

ACERCA DE LA SALUD MENTAL EN MEXICO

Dr. Ramón de la Fuente*

Introducción

En nuestro país, en términos absolutos y relativos, la salud mental de la población ha sido desatendida. Ha ocurrido que los recursos, siempre insuficientes, han sido usados para hacer frente a otros graves problemas de salud como son las enfermedades infecciosas y la desnutrición. Sin embargo, ni la escasez de recursos ni la magnitud de otras necesidades justifican este abandono, ya que los desórdenes y las desviaciones mentales representan grandes sufrimientos para las personas afectadas y una grave pérdida económica y social para el país. Las causas del abandono son comprensibles, pero no son aceptables.

¿Cómo se puede explicar la falta de interés que, con muy contadas excepciones, han tenido los funcionarios responsables de la salud pública para abordar los problemas en el campo de la salud mental? Una causa de carácter general e histórico es la que tiene que ver con la ignorancia, los temores y los prejuicios arraigados en nuestra cultura en relación con los desórdenes mentales y con quienes los sufren. Otra, es la opinión extendida, pero en buena parte injustificada, de que no se cuenta aún con los conocimientos indispensables acerca de sus causas, para prevenirlos y corregirlos, opinión que, en nuestro medio, se ha visto reforzada por la tendencia a suplir la carencia de explicaciones científicas con especulaciones que contribuyen más a oscurecer las causas de los desórdenes mentales, que a iluminarlas.

Señalaré algunos lineamientos que, a mi juicio, ofrecen las mejores perspectivas para abordar los problemas de la atención psiquiátrica y de la salud mental en el país. Trataré el tema bajo los siguientes rubros:

- I. Aspectos epidemiológicos.
- II. Asistencia.
- III. Recursos humanos.
- IV. Prevención y educación.
- V. Investigación.
- VI. Coordinación y planeación.
- VII. Consideraciones finales.

I. Aspectos epidemiológicos

Según la Organización Mundial de la Salud (28), en el mundo hay actualmente cerca de 40 millones de personas que, en un momento dado de su vida, sufren padecimientos mentales severos. Cuando menos, el doble de esta cifra está seriamente afectado por su dependencia a las drogas, los problemas relacionados con el alcoholismo, el retraso mental y los trastornos orgánicos del sistema nervioso. Las estimaciones acerca del número de personas que sufren enfermedades menos graves, pero en algún grado incapacitantes, varían mucho, pero la cifra no es inferior a 200 millones de personas. En muchos países, las enfermedades mentales son la causa principal de incapacidad en dos de cada 5 personas inválidas, y en los países industrializados, en una de cada tres camas de hospital se atiende a un paciente psiquiátrico. Tanto en los países avanzados como en los países en vías de desarrollo, cerca de una quinta parte

del total de las personas que acude a los servicios médicos padece alguna forma de trastorno mental. Por otra parte, hay motivos para pensar que la prevalencia de las enfermedades mentales habrá de aumentar debido a la prolongación de la expectativa de vida, las mayores probabilidades de sobrevivir que hoy tienen los enfermos mentales y la complejidad de la vida cotidiana y las tensiones que genera.

Una forma de dar una imagen de los problemas relacionados con la salud mental en nuestro país es exponer algunas cifras derivadas de estadísticas y encuestas epidemiológicas que, en todo caso, deben tomarse con reserva. Ni los tipos de desórdenes mentales que ocurren en nuestra población de 68 millones de habitantes, 55% de ellos mayores de 15 años, ni la prevalencia de los que son más incapacitantes, difieren sustancialmente de los que se identifican en otros países. Es posible que el 1% del total de la población del país esté afectada en forma severa y que el 10% de los individuos lo esté en un momento de su vida (24). Se ha calculado que la prevalencia de enfermos psicóticos oscila entre 10.1 y 14 por 1 000 habitantes en la población mayor de 14 años (3). Se considera que 12 de cada 1 000 personas sufren retraso mental, incluyendo 75% de casos leves, lo que hace un total de 800 000 aproximadamente. La proporción más elevada de enfermos corresponde a las grandes psicosis funcionales: esquizofrenia y psicosis afectivas, seguidas de los desórdenes que son consecuencia de daño orgánico cerebral. Los índices de prevalencia de epilepsia, tanto "idiopática" como "sintomática", oscilan entre 3 y 7.3%, cifras más elevadas que las que se han dado a conocer en otros países (3).

Las diversas formas de farmacodependencia son difíciles de cuantificar, sin embargo, el consumo de marihuana y la inhalación de sustancias volátiles son las formas más frecuentes, seguidas del abuso de las anfetaminas y de otras drogas psicotrópicas, particularmente drogas sedantes y tranquilizantes. El consumo de sustancias psicodislépticas, como LSD y mescalina, es bajo y tiende a decrecer. El consumo de la cocaína se limita, por ahora, a adultos de condición socioeconómica alta. Algunos estudios atribuyen a la farmacodependencia en la población de 14 años en adelante, una tasa de .46% con predominio del abuso de la marihuana y de las sustancias volátiles (23). Las drogas "duras" como la heroína, causan víctimas en la frontera norte. Una encuesta estima que hay entre 5 000 y 8 000 heroínómanos en el país.

El estudio en hogares, llevado a cabo en 5 ciudades de la República, muestra que el grupo de edad de 18 a 24 años prefiere la marihuana, y el grupo de 14 a 17, los inhalantes (22). La proporción entre hombres y mujeres de más de 14 años es de 7 a 1 (23), respectivamente.

En cuanto al alcoholismo, la mortalidad causada por cirrosis hepática, uno de sus indicadores más usados, no ha variado en los últimos 5 años y figura en el noveno lugar entre las causas de mortalidad general, con una tasa de 20 por 100 000 habitantes (8). Los varones de 40 a 60 años ocupan el primer lugar. Según Bustamante, entre el 5.7 y el 7% de la población de personas mayores de 14 años, son alcohólicos.

*Director General del Instituto Mexicano de Psiquiatría

La relación entre el abuso del alcohol y los actos de violencia en la forma de accidentes y homicidios, es muy alta. Según datos de la Dirección de Bioestadística, en la República Mexicana, en el año de 1976, los accidentes ocuparon el cuarto lugar como causa de mortalidad general, con una tasa de 39.7 por 100 000 habitantes. Los homicidios ocuparon el décimo segundo lugar con una tasa de 16.5 por 100 000 habitantes (8), aunque en algunas regiones del país la tasa es de 84 por 100 000 habitantes. En una proporción elevada de los casos de violencia, no menor de 50%, el alcohol ha intervenido como causa más frecuente (2) y también en no menos del 18% de los accidentes de tráfico (26). Otro indicador indirecto de la salud mental son las tasas de suicidio. Las cifras varían entre 2.5 y 4.5 por 100 000 habitantes.

En la ciudad de México, el 81.7% de las intoxicaciones que se ven en los hospitales se deben a problemas causados por el alcohol; el 16.1, a drogas de uso médico y sólo el 2.2, a drogas de uso no médico (20).

Un aspecto nuevo del problema es el abuso de psicotrópicos. Ocurre que la mayor parte de las sustancias tranquilizantes, sedantes y estimulantes, prescritas por la profesión médica, puede ser mal usada, y esto da lugar a dependencia, accidentes y estados de confusión mental.

En otro orden de cosas, conviene mencionar que según Cravioto (10,11), en México, 7 de cada 100 niños sufren formas severas de desnutrición y 1 de cada 4, tiene deficiencias nutricionales. Aunque las consecuencias en el desarrollo tanto físico como mental son difíciles de cuantificar, son sin duda muy graves. Quienes sobreviven a estas deficiencias, que se inician desde la gestación, no se recuperan del todo aun cuando se alimenten bien durante las fases subsiguientes de su desarrollo (12).

