción de Salud Mental, (2001), pag 29

muchas instituciones psiquiátricas proporcionan atención inadecuada, degradante e incluso dañina; se habla de hospitalizaciones y tratamientos que no cuentan con el consentimiento del paciente.

Las personas que sufren trastornos mentales enfrentan problemas como negativa de empleo, pocas o nulas oportunidades de educación, discriminación en los sistemas de seguros de salud y en los programas de vivienda. En algunos países, el trastorno mental puede ser causa para negar el derecho a votar o para afiliarse en asociaciones profesionales; en otros, el matrimonio puede ser anulado si la mujer ha sido afectada por un trastorno.

Para prevenir las violaciones a los derechos humanos y la discriminación de las personas con trastornos mentales son necesarias políticas de salud mental bien articuladas y con directrices que permitan reducir la ineficacia y la fragmentación de los sistemas actuales de atención a la salud. Adicionalmente, leyes sobre salud mental pueden ser fundamentales para promover los derechos humanos y favorecer la autonomía y la libertad de las personas afectadas, además de favorecer el acceso a servicios de salud mental de calidad y contribuir a que los enfermos se integren a la comunidad.¹¹

En el capítulo VII de la Ley General de Salud, artículos 72 a 77, hace hincapié a la Salud Mental, en el **Artículo 72 dice**: que La prevención de las enfermedades mentales tiene carácter prioritario. Se basará en el conocimiento de los factores que afectan la salud mental, las causas de las alteraciones de la conducta, los métodos de prevención y control de las enfermedades mentales, así como otros aspectos relacionados con la salud mental.

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

¹¹ Panorama de la Salud Mental en las Mujeres y los Hombres, (2006), pag,5

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

Artículo 74.- La atención de las enfermedades mentales comprende:

- I. La atención de personas con padecimientos mentales, la rehabilitación psiquiátrica de enfermos mentales crónicos, deficientes mentales, alcohólicos y personas que usen habitualmente estupefacientes o sustancias psicotrópicas, y
- II. La organización, operación y supervisión de instituciones dedicadas al estudio, tratamiento y rehabilitación de enfermos mentales.

Artículo 75.- El internamiento de personas con padecimientos mentales en establecimientos

destinados a tal efecto, se ajustará a principios éticos y sociales, además de los requisitos científicos y legales que determine la Secretaría de Salud y establezcan las disposiciones jurídicas aplicables.

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

A estos efectos, se establecerá la coordinación necesaria entre las autoridades sanitarias, judiciales, administrativas y otras, según corresponda.

Artículo 77.- Los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad de menores, los responsables de su guarda, las autoridades educativas y cualquier persona que esté en contacto con los mismos, procurarán la atención inmediata de los menores que presenten alteraciones de conducta que permitan suponer la existencia de enfermedades mentales.¹²

¹² Ley General de Salud, (1984), pag, 20

PROGRAMAS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha manifestado que las necesidades crecientes de atención en salud mental, tanto actuales como en el futuro próximo, requieren programas de intervención creativos y científicamente probados, así como de la voluntad política y consenso social para impulsarlos. Esas necesidades son mayores en la medida en que se presentan situaciones de vida más adversas. La importancia de elaborar y realizar adecuados programas de salud mental ha sido señalada reiteradamente por la OMS. El siete de abril de 2001, la celebración del día Mundial de la Salud, se dedicó a la salud mental, destacando su importancia no sólo como problema de salud, sino también por su impacto en el desarrollo socioeconómico de las naciones.¹³

Los crecientes problemas de salud mental que afectan a la población mexicana exigen del desarrollo de modelos innovadores de atención, tanto en el nivel ambulatorio como hospitalario. Esto requiere de la movilización de mayores recursos para la atención de estos problemas, la formación de personal especializado y el diseño de fórmulas que faciliten la participación de la población en la detección y apoyo de las personas afectadas. Con el propósito de fortalecer los modelos innovadores de atención a la salud mental se llevarán a cabo las siguientes acciones:

- Integrar una red nacional de salud mental, conformada por unidades especializadas de atención, organizadas bajo un modelo comunitario.
- Reorganizar y fortalecer la atención en salud mental del sector, para que se brinde atención ambulatoria, hospitalaria y de rehabilitación especializada de pacientes con trastornos mentales.
- Implantar estructuras de hospitalización, breve como villas de transición hospitalaria y unidades de psiquiatría en hospitales generales en todas las entidades federativas.

¹³ Programa de Acción en Salud Mental, op.cit., pag, 13

- Instrumentar programas de rehabilitación psico-social (talleres de inducción laboral, salidas terapéuticas y centros básicos de abasto) dentro de las unidades hospitalarias y fuera (casas de medio camino, cooperativas mixtas, talleres protegidos, departamentos independientes, residencias para adultos mayores).
- Incorporar al CAUSES intervenciones que respondan a las principales necesidades de servicios de salud mental.¹⁴

Los componentes principales, propuestos por la OMS para los programas de salud mental, están dirigidos a:

1. La reestructuración de la atención psiquiátrica, que promueve el mejoramiento de los servicios psiquiátricos y su traslado a la comunidad, facilitando así su integración a la atención primaria y el desarrollo de acciones dirigidas a disminuir la prevalencia de los trastornos mentales.
2. La promoción de la salud mental y el desarrollo psicosocial de la niñez.

