



EDITORIAL

**Dr. Julio Frenk Mora**

ESTRATEGIAS DEL  
PROGRAMA DE SALUD MENTAL

**Dr. Guido Belsasso**

LA SALUD MENTAL EN MÉXICO

**Dr. Salvador González**

PSICOPATOLOGÍA DEL  
DESARROLLO

**Dr. Jesús del Bosque**

EPIDEMIOLOGÍA DE  
LA SALUD MENTAL EN MÉXICO

INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA  
MEXICANA EN PSIQUIATRÍA

**Dr. Humberto Nicolini**

DÍA MUNDIAL DE LA SALUD-2001  
SALUD MENTAL

**Dra. Gro Harlem Brundtland**

## TODOS TENEMOS DERECHO A LA ATENCIÓN SÍ A LA ATENCIÓN, NO A LA EXCLUSIÓN

**DÍA MUNDIAL DE LA SALUD ABRIL 7, 2001  
DEDICADO A LA SALUD MENTAL**

Una actitud mental equilibrada permite afrontar de manera más eficaz el estrés de la vida cotidiana, realizar un trabajo fructífero y hacer más fácilmente aportaciones positivas a la comunidad.

Prevenir y tratar los trastornos mentales y cerebrales abre el camino para el pleno aprovechamiento del potencial individual.



Los individuos establecen relaciones recíprocas con su ambiente, no son espectadores pasivos, desde los primeros instantes de la vida participan al máximo en la tarea de moldear sus interacciones con el mundo exterior. El desviarse de este marco no sólo se debe a características innatas del niño o a sucesos aleatorios, sino a que los individuos a menudo tienen dificultades para organizar e integrar sus experiencias.

En un análisis de la bibliografía sobre el tema, Rutter (1977) afirma que existe cada vez más evidencia de que la adquisición temprana de habilidades para manejar la adversidad influye en la destreza con la que se controle en el futuro el estrés ambiental.

Lerner, Inui, Trupin y Douglas describieron que entre más graves son las "perturbaciones" afectivas en la edad preescolar, mayor es el riesgo de padecer alguna alteración psiquiátrica al llegar a la adolescencia.

A medida que avanza la psicopatología del desarrollo, se enfrenta a dos retos considerables.

En primer lugar, elaborar un esquema de clasificación que distinga mejor entre conductas normales y anormales en distintos periodos del desarrollo. A propósito existen

varias propuestas para la realización de clasificaciones específicas para niños y adolescentes.

En segundo lugar, depurar los métodos actuales de investigación para establecer los efectos de una variedad más amplia de variables (afectivas, cognoscitivas, fisiológicas y bioquímicas) englobadas en el modelo del desarrollo.

Es paradójico que la perspectiva del psicopatólogo del desarrollo provenga de y, a la vez, sea obstaculizada por, la falta de un esquema de clasificación capaz de explicar los innumerables factores que pueden provocar que los estados patológicos se manifiesten de distintas formas en momentos diferentes del desarrollo.

Las dificultades para valorar las particularidades propias de la edad adulta en una edad temprana, han dado lugar a que muchos investigadores supongan, aparentemente con razón, que la patología en el adulto carece de antecedentes en la niñez. En el extremo opuesto del espectro, muchos ajustes que parecen conseguirse en una etapa posterior de la vida luego de presentar psicopatología previa, quizá no lo sean en el fondo; entonces podrían ser evidencias de las fallas en los métodos existentes para detectar patología a medida que evoluciona en los diferentes periodos del desarrollo.

## bibliografía

1. Super, Training in Child Psychiatry, Report of the Conference on Training in Child Psychiatry, *Am J Orthopsychiatry*, 1971, 41(2): 193-201. Eds. Friedman, J. K. Kaplan, eds. Washington, D.C., 1964.
2. Childhood Depression and Aggression: A Correlative Status Analysis. *Deviant Child Wkly Rep Child Dev*, 1984, 15(3): 321-326.
3. Child and Adolescent Psychopathology Research: Problems and Prospects for the 1990s. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1993, 32(1): 1-10.
4. National Institute of Mental Health. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition, Washington, DC: 1994.
5. *Developmental Psychopathology: some Historical and Current Perspectives*. Norman, Doreen, 1991.
6. *Designing Mental Health Services for Children and Adolescents*. A Geneva Workshop. J. Gerald Young, Peter Fergus, 1998.
7. The Developmental Approach in Psychopathology. In: *Childhood and Risk for Adult Mental Illness*. *Acta Paediatr Scand*, 1993, 82(1): 1-10.
8. A Developmental Methodology of Psychopathology. *Trans Am Psychol Assoc*, 1994, 48(4): 38-44.
9. *When Parents Are Depressed: Associations with Maternal Depression and Children's Behavior and Psychopathology*. *Commentary*. *Am J Orthopsychiatry*, 1994, 64(1): 121-124.
10. The Development of Emotion Regulation and Dysregulation: A Clinical Perspective. *Dev Child Psychol Psychiatry*, 1994, 35(1): 73-100.
11. *Neuroendocrine Activity, Hematology, and Behavior Problems in Child, Risky Child and Adolescent*. *Granger SA, Wiley, Kansas, KS, Abramowitz*, 1994, 1(1): 1-10.
12. Developmental Screening of Children of Age-Related Homelessness. *Int J Child Psychol Psychiatry*, 1994, 35(1): 1-10.
13. *Psychology of the White Collar*. *Compensation for Psychiatric and Abandonment Theories and Disease Research*. *Trans Am Psychol Assoc*, 1994, 48(4): 38-44.
14. *Attachment, Attachment, Attachment: A Review of Attachment Theory and Research*. *Trans Am Psychol Assoc*, 1994, 48(4): 38-44.