La incidencia y la prevalencia de los desórdenes de la personalidad y de las neurosis son aún más difíciles de estimar. Algunos estudios sugieren que, por lo menos, la quinta parte de los enfermos que acude a centros de salud y a la consulta externa de los hospitales padece algún trastorno psiquiátrico que requiere atención. Se trata, generalmente, de enfermos que se quejan de síntomas somáticos y, como el tratamiento que reciben no es el adecuado, suelen convertirse en asiduos visitantes de los servicios, absorben una proporción desmesurada del tiempo del personal médico y consumen muchos medicamentos que en realidad no necesitan (14). La carencia de servicios especializados enmascara la magnitud del problema.

Se ha dicho justamente, que los datos relativos a la mala salud en nuestro país reflejan una situación promedio, es decir, que no toman en cuenta las grandes diferencias socioeconómicas y culturales. Celis y Nava, comparando las diferencias en los tipos de enfermedad y las causas de muerte entre pacientes del Hospital General de la ciudad de México y pacientes privados, concluyen que en nuestro país es necesario distinguir entre una patología de la pobreza y una patología de la abundancia. Este criterio, específicamente en lo que se refiere a las consecuencias deplorables de la búsqueda tardía de asistencia médica por la población menos informada y más desvalida, es también aplicable, en principio, al campo de los desórdenes mentales.

Hay algunos problemas en el área cuyas consecuencias sociales plantean la necesidad de abordarlos con un interés prioritario: los niños con daño o defecto cerebral, con o sin retraso mental, disritmia cerebral y desórdenes de la conducta; el alcoholismo y sus secuelas de violencia, accidentes y homicidios; el abuso de drogas por jóvenes; el suicidio y los intentos de suicidio; las psicosis, las neurosis severas, los desórdenes psicofisiológicos, etc.

Los cambios socioeconómicos y culturales bruscos que se originan en la migración de las familias del campo a la ciudad, trastornan los sistemas tradicionales de apoyo social, debilitan los valores establecidos y favorecen el incremento de problemas psicosociales, tales como el alcoholismo, la farmacodependencia y la delincuencia. El desempleo es, sin duda, uno de los factores determinantes de la violencia y de la delincuencia, y las condiciones de vida en las grandes urbes son deletereas para la salud mental de las poblaciones. Como la salud general, la salud mental se imbrica en la trama general de la vida de los pueblos.

II. Asistencia

Una revisión aún somera de la historia de la asistencia de las enfermedades mentales en nuestro país (15) pone de relieve que hasta tiempos muy recientes, las funciones públicas en el campo de la salud mental se limitaban a responder a la muy apremiante necesidad de proveer custodia tras los muros de un asilo a personas severamente perturbadas.

Sin embargo, México se había adelantado a otros países de América en la obra pía de tomar bajo su custodia a los dementes que, mal alimentados y semidesnudos, deambulaban por las calles o eran alojados en las cárceles, ya que el primer hospital de América dedicado al cuidado de tales enfermos, el Hospital de San Hipólito, fue fundado en 1566, en esta ciudad, por Fray Bernardino Alvarez. Desafortunadamente, la obra de este ilustre precursor no influyó sustancialmente en la situación general y, hasta bien entrado el siglo pasado, los dementes continuaron sin asistencia que mereciera tal nombre, guardados, en el mejor de los casos, en edificaciones improvisadas que surgían ahí donde había donantes compasivos. El cuidado de los enfermos mentales no mejoró en México durante su primer siglo de vida independiente ni aún después de la secularización de las instituciones consagradas a la asistencia médica.

En 1910 ocurrió un evento importante: el presidente Díaz inauguró en terrenos de la Hacienda de la Castañeda, en Mixcoac, el Manicomio General. Su edificación siguió el modelo arquitectónico de la época para esta clase de establecimientos. En realidad, la atención que durante décadas se prestó a los asilados en el Manicomio de La Castañeda, al que hemos de recordar como la cuna de nuestra psiquiatría pública, fue deficiente, pero no necesariamente peor que en otros países. Se carecía entonces de conocimientos científicos 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 ahora sabemos, de su aislamiento y abandono.

Hacia la misma época y en las dos décadas siguientes, algunas instituciones privadas (15) suplieron al estado en su función de cuidar a los enfermos mentales y contribuyeron también al desarrollo de la psiquiatría, como una especialidad de la medicina, en nuestro país.

Hacia 1935, con la introducción en el uso clínico del coma insulínico y de las terapéuticas de choque, se pudo ofrecer por primera vez un tratamiento relativamente eficaz a una población de enfermos que, hasta entonces, vegetaba sin esperanza.

Entre 1960 y 1970, la SSA estableció una red de 11 hospitales, 9 de ellos hospitales-granja, en sustitución del ya abarrotado manicomio general. Las nuevas instalaciones, aunque alejadas de los centros médicos y mal distribuidas en el territorio nacional, representaron, sin duda, un cambio favorable. Desafortunadamente, no contaron con recursos técnicos y económicos apropiados a sus necesidades, y en el transcurso de unos cuantos años de pobreza y relativo descuido, sufrieron un deterioro ostensible. Sin embargo, es necesario hacer

mención que en dos de estos hospitales, el que lleva el nombre de "Fray Bernardino Alvarez", y otro destinado a niños y adolescentes, que lleva el nombre de "Juan N. Navarro", la asistencia de los enfermos alcanzó mejores niveles. Ambas instituciones, a falta de otras más adecuadas, han jugado un papel importante en la enseñanza de la psiquiatría. Llama la atención que instituciones como el IMSS y el ISSSTE no hayan dispuesto hasta 1981 de camas propias para la hospitalización psiquiátrica de sus enfermos que lo requieren, si no que subrogan estos servicios a otras instituciones.

Entre 1950 y 1960, el avance en la farmacología tuvo importantes consecuencias en la atención de los enfermos mentales en todo el mundo civilizado. En estos años se empezaron a usar en la clínica nuevos fármacos con propiedades no conocidas hasta entonces, como son: restaurar el contacto perdido con la realidad y estabilizar el humor abatido o exaltado. Una consecuencia de este desarrollo fue la generación de un impulso poderoso en el estudio del cerebro, como sustrato de las funciones mentales y de la conducta. Otra consecuencia fue que a los enfermos mentales se les vio como susceptibles de ser curados y reintegrados a la sociedad y, por lo tanto, merecedores de un tratamiento más activo. Como en otros países, en el nuestro los nuevos fármacos estimularon el interés de la sociedad y de los médicos en los desórdenes mentales y en las personas que los sufren.

En la última década, del mismo modo que en otros campos de la medicina, en el de la salud mental el péndulo osciló del interés en el individuo aislado al interés en la familia y la comunidad, y del énfasis en la curación al énfasis en la prevención y la detección y tratamiento temprano de los casos. Estos cambios expresan una conciencia más clara de que en la salud, las condiciones materiales y sociales de la vida son aún más importantes que las acciones médicas.

Este era el clima en la Asamblea Mundial de la Salud en 1974, en Ginebra, Suiza, cuando los países expresaron la urgente necesidad de prestar mayor atención a los aspectos sociales y psicológicos de la salud en vista del elevado costo social que originaba su descuido.

Las instalaciones para la asistencia de los enfermos con que se cuenta en el país son a todas luces insuficientes.