El Programa de Salud Mental de la División de Promoción de la Salud, de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), tiene como objetivo cooperar técnicamente con los países miembros en acciones de salud mental y de atención psiquiátrica, a través de tres componentes:

1. Promoción de la salud mental y prevención primaria de los trastornos psiquiátricos,
2. Control de los trastornos psiquiátricos, e
3. Intervenciones en los aspectos psicosociales de la salud y el desarrollo humano.

Las prioridades y estrategias de la cooperación técnica responden a un análisis realizado por la OPS en donde quedó de manifiesto que en algunos de los países

¹⁴ Programa Nacional de Salud, op, cit., pag 115

miembros, la salud mental carece de un apoyo adecuado por parte de los gobiernos y de valoración suficiente por parte de la sociedad, lo cual contrasta con las necesidades abrumadoras de atención tanto actuales, como las proyectadas para el futuro inmediato.

Este mismo análisis reveló que la orientación de los servicios disponibles para atender estas necesidades es frecuentemente inadecuada, el número de los mismos es insuficiente y la calidad deficitaria.

El Programa de Acción en Salud Mental propone un cambio radical en la atención a los problemas de salud mental, ya que es la primera ocasión en el país que se adopta un enfoque integral, coordinado y con cobertura a todos los grupos de población. Dentro del Programa se contempla la elaboración de nueve programas específicos en:

- Depresión
- Esquizofrenia
- Epilepsia
- Demencias
- Psicopatología infantil y de la adolescencia
- Trastorno por déficit de atención
- Enfermedad de Parkinson
- Atención psicológica en casos de desastre, y
- Modelo Hidalgo de Atención a la Salud Mental.

La razón de concentrarse en estos padecimientos es que representan la mayor morbilidad e incapacidad personal, laboral y social en la población mexicana.

Estos programas tendrán un carácter normativo y rector para todas las instancias del Sistema Nacional de Salud. Con los Organismos Públicos de Seguridad Social y los Servicios Estatales de Salud, así como con otras instancias del Gobierno Federal, se

promoverán convenios en el marco de los Acuerdos de Coordinación que establecerá la Secretaría de Salud. Con las instituciones privadas y grupos organizados de la sociedad se trabajará conjuntamente bajo esquemas de concertación.

El área central de los Servicios de Salud Mental atenderá su función principal: normar, supervisar y evaluar la prestación de servicios de atención psiquiátrica, neurológica y de rehabilitación psicosocial, a través de la consolidación de la descentralización de los hospitales psiquiátricos a los gobiernos de las entidades federativas, así como elaborar, proponer y evaluar el Programa de Acción en Salud Mental y los Programas Específicos que de éste emanen, además de otras atribuciones. Una acción fundamental será desarrollar una importante labor de sensibilización a la comunidad para disminuir el estigma que por años ha prevalecido en cuanto al enfermo mental, para alcanzar un cambio de actitud en la sociedad, así como lograr una mejor calidad en la atención del enfermo, otorgándole el diagnóstico correspondiente, asegurando la posibilidad de medicamentos y protegiendo sus derechos humanos.

Para empezar a revertir la problemática relacionada a la atención a la Salud Mental, el gobierno actual instituyó el Programa de Acción Salud Mental, cuyos objetivos se centran en crear una Red Nacional de unidades médicas, diseñar nuevos modelos de atención y establecer enlaces y sistemas de referencia entre las distintas aplicado en Hidalgo, por medio de villas de atención y casas de medio camino, con las que se elimina el sistema de asilo o granjas.¹⁵

¹⁵ Programa de Acción en Salud Mental, op.cit., pag, 14

MODELO HIDALGO DE ATENCION MENTAL

7.1 ¿QUE ES EL MODELO HIDALGO DE ATENCIÓN MENTAL?

El panorama de Reforma del Sistema de Salud Mental en el transcurso del tiempo tiende a dar servicios más integrales a través del fomento de intervenciones rehabilitatorias y trabajo comunitario, con el fin de disminuir al máximo hospitalizaciones, reingresos y erradicar de manera definitiva estancias prolongadas de hospitalización.

La puesta en marcha de la Reestructuración del Sistema de Servicios de Psiquiatría y Salud Mental en México se debe a la necesidad de crear otros proyectos de proponer nuevos y eficientes modelos de atención en salud mental a lo cual responde la Secretaria de Salud del Gobierno Federal que solicita la colaboración de la Fundación Mexicana para la Rehabilitación de personas con Enfermedad Mental I.A.P (Organismo no Gubernamental) para participar en la propuesta y desarrollo de un Nuevo Modelo de Atención en Salud Mental.

Este nuevo modelo contempla la creación de nuevas estructuras de atención y está basado en el respeto a los derechos de los usuarios, de recibir una atención integral medico-psiquiátrica con calidad y calidez. El modelo ofrece una red de servicios con distintas alternativas de prevención, hospitalización y reintegración social en el área de salud mental. Para la realización de este modelo el Gobierno Federal y los Gobiernos Estatales del país, aplican recursos financieros adicionales.