## LA EPIDEMIOLOGÍA DE LA SALUD MENTAL EN MÉXICO

Los progresos científicos y tecnológicos del mundo moderno se reflejan en la salud mental de la población. Las nuevas alternativas de tratamiento para los pacientes con trastornos mentales han reducido considerablemente el periodo de hospitalización. La calidad de vida para aquellos que antes estaban condenados a una existencia dolorosa ha mejorado; ahora pueden vivir fuera de las instituciones y hasta llevar una vida activa.

La epidemiología, ha permitido tener un mejor conocimiento de las características de los pacientes con diversos desórdenes, lo que posibilita tener congruencia entre las necesidades del paciente y las modalidades de tratamiento, así como identificar las variables que predicen el resultado del mismo y determinar los porcentajes de uso de los servicios, las vías de la atención y las barreras para buscar atención.



Por desgracia, también se han incrementado los trastornos psiquiátricos tales como demencia, esquizofrenia, depresión, así como otras formas de enfermedad mental.

Esta tendencia es resultado de las transiciones demográficas, sociales y económicas, que ha vivido México en las últimas décadas, las que provocan que nuestro país llegue al tercer milenio con un incremento en los números absolutos de jóvenes, quienes tienen pocas oportunidades de educación y empleo; con una mayor proporción de personas de la tercera edad, debido al incremento en la expectativa de vida, lo que representa mayores requerimientos de servicios de salud; además de la crisis económica constante que ha generado cambios sociales importantes.

La necesidad de que todos los miembros de la familia se integren al mercado laboral, incluyendo a madres con niños pequeños y los niños mismos, así como la migración internacional, aun cuando representan oportunidades para el progreso económico, incrementan las riesgos para los problemas mentales, ya que en las familias se cambian los roles tradicionales de la mujer y el hombre, además de crear un ambiente poco propicio para la comunicación y supervisión de todos los miembros de la familia, provocando estrés adicional que puede llevar a la depresión y la ansiedad.

### Fuentes de información

México tiene una tradición en estudios epidemiológicos respecto al consumo de drogas, el INP ha realizado tres encuestas nacionales en hogares y con la SEP ha realizado, desde 1974, diversos estudios en la población estudiantil de educación media y media superior, tanto en el D.F. como nacionales.

Existen también el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SISVEA) y el Sistema de Información en Drogas (SRID).

Por lo que se refiere a la epidemiología psiquiátrica, ésta evolucionó posteriormente, y aun cuando las encuestas sobre adicciones incluían el CESD y otras escalas que proporcionan información respecto a los síntomas de problemas emocionales, no es sino hasta los años 90 cuando por primera vez se realiza una encuesta utilizando los instrumentos internacionales de diagnóstico.

Actualmente existen tres encuestas en población general, una llevada a cabo en comunidades de niveles socioeconómicos medio bajo y bajo (n= 1486) (Medina-Mora y Berenzon, 1996); una segunda realizada en la ciudad de México (n= 1932) (Caraveo et al., 1996) y una en comunidades rurales de alta migración internacional en Jalisco y Michoacán (n= 250 mujeres adultas) (Salgado de Sneyder, 1994). Más recientemente, Frenk y Lozano (1994) calcularon la carga de los trastornos neuropsiquiátricos utilizando los indicadores diseñados por el Banco Mundial, la OMS y la Universidad de Harvard (Murray y López).

### Situación de la salud mental en la población

La mortalidad por trastornos neuropsiquiátricos ocupa el doceavo lugar en el país, no obstante, cuando se considera también la muerte prematura y los días de vida ajustados por discapacidad (DALYS), estos trastornos representarían el 5º lugar (Frenk y cols., 1997), debido básicamente al hecho de que las personas que desarrollan trastornos mentales tienden a vivir más tiempo con una calidad de vida pobre.