La Dirección de Salud Mental cuenta actualmente (1982) con 11 unidades hospitalarias con un total de 4 400 camas; con 24 servicios de psiquiatría, instalados recientemente en los centros de salud en el Distrito Federal y con otros 16 en el resto del país. Otras instituciones y organismos públicos y privados proveen el resto para completar 7 700 camas, cifra que es inferior a las necesidades de un país con casi 70 millones de habitantes. Del total de camas, según datos de la Dirección de Salud Mental citados por C. Pucheu (25), el 57% (4 400) corresponde a camas de hospitales federales de la SSA, el 24%, a los gobiernos de los Estados que reciben subsidio de la SSA y el 19%, a instituciones privadas. El 60% de las camas psiquiátricas, en proporción de 1 por cada 5 453 habitantes, se localiza en el Distrito Federal y en los Estados circunvecinos, mientras que en las regiones del centro y del sureste la relación es de 1 cama por 55 315 y 44 115 habitantes, respectivamente.

Nuestros hospitales, hospitales-granja y asilos, adolecen de escasez de personal capacitado en relación con el número de pacientes, y en varios de ellos, los programas de rehabilitación y seguimiento son muy limitados. Debido a esto, muchos pacientes reingresan o permanecen confinados por periodos de tiempo innecesariamente prolongados.

En un censo de enfermos mentales crónicos hospitalizados en dependencias de la SSA, llevado a cabo por in-

dicaciones de la Dirección de Salud Mental en 1978, que incluyó a 2 141 enfermos (el 86% de la población manicomial), se puso de manifiesto que predominan los casos de esquizofrenia, epilepsia, retardo mental, psicosis orgánica, demencia y alcoholismo, en el orden citado. Una tercera parte (32%) de los enfermos examinados está incapacitada en forma total y requiere ser custodiada en forma continua. Cuatro de cada 5 (80%) no están en condiciones de llevar una vida fuera de un hospital psiquiátrico, pero 1 de cada 2 (48%) es susceptible de rehabilitación en grados variables. El 42% no tiene familiares que lo visite y ha sido abandonado. Se apreció que 2 de cada 10 enfermos podrían ser tratados fuera del ambiente manicomial si se contara con los recursos apropiados (16).

Por otra parte, es necesario aclarar que las unidades a que nos hemos referido están mal distribuidas en el territorio nacional y que las condiciones que privan en los hospitales psiquiátricos no llenan las normas mínimas y, en algunos casos, son deplorables.

¿Qué es lo que se ha hecho en los últimos años en el ámbito de la salud mental pública? Puede decirse que en nuestro sistema de salud, la institución que ha asumido mayor responsabilidad en este capítulo es la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

En 1977, la SSA puso en marcha, a través de la Dirección de Salud Mental, un programa para mejorar la atención de los enfermos mentales hospitalizados y abordar problemas de la salud mental en el primer y segundo nivel de asistencia. En lo que se refiere al primer aspecto, el programa incluye la rehabilitación material, técnica y administrativa de los hospitales psiquiátricos federales y el mejoramiento de las condiciones de vida de los enfermos hospitalizados en lo que se refiere a alimentación, vestido, alojamiento, tratamiento y rehabilitación. Este programa se desarrolló durante 3 años, pero se ha detenido transitoriamente por falta de recursos financieros. En lo que se refiere al segundo aspecto, en la ciudad de México se han desarrollado centros de salud mental en centros de salud, y servicios de psiquiatría en hospitales generales, en colaboración con la Dirección de Asistencia Médica, y en otras partes del país, en colaboración con los Servicios Coordinados. En estos programas trabajan equipos que constan de un psiquiatra, uno o más psicólogos, una o más trabajadoras sociales y una enfermera; también participa en ellos el resto del personal del centro de salud. Se hace hincapié en el trabajo en la comunidad y en la capacitación del personal.

Tanto en estos servicios como en los centros mencionados, los programas para la atención a los niños, que ocupan aproximadamente el 40% de la consulta, a los jóvenes farmacodependientes, a los alcohólicos y a los ancianos, han sido diseñados en forma específica y el personal ha sido previamente capacitado.

La afluencia de pacientes a los servicios de psiquiatría y salud mental a que hemos hecho referencia (25) ha demostrado la angustiada necesidad de la población de contar con estos servicios. En ellos es posible identificar oportunamente y, manteniéndolos en el seno de su familia y de la sociedad, tratar a una proporción importante de enfermos, así como abordar a grupos específicos a través de programas preventivos.

Los hospitales psiquiátricos son parte necesaria de la organización para la asistencia de los enfermos mentales. La meta de sustituir el espíritu asilar de estos hospitales por un espíritu humanista y rehabilitador, permanece en la etapa de "pasos preliminares" por falta de capacidad técnica del personal auxiliar y de recursos financieros.

En nuestro país, las personas que sufren enfermedades mentales severas se encuentran entre las más desvalidas de la sociedad, están desamparadas y no reciben

un tratamiento equivalente al que reciben los pacientes no psiquiátricos. Puede decirse que estos enfermos constituyen una minoría discriminada en el campo de la salud pública, discriminación que se expresa en el hecho de que el presupuesto que se ha destinado a su cuidado es, por lo menos, cuatro veces menor que el que se destina al cuidado médico de otros enfermos.

¿Cómo mejorar la asistencia? Me referiré por separado a cada uno de los 3 niveles en los que se imparten los servicios.

Atención en el primer nivel

La responsabilidad de atender a los enfermos en el área de la psiquiatría y la salud mental en el primer nivel es una tarea que corresponde al personal general de salud. Deben hacerse los cambios necesarios en los programas de los médicos generales y familiares para que adquieran los conocimientos, las actitudes y las destrezas que les permitan participar en programas de prevención, hacer la identificación oportuna de los casos, manejar eficazmente una proporción de ellos y referir a los pacientes que lo requieran al segundo nivel del sistema.

Con una mejor preparación en el manejo de los problemas psicosociales, este personal podría hacer llegar la asistencia y la prevención en el área de la psiquiatría y de la salud mental al seno de las familias y de la comunidad. De hecho, la incorporación de los problemas psicosociales en los programas primarios de salud es la única posibilidad previsible de extender la cobertura en estas áreas de salud a la población rural y a la población marginada.

Atención en el segundo nivel

La atención en el nivel intermedio requiere de un número suficiente de personal especializado en el campo de la psiquiatría, organizado para trabajar en equipos formados por psiquiatras, psicólogos clínicos, trabajadoras sociales, enfermeras y técnicos en rehabilitación. Es un hecho demostrable que el psiquiatra, trabajando aisladamente como especialista, no puede desenvolverse con eficacia en el campo del trabajo institucional.

En el segundo nivel, la función de estos equipos es, además de atender a la consulta externa, desarrollar programas con fines de prevención y participar en la enseñanza y capacitación del resto del personal de los centros donde laboran.

Es necesario que las clínicas, los centros de salud y los hospitales generales cuenten con servicios especializados de psiquiatría abiertos a la consulta externa, y que desarrollen una labor de enlace con los demás servicios. Estos hospitales deben disponer de un número proporcional de camas (tal vez 5%) para hospitalizar por poco tiempo a los enfermos psiquiátricos tranquilos. El acondicionamiento de estas áreas difiere en algunos aspectos menores del de otros servicios médicos.

Tratar a los pacientes psiquiátricos en clínicas de consulta externa y en los servicios psiquiátricos de los hospitales generales, permite abordar a muchos de ellos, tal vez de un 60 a un 80%, en forma eficaz, reduciendo el riesgo de que por negligencia y abandono se conviertan en enfermos crónicos. El número y localización de estos servicios debe ajustarse a la demanda previsible en cada sector.