Fue así como el 21 de Noviembre del año 2000 el trabajo conjunto de la Fundación Mexicana para la Rehabilitación de personas con Enfermedad Mental I.A.P: el Gobierno Federal a través de la Secretaria de Salud, así como el Gobierno del Estado de Hidalgo dio como resultado la inauguración de la Villa Ocaranza y dos casa de medio camino en Pachuca cerrando así definitivamente las Puertas del

Hospital Psiquiátrico Ocaranza, para dar paso al nuevo rostro de la salud mental en México: el Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental.

Bases del Modelo:

- Respeto Cabal y absoluto a los derechos humanos de los usuarios
- Atención digna, oportuna e integral con calidad y calidez para la población abierta

El Modelo Miguel Hidalgo de atención en Salud Mental tiene como antecedentes mundiales los de Italia representados principalmente por la experiencia de Trieste. Italia se ve como uno de los principales exponentes de la Reforma Psiquiátrica, con la elaboración y promulgación en 1977 de la Ley 180, que asume la necesidad de cerrar los manicomios y crear un sistema de servicios alternativos en la comunidad.

Así mismo, el Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental toma en cuenta la experiencia de España principalmente representada por la Fundación de la Liga de Higiene Mental, con la promulgación de la Ley General de Sanidad de 1986 y el Plan de Reforma del Hospital psiquiátrico Leganes, Madrid 1986-1991.

El Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental es un cambio en el concepto de atención a personas con enfermedad mental. Contempla la creación de nuevas estructuras, en donde existen los elementos suficientes para la modificación y creación de instituciones, basadas en el respeto a los derechos de los usuarios, de recibir una atención integral médico psiquiátrica con calidad y calidez.

Las necesidades crecientes de atención en salud mental, requieren programas de intervención creativa y científicamente probada, así como de voluntad política y consenso social para impulsarlos.

En salud mental queda claro que el tratamiento de cualquier padecimiento debe

considerar el entorno en el que se desarrolla el individuo propiciando su integración a la sociedad.

Estos cambios se construyen al crear las condiciones que favorezcan la integración social del usuario, mediante estructuras en forma de red de prevención, hospitalización y reintegración social que dan como resultado el Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental.

El Modelo toma su nombre de Don Miguel Hidalgo y Costilla, quien fue luchador social que provoco un cambio en México promoviendo la independencia y libertad.

7.2 METAS A LARGO PLAZO DEL MODELO.

El Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud mental es un proyecto conjunto de Secretaria de Salud, de la Fundación Mexicana para la rehabilitación de Personas con Enfermedad Mental IAP. (Organización no gubernamental) y de los Gobiernos de los Estados.

La meta a alcanzar es que la presente administración federal se logre implementar el Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental en cada uno de los Estados de la Republica. Para lograr este fin, la Secretaria de Salud creo el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental que tiene como uno de sus principales objetivos difundir, promover, capacitar, asesorar y supervisar el desarrollo del Modelo Miguel Hidalgo en toda la Republica. Así como gestionar ante las autoridades correspondientes tanto federales como estatales la aplicación de recursos necesarios para la implementación de este Modelo.

7.3 OBJETIVOS GENERALES DEL MODELO.

- Prevenir el riesgo de la marginalización y /o institucionalización psiquiátrica.
- Atender a las personas con enfermedad mental, apoyándolas para desarrollar sus recursos personales y facilitándoles la provisión de soportes sociales básicos.

- Favorecer en los usuarios la recuperación o adquisición del conjunto de habilidades y competencia personales y sociales necesarias para el funcionamiento en la comunidad en mejores condiciones de autonomía, normalización, integración y calidad de vida.
- Posibilitar que los usuarios puedan funcionar y desenvolverse en la comunidad del modo más autónomo posible, facilitando el desempeño de roles sociales.
- Potenciar la integración laboral-social del usuario.
- Promover la vida independiente de los usuarios ofreciendo el seguimiento, apoyo y soporte social que cada persona necesite para asegurar su mantenimiento en la comunidad del modo más autónomo posible.
- Ofrecer apoyo, asesoramiento y formación a las familias.
- Sensibilizar a la comunidad sobre la enfermedad mental a través de promoción de la salud mental.
- Prevenir el desarrollo de la enfermedad mental mediante una atención oportuna y un tratamiento adecuado cuando se presentan los primeros síntomas de padecimiento.
- Hacer convenios con Organizaciones no gubernamentales para la implementación de programas comunitarios que faciliten la reintegración social de los usuarios.
- Apoyar a los Comités Ciudadanos para favorecer el mejor desempeño de sus funciones.

7.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL MODELO.

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

- Brindar tratamiento integral médico-psiquiátrico para elevar la calidad de vida del usuario.
- Favorecer que el usuario se integre a las actividades de rehabilitación psicosocial.
- Establecer comunicación y formalizar acuerdos con dependencias para el trabajo del usuario que así lo desee en la comunidad.
- Establecer mecanismos de apoyo y seguimiento al usuario en el medio al que se integre.
- Lograr que todas las estructuras que conforman la Red de Servicios del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental funcionen con excelencia, calidad y calidez y sean gratuitas para los usuarios.
- Lograr que paulatina y definitivamente se cierren los hospitales psiquiátricos asilares.
- Que los trabajadores de salud mental que laboren dentro de alguna de las estructuras de la red de servicios cuenten con reconocimiento y estímulos especiales de parte de las autoridades competentes.
- Que en todas las estructuras de la Red de Servicios se genere un ambiente de amabilidad y eficiencia, y se respeten los derechos humanos de los usuarios.
- Que los estados de la República donde se implemente el Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental mantengan comunicación permanente sobre el funcionamiento del Modelo con el Secretariado Técnico del Consejo Nacional de Salud Mental.
- Que en los estados de la República donde se implemente el Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental se realicen publicaciones periódicas sobre el desarrollo del Modelo.
- Que las autoridades estatales convoquen a grupos de sociedad civil organizada para que estos participen de manera activa en las estructuras de la Red de Servicios del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental.