De acuerdo con Frenk y sus colaboradores (1997) los DALYS perdidos por trastornos neuropsiquiátricos llegarán al 10.82 por mil entre los hombres y 7.22 entre las mujeres. La carga mayor entre los hombres es resultante del alcoholismo que representa 4.53 DALYS comparada con sólo 0.28 entre las mujeres, mientras que la depresión entre las mujeres representa 1.68 comparado con los hombres 0.58.

La carga generada por estos trastornos es mayor entre las comunidades rurales, 12.63 contra 9.45 entre los hombres y 8.16 contra 6.51 entre mujeres, diferencias que se deben también al alcoholismo que es más frecuente en la población rural con índices de 5.67 y 3.67 entre los hombres y 0.36 y 0.22 entre las mujeres. Otros trastornos tienen mayores aportaciones entre la población urbana, exceptuando la esquizofrenia que es más alta entre las mujeres rurales (0.75) que en las que viven en comunidades urbanas (0.45).

De acuerdo con algunos estudios, el índice para los trastornos afectivos en la ciudad de México es de 9% en la población adulta entre los 18 y los 65 años de edad,



con un 7.8% correspondiente a episodios depresivos mayores y 2.5 mujeres por hombre, distimia: 1.5% con un rango similar entre mujeres y hombres (2.6:1) y un porcentaje menor de episodios de manía alcanzando 1.3% con una diferencia similar entre géneros 1.2:1. Los porcentajes de prevalencia de trastornos de ansiedad resultó un poco menor afectando al 8.3% de la población, siendo la agorafobia sin pánico (3.8%) y fobia social (2.2%) los diagnósticos más comunes (Caraveo y cols., 1998). En los estudios realizados entre la población rural se encontró una prevalencia menor (Salgado de Sneyder, en prensa).

Cabe señalar que dichas prevalencias son significativamente más bajas que las observadas en los Estados Unidos de Norteamérica, donde se han reportado porcentajes de 19.5 y 25% para cualquier trastorno afectivo y de ansiedad, respectivamente (Vega y cols., 1998).

Vega y cols. (1998) reportaron también porcentajes más bajos de alcoholismo y farmacodependencia en México, en el primero se debe básicamente al hecho de que las mujeres mexicanas beben poco. De acuerdo a la última encuesta en hogares realizada en población urbana de entre 18 y 65 años de edad, 12.5% de los hombres y 1% de las mujeres califican en el criterio del DSM-IV de dependencia (Medina-Mora y cols., en prensa).

El abuso y dependencia de drogas se presentan frecuentemente con otros problemas psiquiátricos, un estudio transcultural reciente, en el que participó México (Merikangas y cols., 1998), demostró que en este país el 9.4% de quienes usan alcohol también tienen trastornos afectivos, este índice aumenta a 18% cuando se toman en cuenta los casos de dependencia. Por lo que se refiere a los trastornos de ansiedad fue de 14.8 y 34.7% respectivamente. Por otra parte, 1.5% de los usuarios de drogas sufren de algún trastorno afectivo y 10% de ansiedad, en el caso de farmacodependencia los porcentajes fueron de 35% y 31% respectivamente.

Otras encuestas han demostrado que las familias pobres tienen mayores prevalencias de depresión y trastornos de ansiedad en el último año, asimismo que éstas son más altas entre las familias uniparentales comparadas con los patrones tradicionales de madre y padre (Berenzon y cols., 1999).

Por lo que se refiere a los índices de uso de servicios para el tratamiento de los trastornos afectivos, éstos son bajos; la información resultante de una encuesta realizada en la ciudad de México indicó que sólo 13.9% de los hombres y mujeres que cubrían el criterio de depresión del DSM-IV buscaron ayuda (Caraveo y cols., 1997). Por otra parte, estudios locales llevados a cabo en comunidades de niveles socioeconómicos medio y bajo indicaron que los médicos de primer nivel de atención son la fuente de ayuda para esta población, 42% de las personas aquejadas por trastornos de ansiedad o afectivos reportaron haber hablado de sus problemas con un médico general.

Los psicólogos son la segunda fuente, consultada por 42% de mujeres y 36% de hombres, los psiquiatras son la tercera fuente entre los hombres (32%) y los ministros religiosos entre las mujeres (26%); los curanderos tradicionales fueron consultados por el 9% de los hombres y 11% de las mujeres (Medina-Mora y cols., 1997).