Algunos de los pacientes a los que hay que atender en este nivel — niños, adolescentes, ancianos, alcohólicos, etc. — requieren programas especialmente diseñados. Muchos pacientes con distintos grados de patología mental pueden ser tratados sin separarlos de sus familias si a ellas se les da apoyo y asesoramiento. La hospitalización de los enfermos mentales sólo está indicada cuando

su estado y sus circunstancias hacen que sea imposible tratarlos en el hogar.

La utilización de la red general de salud para la prestación de servicios en el área de la psiquiatría y la salud mental y la creación de anexos psiquiátricos, tanto en los hospitales generales como en las clínicas y centros de salud, es comparablemente menos costosa y permite incluir los problemas psicosociales en el nivel secundario de la atención en forma integrada a la medicina, lo cual tiene ventajas técnicas y hace posible la mejor utilización de los recursos.

Atención en el tercer nivel

Menos del 10% de los pacientes psiquiátricos, tanto agudos como subagudos y crónicos, requieren de internamiento en hospitales psiquiátricos especializados. El país necesita contar con suficientes hospitales de este tipo distribuidos según las áreas geográficas. En muchos países avanzados, la organización asilar de los viejos hospitales psiquiátricos ha sido ya suprimida y el cuidado de los enfermos se orienta por una filosofía humanista que ha sido a veces formulada en términos de "la comunidad terapéutica". Un hospital psiquiátrico moderno debe contar con áreas separadas para la asistencia de enfermos agudos y subagudos; con áreas para el manejo de enfermos crónicos rehabilitables y con otras, separadas del resto, para enfermos en custodia. Es aconsejable que estos hospitales no sean ni demasiado pequeños ni demasiado grandes. Se considera que el número de camas no debe exceder en ningún caso de las trescientas. Estos hospitales deben contar con instalaciones para consulta externa, hospitalización parcial y actividades de terapia ocupacional y de rehabilitación. El personal técnico que atiende a los pacientes debe ser mejor seleccionado y adiestrado. Es necesario que el hospital psiquiátrico esté funcionalmente relacionado con los servicios del primero y del segundo nivel y que cuente con la organización necesaria para el seguimiento de los pacientes y evitar así su reingreso a causa del abandono del tratamiento o por el descuido de la familia, lo cual ocurre con frecuencia. De ser posible, los enfermos crónicos tranquilos deben permanecer en el seno de su familia, lo cual sólo puede llevarse a cabo si éstas son debidamente apoyadas y asesoradas.

Se requiere que los hospitales psiquiátricos cuenten con instalaciones en las que se tome en cuenta la atención de los desórdenes intercurrentes o secundarios. Es preferible que a los enfermos, aun a los más severamente dañados, no se les albergue en asilos, ya que entonces su abandono suele ser inevitable.

En aquellos países en los que se ha intentado prescindir de los hospitales psiquiátricos, la experiencia ha demostrado que este criterio es poco práctico y no ha tenido éxito. Muchos de aquéllos que se dieron a la tarea idealista de cerrar asilos psiquiátricos en lugar de transformarlos en hospitales modernos, confiando demasiado en los alcances de la asistencia extra-hospitalaria y sin ver con claridad sus limitaciones, están rectificando sus políticas.

El hospital psiquiátrico aún tiene una función médica y social que cumplir. Lo que se requiere es su mejoramiento material y técnico y la transformación a fondo de sus regímenes internos.

En el nivel de la atención terciaria de los pacientes psiquiátricos parece conveniente que las instalaciones con que cuenta la SSA sean compartidas por otras instituciones del sector de la salud que carecen de ellas, con base en la integración interinstitucional de servicios. Solamente deben construirse nuevos hospitales psiquiátricos en las áreas donde no se cuente con facilidades instaladas. La subrogación de camas para la asistencia de enfermos psiquiátricos del IMSS y del ISSSTE en algunos

hospitales de la red de la SSA, ha tenido ventajas sobre la subrogación en pequeños sanatorios privados en donde la asistencia es sumamente deficiente.

III. Recursos humanos

Como en el caso de las instalaciones asistenciales, el personal especializado en el campo de la salud mental -- médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadoras sociales y terapeutas ocupacionales -- es muy escaso y está mal distribuido, dado que se concentra en las zonas urbanas. Es desafortunado que una proporción importante de quienes tienen adiestramiento estén dedicados en forma exclusiva a la práctica privada y se muestren reacios a participar en actividades asistenciales y docentes (13).

La Organización Mundial de la Salud recomienda una proporción mínima de 5 psiquiatras por cada 100 000 habitantes. Argentina cuenta con 4.1 y Costa Rica, con 8 por 100 000 habitantes (21). De acuerdo con datos del Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, México contaba en 1977 con 553 psiquiatras, es decir, algo más de 1 por 100,000 habitantes, de los cuales en el Distrito Federal había 384 y en el interior de la República, 169: en Monterrey, 27; en Guadalajara, 27; en Hermosillo, 10; en Puebla, 9 y el resto en otras localidades (17). Es necesario mencionar que para 1980, esta cifra se había elevado a 725. En lo que se refiere a las trabajadoras sociales psiquiátricas, el déficit es aún mayor, ya que, no obstante un programa intensivo de adiestramiento que se lleva a cabo desde hace 4 años, auspiciado por el Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, solamente se cuenta con 126 trabajadoras sociales con preparación especial en el campo de la salud mental. En lo que se refiere a enfermería, sólo hay en el país 22 enfermeras con adiestramiento formal en el manejo de enfermos mentales. La escasez de personal en el área se muestra también en el número reducido de terapeutas ocupacionales y de administradores competentes. Por otra parte, si bien es cierto que hay aproximadamente 3 000 psicólogos registrados y muchos miles más sin registro, pocos son los que trabajan en programas institucionales de salud mental. Cuando se habla de la escasez de recursos, se suele pensar que el problema se reduce a limitaciones financieras. En ningún campo como en el nuestro ha sido y es tan aparente que la escasez más grave es la de personal capacitado e imbuido de una mística de servicio. Sin desarrollar los recursos humanos necesarios en todos los niveles, ningún avance es posible.

¿Qué se hace para mejorar esta situación? En los últimos años, la mayor parte del personal que participa en los programas de psiquiatría y salud mental en el país ha sido preparado mediante actividades coordinadas entre la SSA, la UNAM y el Instituto Mexicano de Psiquiatría. Actualmente, 75 médicos se capacitan como especialistas en psiquiatría, 15 psicólogos se adiestran en el trabajo clínico y 20 trabajadores sociales más se encuentran también en formación. Otras instituciones participan en la tarea, aunque con menores recursos. Se ha considerado útil contar con un nuevo paraprofesional, el "técnico en rehabilitación del enfermo mental", cuya función es promover la socialización y ocuparse, con fines terapéuticos, de los enfermos crónicos hospitalizados. Setenta y siete de estos técnicos terminaron un curso anual. También se trabaja en mejorar la capacidad del personal que ya presta sus servicios en las instituciones y se capacita al de nuevo ingreso.

Hay dos aspectos en el adiestramiento del personal de salud mental, particularmente en el adiestramiento de los médicos, que conviene mencionar. Uno es la rápida

acumulación de conocimientos y recursos técnicos en el campo, y otro es que los psiquiatras muestren mayor interés en las acciones colectivas. En los últimos años, en la enseñanza impartida en la UNAM se pone mayor énfasis en el marco de referencia social, se conduce a los estudiantes al examen de los problemas de salud mental del país a la luz de conceptos sociales y se les induce a prestar la atención que merecen las acciones preventivas y de rehabilitación. Lo importante es que acepten que el objetivo de su formación profesional no se limita a tratar individualmente los casos patológicos, sino también a participar en tareas de salud mental pública.