Uno de los objetivos principales del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental es promover la rehabilitación de las personas recluidas en hospitales psiquiátricos para usuarios con padecimientos crónicos y apoyarlas en su regreso a la comunidad, para que logren desenvolverse y manejarse en ella con la mayor autonomía y calidad de vida posibles.

7.5 ESTRUCTURA DEL MODELO.

Villas de Transición Hospitalaria

Hidalgo	(10 villas)
Edo. Mex.	(14 villas)
Tamaulipas	(10 villas)
Durango	(4 villas)

Casas de Medio Camino

Aguascalientes	(2 casas)
Hidalgo	(2 casas)
Edo. Mex.	(1 casa)
D. F.	(1 casa)

Unidades de Psiquiatria

Aguascalientes	(1 unidad)
----------------	------------

Módulos de Salud Mental en Centros de Salud

Hidalgo	(2 modulos)
---------	-------------

Centro Integral de Salud Mental

Distrito Federal	(1 CISAME)
------------------	------------

Departamento Independiente

Distrito Federal	(20 DEPTOS)
------------------	-------------

7.6 ÁREAS DEL MODELO HIDALGO

Prevención

Fundamentalmente a través de la consulta externa y promoción de la salud mental, capacitando a los médicos generales en los Centros de Salud para una Oportuna detección y adecuada referencia, así como una posible continuidad en el tratamiento.

Módulos de Salud Mental en los centros de Salud:

- Psiquiatría, Psicología, Trabajo Social y Enfermería.

Centro Comunitario de Salud Mental:

- Equipo Multidisciplinario en salud mental.

Centro Integral de Salud Mental:

Equipo multidisciplinario de salud mental incluyendo psiquiatras, además de otros especialistas (Pediatras, Neurólogos, Geriatras)

Laboratorio de análisis clínico

Electroencefalografía

Actividades culturales, socio-recreativas

La tendencia más significativa de los últimos programas de salud ha sido al área educativa y a considerar al individuo como una entidad bio-psico-social en relación permanente con su mundo circundante. Partiendo del hecho de que la salud física y mental están estrechamente relacionadas, los programas de salud incluyen estrategias de fomento de la salud mental, como la prevención y la rehabilitación de las enfermedades que afectan las esferas emocional y mental.

Considerando las propuestas y lineamientos generados por grupos nacionales e internacionales, se vuelve necesario el establecimiento de un sistema escalonado de

atención a la salud mental que permita no solo identificar con oportunidad los diferentes trastornos mentales, sino ofrecer en el primer o segundo contacto una medida que evite la evolución hacia la cronicidad y la discapacidad, cumpliéndose así con uno de los objetivos de la Reforma Sectorial: fomentar una cultura de protección a la salud que reduzca riesgos y promueva estilos de vida saludables y en este mismo sentido, llevar a cabo la misión del Estado, comprometido con la protección universal y la equidad, cuyo eje de modernización institucional debe ser la satisfacción de los usuarios, con dos criterios que rijan su evaluación, la respuesta efectiva a las demandas del público y los niveles reales de disminución del efecto de la enfermedad entre la población.

Los Centros de Salud con Médico Capacitado en Salud Mental en este primer nivel de atención, están dirigidos a la atención de los problemas de salud y de salud mental, así como a la modificación y mantenimiento positivos de un estado de salud y bienestar, por lo que deben abarcar al ser humano y su medio ambiente.

La atención en el Centro de Salud con Médico General Capacitado en Salud Mental es la puerta de entrada al sistema de atención médica, origen de la mayor demanda de servicios personales, hay vigilancia continua y control sobre los usuarios, enviándolos en caso necesario a otros niveles. Los servicios son sencillos y eficientes, pudiendo obtenerse fácilmente.

Los Centros de Salud con Médico General Capacitado en Salud Mental son las unidades del primer nivel de atención en las que se desarrollan acciones dirigidas al individuo, la familia, la comunidad y a su medio ambiente; los servicios están enfocados principalmente a preservar la salud por medio de actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación .

En el campo de la salud mental, los equipos de atención primaria deben proporcionar:

- Promoción y educación en salud, para fortalecer estilos de vida sanos, reforzar los factores protectores y disminuir los riesgos de enfermedad.
- Orientación y capacitación a la población para el cuidado de su salud a través de la formación de grupos, como por ejemplo, comités de salud.
- Detección y referencia de problemas en salud mental de manera oportuna.
- Referencia de usuarios hacia otros niveles de atención, en caso de así requerirlo, de acuerdo al Manual de Referencia y Contrareferencia de la Secretaría de Salud.
- Capacitación y adiestramiento a personal auxiliar de la comunidad.
- Conocimiento del estado de salud mental individual, familiar y comunitario.
- Control y vigilancia epidemiológica de usuarios con enfermedades mentales.