Algunos estudios que han analizado las barreras para buscar atención demuestran que las principales razones para no hacerlo están relacionadas con la creencia de que el tratamiento al que se tiene acceso no es bueno para manejar un problema mental (58% de los hombres y 68% de las mujeres); que el acceso es difícil (16 y 22% respectivamente), así como la falta de información (8 y 14%). Las barreras estaban relacionadas con el bajo nivel de escolaridad e ingresos de las familias (Medina-Mora y cols., 1997). La vergüenza de aceptar que se padece un trastorno psiquiátrico prevalece entre la población, en la ciudad de México los hombres que no buscaron ayuda reportaron estar preocupados por la opinión de sus patrones si sabían acerca de su condición mental, por su parte, las mujeres reportaron preocupación por la opinión de los miembros de la familia (Caraveo y cols., 1997).

En las zonas rurales la situación empeora, puesto que no hay instituciones especializadas para la atención de estos problemas, una visita al psiquiatra representa un día de viaje y un costo elevado. En el nivel local, los curanderos tradicionales y otros agentes informales son consultados (Salgado de Sneyder, 1999).

Se debe hacer hincapié en que el incremento de usuarios de drogas, inevitablemente impactará la salud mental de la población que, por ende, requerirá más servicios para los problemas resultantes del aumento de la comorbilidad.



El suicidio es otro de los problemas crecientes en nuestro país; en 1970, el índice para el grupo entre 15 y 24 años fue de 1.9 por 100,000 habitantes, en 1997 llegó al 5.9%, un incremento del 212%.

## **Necesidades de información y estrategias para mejorar la salud mental**

Las transiciones demográficas, sociales y económicas deben ser tomadas en cuenta cuando se pretende realizar un diagnóstico de la situación de la salud mental en cualquier país, y México no es la excepción. Los resultados obtenidos de los diversos estudios realizados hasta el momento, dentro de este contexto, nos permiten percibir las siguientes situaciones:

El abuso y dependencia al alcohol, entre los hombres, y la depresión, entre las mujeres, son los problemas con mayor prevalencia. Sin embargo, se espera que en el futuro próximo la carga de los trastornos mentales aumentará debido al incremento del abuso de drogas, la exposición a la violencia y la inseguridad social que también se refleja en el importante incremento de los índices de suicidio, incluyendo a la población joven.

El índice de prevalencia es más alto en las zonas urbanas, sin embargo, la carga de la enfermedad es mayor entre los habitantes de las zonas rurales, probablemente por el incremento del riesgo derivado de la pobreza y la escasez de servicios.

Aun cuando es necesario la confirmación a través de encuestas nacionales, la información con la que se cuen-

ta sugiere que los porcentajes de prevalencia en México son menores que los reportados en los Estados Unidos de Norteamérica.

Por otra parte, al utilizar nuevos indicadores de la carga de la enfermedad los trastornos psiquiátricos se hacen más evidentes, por tanto, se deben hacer mayores esfuerzos por integrar dichos trastornos en la agenda de salud.

Debe incrementarse la conciencia tanto de los trabajadores de la salud, como del público general, respecto a los avances en la clasificación y el tratamiento, con el propósito de reducir los conceptos equivocados y, por lo tanto, eliminar las barreras para solicitar atención, aumentando el apoyo de la comunidad y la familia para aquellos que sufren el trastorno y facilitar la incorporación de los pacientes a la sociedad.

Las comparaciones transculturales permitirán entender mejor qué tan específicamente afectan los contextos culturales a la calidad de vida basada en conceptos sobre la enfermedad mental, accesibilidad de los servicios y barreras para la atención.

Se requiere una nueva agenda para la atención de los trastornos de salud mental, la cual deberá estar inmersa en el contexto de una iniciativa de desarrollo que permita romper el ciclo de la reproducción de la pobreza, disminuir riesgos como el hambre, el desempleo, la exposición a la violencia y el aumento del estrés, conjuntamente con mejores actitudes públicas para aquellos que han desarrollado un trastorno psiquiátrico, con la posibilidad de proporcionar servicios de alta calidad para el mejor tratamiento en cada caso.

Resumen del trabajo *La salud mental en México. Retos y perspectivas*, elaborado por la Dra. Ma. Elena Medina-Mora, Directora de Epidemiología y Ciencias Sociales del Instituto Nacional de Psiquiatría (INPI), y el Dr. Jorge Villatoro, Investigador de tiempo completo del INP.

El trabajo original presenta la situación actual de la salud mental en la población mexicana, incluyendo datos sobre adicciones y violencia, de acuerdo con la información obtenida de encuestas y otros estudios, en el contexto de la transición social y demográfica que influye en la calidad de vida de la población; asimismo, define los requerimientos de información y propone algunas recomendaciones para establecer políticas de atención. Sin embargo, este resumen se restringe exclusivamente a la información relacionada con la salud mental.