El cuidado y la promoción de la salud mental requiere, en forma impostergable, de la participación de los médicos en los programas, particularmente de los médicos generales-familiares y de los pediatras. Muchos de ellos no tienen suficiente preparación en el campo de la salud mental, por lo que es necesario ampliar los programas de adiestramiento general a fin de darle un papel más importante al estudio de los aspectos psicosociales en la enfermedad.

El trabajo en el campo de la salud mental requiere del trabajo en conjunto de los psiquiatras, los psicólogos clínicos, las enfermeras, las trabajadoras sociales y las terapeutas ocupacionales. Aunque es el psiquiatra quien está mejor calificado para comprender los desórdenes mentales y establecer una terapéutica comprensiva, cuando los problemas se abordan en el nivel de la comunidad, el trabajo en equipo es el que brinda la mejor posibilidad de contender eficazmente con los problemas.

Si bien es cierto que se han puesto en marcha programas para formar personal, es necesario que esta tarea se intensifique en proporción a las necesidades. La primera tarea sería atraer a gente apta y brindarle cursos de capacitación y adiestramiento de buena calidad y, después, oportunidades de trabajo y desarrollo profesional.

En base a una apreciación de las necesidades presentes y futuras, puede decirse que en el país se necesita un número mayor de psiquiatras generales y de subespecialistas en psiquiatría infantil; de psicólogos clínicos, trabajadoras sociales psiquiátricas y enfermeras psiquiátricas, así como de administradores y personal auxiliar competente. Casi todo el personal que trabaja actualmente con enfermos psiquiátricos en las instituciones públicas y privadas, requiere mejorar su preparación técnica. La falta de personal capacitado y bien motivado es hoy en día la más grave de las carencias en el área.

Aunque merced principalmente a los programas universitarios de adiestramiento en psiquiatría, llevados a cabo en forma ininterrumpida durante las tres últimas décadas, se cuenta con psiquiatras competentes, ni su número ni la forma como se hallan distribuidos en el país basta para cubrir las necesidades actuales. Por otra parte, es de desearse que en el futuro, los médicos residentes no sólo adquieran su experiencia clínica en los hospitales psiquiátricos, como ha ocurrido hasta la fecha, sino también en los servicios de consulta externa de los centros de salud y en los servicios de psiquiatría de los hospitales generales. La rotación de los médicos generales-familiares y de los médicos de otras ramas por servicios de psiquiatría, los beneficiaría tanto a ellos como a los enfermos.

Los programas de residencia y adiestramiento de especialistas en medicina familiar de la UNAM incluyen ya un programa extenso de psicología médica, psiquiatría y salud mental, en el que se supervisa el trabajo clínico y se discuten los casos en reuniones semanales.

Es necesario que durante su adiestramiento general, los médicos, enfermeras y trabajadoras sociales adquieran más experiencia práctica en el manejo de los problemas de salud mental y de los aspectos psicosociales de los problemas médicos en general. Los médicos generales y familiares que establecen el primer con-

tacto con los enfermos psiquiátricos, podrían manejar un número importante de casos si tienen el interés, los conocimientos y las actitudes adecuadas.

IV. Prevención y educación

Como podrá interpretarse por el relato anterior, las acciones en la prevención primaria y secundaria en el campo de la salud mental no han sido suficientemente desarrolladas. Una tarea necesaria es la activación de la difusión por los medios apropiados, de conocimientos básicos que capaciten a las personas para identificar los desórdenes en sus fases iniciales, así como para utilizar los recursos. Hay programas educativos para la salud mental que se dirigen en forma escalonada a la población escolar, a la población general y a grupos específicos particularmente vulnerables o con necesidades manifiestas de orientación y de apoyo, pero puede decirse que se trata de actividades aún muy limitadas en cuanto a sus alcances.

No se ha promovido debidamente la participación de personas y grupos en las comunidades. Dada su posición e intereses, estas personas pueden contribuir a la planeación y al desarrollo de programas colectivos de salud mental.

Tampoco se ha prestado atención suficiente al personal de salud y a los maestros, educadores, personal a cargo de guarderías infantiles, etc., quienes necesitan conocer mejor los principios de la salud mental y ser más aptos para reconocer y buscar el manejo apropiado de las manifestaciones incipientes de los desórdenes mentales más comunes. La educación para la salud mental en forma específica es una tarea que apenas se ha iniciado entre nosotros mediante cursos y talleres dirigidos a médicos generales, maestros y grupos específicos, como son los familiares de los enfermos alcohólicos, los padres de adolescentes farmacodependientes, etc. Es necesario reproducir y mejorar la cobertura de los programas que están en marcha.

Las acciones preventivas deben cubrir a otros grupos humanos. La adolescencia es una etapa crítica del desarrollo, en la cual la identificación de los problemas y la ayuda que se preste a los jóvenes previene muchas veces una vida improductiva. Las parejas jóvenes pueden ser orientadas no sólo para que regulen la procreación, sino para que sepan construir una vida familiar satisfactoria.

Un programa integral de educación para la salud mental no debe dejar de lado a la población de adultos vulnerables, como son las mujeres en la gestación y en el climaterio, y debe ocuparse también de los ancianos y de los inválidos, cuya vida con frecuencia transcurre en un medio hostil e incomprensivo.

Estas acciones preventivas, dirigidas especialmente a los grupos específicos, son útiles en el grado en que se aborda, mediante medidas legales y políticas, la tarea de eliminar los factores en el ámbito humano que hacen que las metas de la salud sean difíciles de alcanzar.

V. Investigación

No puede decirse que en nuestro medio las investigaciones en el campo de la salud mental hayan guardado relación con la importancia que tienen los problemas. En los últimos años se han hecho algunas investigaciones de alta calidad científica en las ciencias básicas que nutren a la psiquiatría, tales como la neuropatología, la neurofisiología, la neurobioquímica y la farmacología (4, 9, 18, 19, 27). En cuanto al área social y epidemiológica, se han hecho también algunas investigaciones importantes en el área de la farmacodependencia y del alcoholismo (5, 6, 7). En las áreas clínicas, las investiga-

ciones han sido escasas y, en muchos casos, se han limitado a la repetición de estudios que confirman la acción terapéutica de medicamentos ya probados en otros países.

Desde 1979, la tarea principal ha sido confiada al Instituto Mexicano de Psiquiatría, el cual contribuye a la investigación en las neurociencias, la psiquiatría clínica y la psiquiatría social, así como a la capacitación de personal en todos los niveles. Es de pensarse que este organismo contribuirá a elevar el nivel de la psiquiatría en nuestro medio, particularmente en lo que se refiere a la investigación y a la capacitación de personal, y a mejorar la relación de la psiquiatría con otras ramas de la medicina y con otras instituciones que, desde sus propios campos, convergen hacia metas similares.

Una tarea prioritaria es obtener datos o estadísticas confiables sobre la morbilidad de los diversos trastornos mentales, desviaciones y adicciones. Un tipo de investigación es la evaluación del funcionamiento de nuestras instituciones asistenciales y de nuestros programas. Otra área de gran interés es la epidemiología comparativa, la cual nos enriquece con la experiencia de otros y nos permite contribuir al conocimiento general. El primer paso es mejorar y uniformar nuestros métodos de recolección y registro de datos.