Los Centros de Salud con Médico General Capacitado en Salud Mental, podrán referir usuarios a los Centros de Salud con Módulo de Salud Mental, Centros Comunitarios de Salud Mental (CECOSAM) o a los Centros Integrales de Salud Mental (CISAME), siendo estos, centros de atención más especializados y por otro lado, al segundo nivel de atención (Hospitales Generales con unidades de psiquiatría, Hospitales de Especialidad en Psiquiatría, Villa). Se realizará la canalización o referencia de usuarios, de acuerdo a los lineamientos del Manual de Referencia y Contrareferencia vigente de la Secretaría de Salud.

Esta unificación de criterios de las actividades de salud mental, requiere del establecimiento de lineamientos que permitan al personal involucrado en dichas actividades brindar la atención de manera ordenada y eficiente, sobretodo en este nivel de atención médica donde se realizan los primeros contactos con los usuarios .

Hospitalización Breve y Transitoria

Modelo Médico

Unidades de Psiquiatría en Hospitales Generales:

- Atención a usuarios en crisis

- No más de 15 días
- Número reducido de camas
- Atención Integral

Villa de Hospitalización transitoria:

- Fomentar la independencia de los usuarios
- Entrenamiento para el retorno a su comunidad
- Mayor Participación en su tratamiento

En México existe un problema muy grave debido a que el eje de la atención para las personas que padecen una enfermedad mental sigue siendo a la fecha el hospital psiquiátrico tradicional. Este funciona de acuerdo al modelo asilar y en él las estancias de los usuarios son muy prolongadas, la atención que reciben en términos generales es muy deficiente y suceden continuas violaciones a sus derechos humanos.

Se calcula que en los hospitales psiquiátricos públicos, que dependen de la Secretaría de Salud, alrededor de siete mil personas están hospitalizadas. Muchas de ellas con internamientos de más de ocho años. Las cuales además de los síntomas de su patología han desarrollado el “Síndrome de Hospitalización” que implica la disminución de sus destrezas y habilidades para vivir adecuadamente dentro de la comunidad.

Dice la Organización Panamericana de la Salud “entre los grandes obstáculos para superar los problemas de salud mental, desafortunadamente se encuentran factores asociados con estigmas sociales, con violaciones de los derechos humanos, pobreza, exclusión social; en fin, con la discriminación y los mitos alrededor de las personas que tienen una enfermedad mental”.

“Las reformas en la esfera del cuidado a las personas con enfermedad mental efectuadas en muchas partes del mundo han demostrado que los servicios comunitarios representan un enfoque eficaz y que gracias a estas nuevas estrategias ha mejorado la calidad de la atención y disminuido la necesidad de los hospitales psiquiátricos tradicionales. Esas instituciones, ya obsoletas, no solo perpetúan la inaceptable práctica del aislamiento y el asilo, sino que siguen absorbiendo la mayoría de los recursos financieros disponibles. Ahora se sabe que es posible que las personas con problemas de salud mental vivan en la comunidad, trabajen y tengan los mismos derechos que todos los ciudadanos” (Henry. F. Jouval representante de la OPS-OMS en México, abril 2001).

Los usuarios necesitan además de la atención integral médico- psiquiátrica, como marca la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, participar en un programa de hospitalización que los impulse y les de los apoyos necesarios para poder reintegrarse a la sociedad. Para ello se creó la estructura denominada Villa que forma parte de la red de servicios del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental, y que es una de las estructuras de hospitalización indispensable para poder cerrar los hospitales psiquiátricos asilares y abrir la puerta a una atención médica-psiquiátrica con calidad y calidez que reditúe en una real posibilidad para que los usuarios se puedan reintegrar a la sociedad y sean candidatos viables para participar en las estructuras que este mismo modelo contempla en el área de Reintegración Social.

En México la Norma Oficial NOM-025-SSA2-1994, define la Rehabilitación Integral como “el conjunto de acciones y programas dirigidos a la utilización del potencial máximo de crecimiento personal de un individuo, que le permita superar o disminuir desventajas adquiridas a causa de su enfermedad en los principales aspectos de su vida diaria; tiene el objetivo de promover en el paciente, el reaprendizaje de sus habilidades para la vida cotidiana cuando las ha perdido y la obtención y conservación de un ambiente de vida satisfactorio, así como la participación en actividades productivas y en la vida socio-cultural”. El modelo de atención de la Villa

será una estructura de hospitalización de gran importancia para el enlace entre el egreso del usuario del hospital, una vez superada su etapa aguda y la futura incorporación a las estructuras de reintegración social del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental como son las casas de medio camino, residencias comunitarias, departamentos independientes, residencias para adultos mayores, talleres protegidos, cooperativas mixtas, clubes sociales, etc.

Reintegración Social

Fuera del Modelo Médico

Casas de Medio Camino:

- Casas en la comunidad para los usuarios dados de alta
- Entrenamiento hacia la vida independiente
- Acompañantes terapéuticos

Residencias Comunitarias:

- Casas dentro de la comunidad
- Acompañamiento eventual

Departamentos Independientes:

- Dentro de la comunidad
- Apoyo económico con las rentas

Residencias para adultos mayores:

- Apoyo con personal médico para asistir a los usuarios
- Casas acondicionadas físicamente para ellos

- Casas en la comunidad

Talleres Protegidos:

- Los usuarios aprenden un oficio y reciben apoyo económico por su participación
- No hay cuotas de recuperación

Cooperativas Mixtas:

- Constituidas por usuarios y miembros de la comunidad

Clubes Sociales:

- Centros de reunión dentro de la comunidad, actividades culturales, deportivas y recreativas

Los usuarios continúan asistiendo a sus consultas en el lugar que les corresponde, independientemente de la estructura en la que se encuentren viviendo.

Las necesidades crecientes de atención en salud mental, tanto actuales como en el futuro próximo, requieren programas de intervención creativos y probados, así como de voluntad política y consenso social para impulsarlos.

Los programas de rehabilitación y deshospitalización de las personas con enfermedad mental, hablan de la reforma psiquiátrica, es decir de proyectos de transformación de la atención a la salud mental. La erradicación de la cronicidad asilar y los nuevos patrones de atención al usuario son algunos de los principales desafíos de la salud pública en todo el mundo.

Durante la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica, que convocó la Organización Panamericana de la Salud (OPS), celebrada en noviembre de 1990 en Caracas, Venezuela, en la cual México tomó parte, se habló de los derechos que tienen las personas con enfermedad mental, de

sus estancias hospitalarias prolongadas, del derecho a tener acceso a programas alternativos dentro de su comunidad, tales como los Clubes Sociales, para poder reintegrarse a la sociedad.

En la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico- Psiquiátrica, publicada en el Diario Oficial de la Federación de fecha 16 de noviembre de 1995, se refiere que “una característica fundamental de este cambio es la tendencia hacia la reinserción social de la persona enferma al medio que pertenece, favoreciendo la continuidad del tratamiento a través de la implementación de programas extrahospitalarios y comunitarios tales como hospitales de día, casas de medio camino, talleres protegidos, entre otros, haciendo especial énfasis en la rehabilitación y en una perspectiva integral que considere la complejidad de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de las enfermedades mentales. Para fortalecer esta tendencia es indispensable continuar el proceso modernizador de la organización y funcionamiento de los servicios de salud, que permita superar los rezagos aún prevalecientes”.

En junio de 1996, durante la Reunión de Evaluación de la Iniciativa para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) celebrada en Panamá, México se comprometió a ofrecer opciones asistenciales alternativas a la hospitalización psiquiátrica y otorgar apoyo financiero a los programas comunitarios.

Ante la creciente necesidad de los usuarios de poder ser egresados de los hospitales psiquiátricos públicos en México y la carencia de programas alternativos de atención extrahospitalaria, la Fundación Mexicana para la Rehabilitación del Enfermo Mental (F.M.R.E.M.), Institución de Asistencia Privada, organización no gubernamental, sin fines lucrativos o partidistas, en 1984 crea la primera Casa de Medio Camino, posteriormente un taller protegido, departamentos independientes, etc. como parte del Modelo de Rehabilitación Psicosocial, dando atención a usuarios que habían

tenido estancias prolongadas en hospitales psiquiátricos de la Secretaría de Salud, favoreciendo su reintegración a la comunidad. Siendo la Fundación Mexicana para la Rehabilitación del Enfermo Mental la que, manteniéndose a la vanguardia, inicia este Modelo de Atención en nuestro país.

La experiencia de la Fundación Mexicana para la Rehabilitación del Enfermo Mental es aprovechada por la Secretaría de Salud, para reproducir y reglamentar los programas comunitarios tales como los Clubes Sociales del Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental.

7.7 RED DE SERVICIOS

El Modelo Hidalgo ofrece una red de servicios con distintas alternativas para las personas que padecen una enfermedad mental, dando énfasis en:

Prevención

Se desarrolla primordialmente por medio de la difusión de información sobre salud mental, el diagnóstico y el tratamiento oportuno que se otorga a los usuarios en Centros de Salud, Centros de Salud con Módulo de Salud Mental, Centros Comunitarios de Salud Mental y Centros Integrales de Salud Mental.

Hospitalización Breve

Se lleva a cabo en Unidades de psiquiatría en Hospitales Generales y Hospitales Psiquiátricos para Agudos (hospitalización breve), además se crean nuevas estructuras de hospitalización, como son las Villas. En todas estas estructuras se da una atención integral al usuario, como marca la Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica, para lograr su rehabilitación.

Reintegración Social

Se fomenta a través de estructuras dentro de la comunidad que apoyan al usuario en su proceso de reintegración social. Estas son principalmente Casas de Medio Camino, Residencias Comunitarias, Residencias para Adultos Mayores, Talleres protegidos, Cooperativas Mixtas, Clubes Sociales, etc.

7.8 PROGRAMAS ESPECÍFICOS EN LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS

A la mayoría de los hospitales psiquiátricos de la república se les ha apoyado económicamente por este consejo para implementar tres programas específicos:

Talleres de Inducción Laboral.