Tanto las investigaciones básicas como las clínicas, las epidemiológicas y las sociales son necesarias para conocer mejor los alcances y las características de los problemas psiquiátricos y, a partir de estos conocimientos, establecer las prioridades. La planificación a corto, a mediano y a largo plazo, de recursos, programas y servicios, así como su localización y distribución, habrán de apoyarse en datos objetivos.

Aspectos legales y sociales

La situación de los enfermos psiquiátricos está marcada por los descuidos del pasado y del presente. Nuestra legislación actual sobre los enfermos mentales es confusa y arcaica. Ningún enfermo mental debe quedar desprotegido, menos aún si es peligroso para sí mismo o si es socialmente incompetente. También deben ser protegidos por la ley, la sociedad y el propio médico en el cumplimiento de sus funciones. En ocasiones no es fácil decidir cuándo se debe interferir con la libertad y la autonomía de otra persona, pero nadie que lo requiera a causa de enfermedad mental debe quedar sin la oportunidad de recibir tratamiento. Es necesario implementar normas mínimas para el manejo institucional de los enfermos mentales, que salvaguarden sus derechos y eliminen toda ocasión de abuso y descuido.

Una legislación de salud mental debe normar, en los términos del estado actual de la ciencia psiquiátrica, la conducta a seguir en relación con el enfermo mental que ha cometido delitos. Por otra parte, es necesario también que la ley señale específicamente las responsabilidades de la familia pudiente en el cuidado de aquéllos de sus miembros que, a causa de enfermedad, pierden la competencia mental.

Una legislación progresista de salud mental puede hacer mucho más. Mediante disposiciones legales se puede limitar el uso excesivo del alcohol y del tabaco, prevenir el abuso de sustancias tóxicas, favorecer el desarrollo psicosocial de los niños satisfaciendo sus necesidades sensoriales y emocionales, y proteger a los incapaces.

En relación con el problema de la farmacodependencia y, particularmente, con el del grave problema del abuso del alcohol, las leyes son necesarias, pero no son suficientes. Se requiere combinar un enfoque social amplio con la identificación oportuna de los bebedores problemáticos, reducir, o por lo menos evitar, que aumenten los niveles actuales de consumo de alcohol,

puesto que la prevalencia de problemas relacionados con esta sustancia está estadísticamente ligada con el consumo *per capita*.

En años recientes, el concepto de salud mental ha sido reformulado y definido en términos del bienestar y la armonía de la persona, resultantes de su buen funcionamiento en aspectos cognitivos, afectivos y conductuales y de su competencia para la vida social. La idea avanzada por Virchow, desde la segunda mitad del siglo pasado, en el sentido de que la salud de una población no es algo aparte de las condiciones del medio ambiente físico y sociocultural, tiene vigencia plena en el campo de la salud mental, la nutrición, la educación, la calidad de la convivencia social, la integración familiar y otros determinantes específicos. Dentro de un concepto pluricausal, se atribuye a los factores ecológicos y sociales un papel contribuyente importante en varios desórdenes mentales; se piensa que las condiciones adversas del medio generan tensiones que las personas más vulnerables no pueden tolerar. En sentido estricto no hay un solo aspecto de la sociedad ni de la salud que no deba ser examinado desde el punto de vista del papel que juegan los factores psicosociales.

VI. Coordinación y planeación

La coordinación entre las distintas instituciones y organismos que tienen bajo su responsabilidad la salud mental, requiere mecanismos apropiados que es factible establecer o, en su caso, afinar. Es necesaria la continuidad en los programas para obtener resultados satisfactorios a mediano y largo plazo.

Hemos señalado que sería posible contender mejor con los problemas asistenciales uniformando, a nivel nacional, la prestación de servicios. Sin coordinación, planeación, programación, vigilancia y evaluación de los programas y de los servicios, es improbable que se pueda llegar a logros satisfactorios en el futuro.

Además de los organismos públicos relacionados con la salud, son varias las instituciones que tienen responsabilidades en este campo; las relacionadas con la educación, el bienestar social y los asentamientos humanos deben participar en las tareas de preservar y promover la salud mental.

En el pasado, la salud mental fue concebida a partir de una visión estrecha inspirada en la urgencia de atender a las necesidades más apremiantes, y los limitados recursos se canalizaron en su exigua totalidad hacia la asistencia asilar. Poco se ha hecho para abordar los problemas en los primeros niveles, capacitar personal, investigar la magnitud y características de los problemas y desarrollar programas con fines de prevención. Esto ha afectado desfavorablemente el desarrollo de la psiquiatría y de la salud mental y ha sido causa, y también consecuencia, de la carencia que hoy resentimos en forma aguda, de personal capacitado y suficiente en número. Es explicable que los médicos jóvenes no se sientan aún muy atraídos hacia un campo que no les ofrece posibilidades para su desenvolvimiento profesional en el medio de las instituciones de salud.

Si se atribuye la debida importancia a la psiquiatría y a la salud mental, los recursos técnicos con que potencialmente cuenta el país, debidamente utilizados, permitirán responder a las necesidades actuales y a las necesidades futuras previsibles.

VII. Consideraciones finales

En México, las carencias en el campo de la salud mental se relacionan con varios hechos. Uno es que los servicios son a todas luces insuficientes, están mal distribuidos y sólo una parte de la población tiene acceso a ellos; de ahí la necesidad de mejorar y extender la cober-

tura. Otro es que el personal adiestrado es escaso en todos los niveles profesionales y técnicos, de ahí la necesidad de adiestrar y capacitar personal. Otro más es que la prevención y el manejo oportuno de los casos requieren que sean abordados en los dos primeros niveles. Por otra parte, se requiere conocer mejor los problemas; de ahí la necesidad de hacer investigaciones. Por último, es preciso que los recursos se usen en la forma más efectiva; de ahí la necesidad de que las acciones se planeen y se coordinen debidamente.

A causa de las condiciones insatisfactorias de los establecimientos en los que se asiste a los enfermos mentales hospitalizados, de las discrepancias teóricas en el campo y de una falta de información acerca de las posibilidades y las limitaciones de nuestros conocimientos y recursos técnicos, es frecuente que se critique a los psiquiatras desde distintas direcciones. Analizar la razón y la sinrazón de estas críticas me llevaría lejos. Me limitaré a reconocer que, ciertamente, los enfermos mentales han sido y están siendo descuidados y que los profesionales de la salud mental, y particularmente los psiquiatras, debemos pugnar por la humanización de los hospitales psiquiátricos, comprometer en esta tarea a la comunidad y, especialmente, a las familias de los enfermos que, cuando pueden hacerlo, deben asumir mayor responsabilidad en su cuidado.

Los servicios de psiquiatría y salud mental en hospitales generales, de los cuales se han diseñado varios modelos para hacerlos adaptables a distintas condiciones, representan un paso importante hacia la integración de la psiquiatría a la medicina. Una disposición que necesita respetarse es que los hospitales generales que se construyan en el futuro cuenten con servicios de psiquiatría y salud mental.

Históricamente es explicable que un primer paso haya sido la asistencia de los enfermos mentales severamente perturbados, problema cuya confrontación es inaplazable, pero es claro que hoy en día el marco filosófico que orienta al campo de la salud mental tiene alcances que van mucho más allá de la mera asistencia de los enfermos. Un concepto de salud mental que tiene vigencia es el propuesto por la OMS, que postula como meta el despliegue óptimo de las potencialidades humanas para la convivencia, el trabajo y la recreación, un marco utópico que, sin embargo, ha contribuido al rompimiento del estrecho círculo de la dicotomía tradicional: "locos" y "sanos".