Es imperante diseñar programas que tengan como finalidad incorporar a un proyecto de vida productiva a los usuarios de unidades de salud mental, con los beneficios que ello implica, por eso, es de suma importancia trabajar en la implementación y permanencia de sitios dentro de las unidades de servicio, de talleres que induzcan actividades laborales productivas, que se reproduzcan fácilmente en la comunidad. La retribución económica es de un mínimo de 45.00 pesos moneda nacional por hora, contemplando 45 min. de actividad y 15 de descanso, la asistencia y participación en los talleres es limitada y los usuarios reciben un trato digno y humano por parte del personal de salud mental, independientemente de su diagnóstico, situación económica, sexo, raza, ideología o religión.

Centros Básicos De Abasto (TIENDAS)

Tiene por objeto tener acceso a la obtención de artículos de consumo así como artículos de uso personal a precio de costo (sin fines de lucro), lo que beneficia el continuar con las actividades de la vida cotidiana, además de ser un factor reforzador para los usuarios que laboran en los talleres de usuarios y que reciben ayuda económica. El beneficio que se obtiene al promover en los usuarios la obtención de

habilidades para adquirir lo que necesitan, representa un gran avance en su proceso de Rehabilitación Psicosocial.

Salidas Terapéuticas

Tienen por objeto permitir a los usuarios el tener acceso a la distracción, esparcimiento y socialización con la comunidad. Dichas salidas han permitido observar diversos cambios de las conductas y mejoría clínica de los usuarios que participan. Se promueve la participación de todos los usuarios.

La meta a alcanzar es que en esta administración federal se logre implementar el Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental en cada uno de ellos. Para lograrlo la Secretaria de Salud creó la Dirección General de Rehabilitación Psicosocial, Participación Ciudadana y Derechos Humanos que tiene como uno de sus principales objetivos difundir, promover, capacitar, asesorar y supervisar el desarrollo del Modelo Hidalgo. Y gestionar ante las autoridades correspondientes tanto federales como estatales la aplicación de los recursos necesarios para la implementación de este nuevo modelo.¹⁶

¹⁶ Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental, 2007.

CONCLUSIONES

Es evidente la existencia de diversas deficiencias en relación al tema de la salud mental entre ellas a través de esta investigación podemos concluir que de las mas importantes es la falta de información y la poca importancia que se le da al tema sobre la salud mental, que a pesar de que existen programas, investigaciones, documentos y un modelo en atención a la salud mental, toda esta información se encuentra rezagada ya que el estigma sobre los trastornos mentales y la discriminación hacen que las personas y los familiares no soliciten atención de salud mental, en la distribución de los recursos humanos existen muchas diferencias la falta de psiquiatras, enfermeras psiquiátricas, psicólogos y trabajadores sociales son algunos de los obstáculos que impiden ofrecer tratamiento y atención.

Es necesario que todo lo que existe sobre el tema se actualice año con año, y crear campañas informativas que ayuden a reducir el estigma que rodea a las enfermedades mentales, así como crear spots publicitarios, con ayuda de la televisión, radio y el medio más importante en estos tiempos: el internet para que aquellas personas que sufren algún trastorno estén informadas y puedan denunciar violaciones a sus derechos humanos, incluidos los tratamientos obsoletos e inhumanos y los servicios deficientes. Lo cual deberá ir acompañado de un mecanismo que permita responder de manera eficiente a las denuncias.

RECOMENDACIONES

Institutos y centros hospitalarios que atienden problemas de salud mental en el D.F.

Centros de Integración Juvenil, A.C.

<http://www.cij.gob.mx/> Tel.: 55 12 12 12

Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Intervención en Crisis por Teléfono

Ciudad de México y Área Metropolitana: 52 59 81 21.

Resto de la República: 01 800 472 78 35

Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC)

Paseo de la Reforma 450, Col. Juárez, Del. Cuauhtémoc, C.P. 06600, México, D.F.

Tels.: 52 08 10 40, 52 08 24 26, 52 08 24 29, 52 08 24 33 y 52 08 25 86

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

AV. Insurgentes Sur 3877, Col. La Fama, Del. Tlalpan, C.P. 14269. Tels.: 56 06 38 22 y

56 06 45 32

Asociación Mexicana del Alzheimer y Enfermedades Similares, A.C.

Insurgentes Sur 594-402, Col. Del Valle, C.P. 03100, México, D.F. Tels.: (55) 55 23 15 26,

55 23 80 35. Fax: (55) 55 23 15 26

Fundación Alzheimer IAP

División del Norte 1044, Esq. San Borja, Col. Narvarte, Del. Benito Juárez, C.P. 030220, México, D.F. Tels: 55 75 83 20; 55 75 83 23. Fax: 55 75 09 10.

E-mail: info@alzheimer.org.mx

Hospital Psiquiátrico con Unidad de Medicina Familiar 10, IMSS

Calzada de Tlalpan 931, Col. Niños Héroes. Tels.: 55 79 61 22 y 55 79 63 59

Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

Calle Buenaventura 86, Col. Belisario Domínguez. Tel.: 55 73 48 44

Clínica Mexicana del Autismo y Alteraciones del Desarrollo, A.C.

Van Dick 66, Col. Nonoalco (Mixcoac), Del. Benito Juárez, C.P. 03700, Ciudad de México.

Tel.: 56 15 06 15

Hospital General de México

Niños Héroes y Dr. Balmis 148, Col. Doctores. Tel.: 55 88 01 00

- Servicio de neurología: atención médica-quirúrgica a pacientes con enfermedades del sistema nervioso.
- Servicio salud mental: atención profesional a pacientes con trastornos mentales y de la personalidad.

Se sugiere revisar la página web del Instituto Nacional de Psiquiatría que proporciona un directorio nacional de Hospitales Psiquiátricos y servicios de psiquiatría ubicados en el interior de la República Mexicana [http:// www.inprf.org.mx/depresion/index.php](http://www.inprf.org.mx/depresion/index.php)

BIBLIOGRAFÍA

1. Estrategia y Plan de Acción Sobre Salud Mental (2009, 28 septiembre). En línea: Washintong, D.C; EUA. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en:
http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD_MENTAL_final_web.pdf.
2. Informe Sobre Atención (2001). En línea. México: Organización Mundial de la Salud, OPS, Secretaria de Salud. Disponible en:
http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf
3. La Salud Mental en México. En línea. México: SIID. Dirección General de Bibliotecas Servicio de Investigación y Análisis Coordinación de la Cámara de Diputados LIX Legislatura, División de Política Social; Dr. Juan Martin Salvador de Ecurdia. Lic. María Paz Richard. Disponible en:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>.
4. Ley General de Salud (1984,7 febrero). En línea. México: Camara de Diputados H. Congreso de la Unión. Disponible en:
<http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/142.pdf>.
5. Mercedes., U.A. (1991). Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica. [en línea]. Barcelona (España). Disponible en:
<http://books.google.com.mx/books?id=SUD7iNK1uG4C&printsec=frontcover&dq=enfermeria+en+salud+mental&hl=es&sa=X&ei=mRJZT6uUldOosAK8gsTYDQ&ved=0CC0Q6AEwAA#v=onepage&q=enfermeria%20en%20salud%20mental&f=false>

6. Modelo Miguel Hidalgo de Atención en Salud Mental (2007, 4 septiembre). En línea. México: Consejo Nacional de Salud Mental. Disponible en: http://www.consame.salud.gob.mx/contenidos/miguel_hidalgo
7. Novel, M. G. Enfermería Psicosocial y Salud Mental. (2000). En línea. Barcelona (España). Disponible en: <http://books.google.com.mx/books?id=NrOOICHZ9rAC&printsec=frontcover&dq=ENFERMERIA+psicosocial+y+sALUD+MENTAL&hl=es&sa=X&ei=pN9wT5CrLpD82gXk7YTyAQ&ved=0CDAQ6AEwAA#v=onepage&q=ENFERMERIA%20psicosocial%20y%20sALUD%20MENTAL&f=false>
8. Organización Mundial de la Salud (2007, 3 septiembre). En línea. México: Disponible en. http://www.who.int/topics/mental_health/es/
9. Panorama de la Salud Mental en las Mujeres y los Hombres Mexicanos (2006, diciembre). En línea. México: Instituto Nacional de las Mujeres. Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100779.pdf
10. Programa de Acción en Salud Mental (2001). En línea. México: Secretaria de Salud. Disponible en: http://sesaame.salud.gob.mx/pdf/pam_intro.pdf
11. Programa Nacional de Salud 2007-2012 (2007). En línea. México: Secretaria de Salud. Disponible en: http://portalsalud.gom.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf

ANEXOS

ANEXO NO. 1.3

FACTORES DE RIESGO CON INFLUENCIA POTENCIAL EN EL DESARROLLO DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN INDIVIDUOS

INDIVIDUALES	FAMILIARES	ESCOLARES	SOCIALES	EVENTOS
Alteraciones genéticas	Madre adolescente	Peleas/riñas	Desventaja socioeconómica	Abuso físico, sexual y emocional
Daño cerebral prenatal	Padre o madre soltero	Rechazo de los padres	Discriminación social y cultural	Muerte de un familiar
Nacimiento prematuro	Familia numerosa	Bajo apego a la escuela	Violencia y criminalidad en la zona de vivienda	Enfermedad física o discapacidad
Daño al nacer	Modelos con rol antisocial	Manejo inadecuado de la conducta	Densidad de población y condiciones inadecuadas de la vivienda	Desempleo/ Inseguridad de empleo
Bajo peso y complicaciones al nacer	Falta de armonía y/o violencia familiar	Grupo de pares desafiante	Falta de servicios de apoyo como transporte y lugares de recreo	Falta de hogar
Discapacidad física e intelectual	Familia disfuncional	Fracaso escolar	Aislamiento social	Encarcelamiento
Salud deficiente en la infancia	Divorcio separación y/o	Cambios de escuela	Sociedad competitiva	Pobreza, inseguridad económica
Apego inseguro en la infancia	Negligencia con el cuidado del niño	Relaciones insatisfactorias	Densidad de población y condiciones inadecuadas de la vivienda	Accidentes de trabajo
Inteligencia deficiente	Desempleo prolongado de los padres	Deserción escolar		Responsabilidad en el cuidado a un enfermo o discapacitado
Temperamento difícil	Abuso de sustancias en los padres	Falta de expectativas		Residencia en un lugar de cuidados o asilo
Enfermedad crónica	Problemas mentales en los padres	Expectativas falsas		Guerra o desastres naturales
Habilidades sociales deficientes	Disciplina inconsistente y /o rígida			
Autoestima baja	Experiencias de rechazo			
Alienación/ aislamiento				
Impulsividad				

Fuente: Programa de Acción en Salud Mental, 2001. Secretaría de Salud.