No es difícil prever que aun si se aplican los recursos necesarios, se requerirían algunos años para darle a la salud mental el alcance que debe tener. Es de pensarse que la información y la educación pueden contribuir a un cambio de criterios y de actitudes del público acerca de la verdadera naturaleza de los desórdenes y desviaciones mentales, y suscitar un cambio de las políticas oficiales en el área de la salud mental.

Desde el punto de vista de la salud pública, la psiquiatría no es un ramo de la medicina como cualquier otra. Las funciones que los servicios de psiquiatría cumplen en la atención médica general son de un orden diferente al de las especialidades propiamente dichas.

Por otra parte, en base a investigaciones se ha apreciado que no menos de una cuarta parte de los pacientes que concurre a la consulta externa y una proporción semejante de enfermos hospitalizados, sufren varias formas y grados de desórdenes psiquiátricos que requieren atención. Una proporción importante de estos casos puede ser satisfactoriamente manejada por los médicos generales y familiares siempre y cuando tengan conocimientos e interés.

Cuando en los centros de salud y en los hospitales se ignoran los problemas psiquiátricos, estos no desaparecen, sino que sin ser reconocidos como tales, se filtran y dejan sentir su influencia disruptiva en las propias institu-

ciones y en la vida familiar y social. Es posible que aún no se aprecie suficientemente la importancia de la psiquiatría en la asistencia médica ni las graves consecuencias económicas y sociales de su desatención. Por ejemplo, el gasto inútil en medicamentos y servicios que sólo tiende a perpetuar los problemas. Es necesario que a la salud mental se le de el lugar que merece en los programas de asistencia pública.

Nadie duda seriamente que la salud mental, en su sentido positivo, es el ideal cuyo logro no será posible sin que previamente desaparezcan las condiciones sociales y materiales deplorables en las que se desenvuelve la vida de una alta proporción de personas en nuestras poblaciones urbanas y rurales, pero la contemplación de las metas más lejanas no debe nublar nuestra vista ante los más modestos objetivos próximos e intermedios que pueden ser alcanzados en las actuales circunstancias.

La tendencia actual es a que cierta patología psiquiátrica, particularmente las psicosis funcionales y orgánicas, permanezcan relativamente estacionarias, pero, en cambio, aumente la prevalencia de aquellos desórdenes y desviaciones que tienen sus raíces principa-

les en las condiciones ecológicas y sociales, como son los desórdenes afectivos, los trastornos psicofisiológicos y, sobre todo, los problemas relacionados con el abuso del alcohol y de los fármacos psicoactivos.

En la empresa de cuidar y fomentar la salud mental de los mexicanos estamos al principio de un largo camino. Se cuenta con criterios normativos firmemente establecidos y con programas que pueden reproducirse y extenderse hasta satisfacer las necesidades más urgentes del país, pero es necesario que la opinión pública y los funcionarios responsables den a la salud mental el lugar que le corresponde en el concierto de las tareas de salud pública.

Una de las tareas del psiquiatra es humanizar el cuidado de los enfermos mentales. El actual sistema, mediante el cual se pretende ayudarles, es poco eficaz y no responde a las necesidades humanas de los enfermos. Los psiquiatras pueden modificar este sistema de manera que se ayude al mayor número de personas enfermas, preservando su dignidad y la calidad de su vida. Esta es sólo una de sus múltiples funciones en la sociedad.

Cuadro 1

RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD MENTAL EN MEXICO 1980

PSIQUIATRAS	725
TRABAJADORAS SOCIALES PSIQUIATRICAS	126
ENFERMERAS PSIQUIATRICAS	22

FUENTE: Instituto Mexicano de Psiquiatría. 1980.

Cuadro 2

DISTRIBUCION DE CAMAS PSIQUIATRICAS EN EL TERRITORIO NACIONAL

REGION	No. CAMAS	%
-DISTRITO FEDERAL Y ESTADOS CIRCUNVECINOS	4,787	62
-NORTE Y CENTRO	2,390	31
-SUR Y SURESTE	550	7
	7,736	100

FUENTE: Pucheu C: Panorama actual de la psiquiatría y la salud mental en México. (En prensa).

Cuadro 3

CAMAS PARA HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA EN EL PAIS

	No.	%
FEDERALES, S S A	4,406	57
ESTATALES CON SUBSIDIO DE LA S S A	1,835	24
PRIVADAS	1,495	19
TOTAL	7,736	100

FUENTE: Pucheu C: Panorama actual de la psiquiatría y la salud mental en México. (En prensa).

Cuadro 4

ENFERMOS CRONICOS HOSPITALIZADOS SSA 1977

DIAGNOSTICO	No.	%
-ESQUIZOFRENIA	726	34
-EPILEPSIA	515	24
-RETARDO MENTAL	456	21
-PSICOSIS ORGANICA	248	12
-DEMENCIA	60	3
-FARMACODEPENDENCIA	44	1
-ALCOHOLISMO	48	1
-OTROS	44	4
	2,141	100

FUENTE: de la Parra A y cols: Censo de pacientes crónicos hospitalizados. Reporte Interno CEMESAM, 1978.

Cuadro 5

INTOXICACIONES AGUDAS POR DROGAS O ALCOHOL ATENDIDAS EN SERVICIOS DE URGENCIA EN EL DISTRITO FEDERAL 1976-1977

	No. CASOS	%
ALCOHOLICAS	13,500	81.7
DROGAS DE USO MEDICO { TRANQUILIZANTES, BARBITURICOS Y ANFETAMINAS	2,667	16.1
DROGAS DE USO NO MEDICO { MARIGUANA, INHALANTES, HEROINA Y MORFINA	315	2.2
	16,482	100

FUENTE: Fernández-Guardiola A. y cols: Casos de intoxicación por fármacos de abuso en el D.F. Reporte Interno IMP, 1980

Cuadro 6

**ENFERMOS CRONICOS HOSPITALIZADOS
SSA 1977**

POSIBILIDAD DE REHABILITACION	
	%
EN CONSULTA EXTERNA	20
DENTRO DEL HOSPITAL	48
NO REHABILITABLES	32
	<hr/>
	100

N = 2,141

FUENTE: de la Parra A y cols: Censo de pacientes crónicos hospitalizados. Reporte Interno CEMESAM, 1978.

Cuadro 7

**MOTIVOS DE CONSULTA
EN LOS SERVICIOS DE PSIQUIATRIA Y
SALUD MENTAL DE LA SSA**

	%
TRASTORNOS INFANTILES	35
NEUROSIS	17
FARMACODEPENDENCIA	9
RETARDO MENTAL	6
SIN TRASTORNO MENTAL	6
ALCOHOLISMO	4
PSICOSIS	4
OTROS	19
	<hr/>
	100

FUENTE: Sistema de Información Psiquiátrica. Reporte Interno CEMESAM, 1979.

Cuadro 8

ALCOHOLISMO Y SALUD PUBLICA

TASA POR 100,000		
CAUSA DE MORTALIDAD	ORDEN	HABITANTES
-ACCIDENTES	4°	39.7
-CIRROSIS HEPATICA	9°	19.7

EL ALCOHOL INTERVIENE EN EL 50% DE LOS CASOS DE VIOLENCIA* Y EN EL 18% DE LOS ACCIDENTES DE TRANSITO**

FUENTES: Compendio de Estadísticas Vitales 1976. Dirección de Bioestadística, SSA. Reporte Interno, 1981.
*Cabildo H. Rev Fac Med 15(2). 115-118, 1972
**Silva MM: Salud Pública Méx 14: 809, 1972.

Cuadro 9

EPIDEMIOLOGIA DEL ALCOHOLISMO

-METODO DIRECTO: (ENCUESTA DE HOGARES)	6% EN EL DISTRITO FEDERAL*
-METODO INDIRECTO: (CIRROSIS HEPATICA)	5.7% EN TODO EL PAIS**
LA PROPORCION HOMBRES MUJERES ES 12 A 1	
POBLACION MAYOR DE 15 Y 20 AÑOS RESPECTIVAMENTE	

FUENTES: *Medina-Mora ME: Consumo de alcohol en la población del D.F. Salud Pública Méx 2(13), 1980.
**Bustamante ME: El alcoholismo y sus consecuencias sociomédicas. Gaceta Médica de México 107(13), 1974.

Cuadro 10

**EPIDEMIOLOGIA DE LA FARMACODEPENDENCIA
EN EL DISTRITO FEDERAL***

	%
MARIGUANA	0.34
INHALANTES	0.12
ANFETAMINAS	0.79
TRANQUILIZANTES	4.2
BARBITURICOS	1.6

*Consumo consuetudinario en la población mayor de 14 años

FUENTE: Medina-Mora ME: Consumo de fármacos en la población del D.F. Reporte Interno CEMEF, 1974.

Cuadro 11

**TASAS DE PADECIMIENTOS MENTALES
EN MEXICO**

TASAS POR 1,000 HABITANTES	
PSICOSIS	10
NEUROSIS	134
RETARDO MENTAL	12
EPILEPSIA	3

FUENTE: Cabildo HM: Panorama epidemiológico de los desórdenes psiquiátricos en la República Mexicana. Salud Pública Méx 13(1), 1971.

Cuadro 12

INDICADORES INDIRECTOS DE LA SALUD MENTAL

CAUSA DE MORTALIDAD	TASA POR 100,000 HABITANTES
— HOMICIDIO	16.5
— SUICIDIO	1.7

FUENTE: Compendio de Estadísticas Vitales de México, 1976. Dirección de Bioestadística, SSA. Reporte Interno, 1981.

Cuadro 13

PROPORCIÓN COMPARATIVA DE PSIQUIATRAS POR 100.000 HABITANTES

ARGENTINA	4.1
COSTA RICA	8
MEXICO	1
LA OMS RECOMIENDA 5 POR 100,000	

FUENTE: Iturbe U: Los recursos de la salud mental en México al servicio de la comunidad. *Rev Médico Moderno* 14:29-41, abril 1976.

BIBLIOGRAFIA

- BUSTAMANTE ME: El alcoholismo y sus consecuencias sociomédicas: aspectos sociomédicos. *Gac. Med. Mex.*, 107(3): 227-254, 1974.
- CABILDO HM: Panorama epidemiológico del alcoholismo en México. *Rev. Fac. de Medicina*, 15(2): 115-118, 1972.
- CABILDO HM: Panorama epidemiológico de los desórdenes psiquiátricos en la República Mexicana. *Salud Pú. Méx.*, 13(1): 53-55, 1971.
- CALVO JM, ALVARADO R, BRIONES R, PAZ C, FERNANDEZ-GUARDIOLA A: Amigdaloid kindling during repeated eye movement (REM) sleep in cats. *Neuroscience Letters*, 1982.
- CAMPILLO C, MEDINA-MORA ME: Evaluación de los problemas y de los programas de investigación sobre el uso de alcohol y drogas en México. *Salud Pú. Méx.*, 20(6): 733-743, 1978.
- CAMPILLO C, MEDINA-MORA ME, CASTRO ME: La epidemiología del uso de drogas en México. *Salud Mental*, 2(1): 10-18, 1979.
- CASTRO ME, VALENCIA M: Consumo de drogas en México. Patrones de uso en la población escolar. *Salud Pú. Méx.*, 20(5): 585-590, 1978.
- Compendio de Estadísticas Vitales de México 1976. Dirección General de Bioestadística, SSA. Reporte Interno 1981.
- COSTERO I, BARROSO-MOGUEL R: Alteraciones microscópicas encontradas en el Sistema Nervioso Central de gatos y ratas albinas, relacionables con la intoxicación experimental por inhalación de solventes industriales (tolueno y tiner) *Cuadernos Científicos CEMESAM*, 11: 210-213. México, 1979.
- CRAVIOTO J: Intersensory development as a function of age stimulation and antecedents of severe malnutrition. *Proc. Nutr. Soc. India*, 22: 1-24, 1978.
- CRAVIOTO J y cols: Nutrition, growth and neurointegrative development: an experimental and ecologic study. *Pediatrics*, 38: 319-372, 1966.
- CHAVEZ A, MARTINEZ C: Nutrition and development of children from poor rural areas. V. Nutrition and behavioral development. *Nutr. Rep. Int.*, 11: 477-489, 1975.
- DE LA FUENTE R: Nuevos enfoques en la enseñanza de la psiquiatría. *Psiquiatría*, 6(1): 19-22, 1976.
- DE LA FUENTE R: La salud mental en México. *Salud Mental* 9(1): 4-13, 1977.
- DE LA FUENTE R, CAMPILLO C: La psiquiatría en México: una perspectiva histórica. *Gac. Med. Mex.*, 111(5): 421-435, 1976.
- DE LA PARRA y cols: Censo de pacientes crónicos hospitalizados. Reporte Interno CEMESAM, 1978.
- Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, UNAM. Reporte Interno 1977.
- FERNANDEZ-GUARDIOLA A, CALVO JM, CONDES-LARA M, ALVARADO R: Kindling of specific and non specific sensory pathways. 10th International Congress of Electroencephalography *Clin. Neurophysiology*, 1982.
- FERNANDEZ-GUARDIOLA A, CONDES-LARA M, CALVO JM: Synaptic changes induced by optic chiasm low intensity repetitive electrical stimulation (the kindling effect). En: R Tapia, CW Cotman (Eds.), *Regulatory Mechanisms of Synaptic Transmission*. Plenum Press, Nueva York/Londres, 1981.
- FERNANDEZ-GUARDIOLA A y cols: Casos de intoxicación por fármacos de abuso, alcohol e inhalantes atendidos en servicios de urgencias de la Ciudad de México. Reporte Interno. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1980.
- ITURBE U: Los recursos de la salud mental en México al servicio de la comunidad. *Médico Moderno* 14: 29-41, 1976.
- MEDINA-MORA ME: Prevalencia del consumo de drogas en algunas ciudades de la República Mexicana. (Encuesta de hogares). *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 4, 1(7): 111-120, 1978.
- MEDINA-MORA ME y cols: Consumo de fármacos en la población del Distrito Federal. Reporte Interno, CEMEF, 1974.
- Organización de Servicios de Salud Mental en los Países en Desarrollo. 16º Informe del Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental. Serie de Informes Técnicos 564. Ginebra, 1975.
- PUCHEU C: Panorama actual de la psiquiatría y la salud mental en México. (En prensa).
- SILVA MARTINEZ M: Alcoholismo y accidentes de tránsito. *Salud Pú. Méx.* 14: 809, 1972.
- VINDROLA O, BRIONES R, ASAI M, FERNANDEZ-GUARDIOLA A: Amygdaloid kindling enhances the enkephalin content in the rat brain. *Neuroscience Letters*, 21: 39-43, 1981.
- The WHO medium-term mental health programme 1975-1982. Interim Report. Organización Mundial de la Salud, División de Salud Mental. Ginebra, 1978.