

La salud mental en México*

Dr. Ramón de la Fuente **

Introducción

Hacer un bosquejo de la salud mental en México es en buena parte referirse a las omisiones del pasado, a las carencias deplorables de hoy en día y a lo que puede hacerse para superarlas. Conviene asentar desde el principio que el término Salud Mental se refiere, en última instancia, al tratamiento y a la rehabilitación de los enfermos mentales, pero una de sus metas, que incluye y sobrepasa a las tareas asistenciales, es propiciar que el mayor número de mexicanos obtenga y conserve un grado óptimo de salud mental.

En México no podemos aún decir que los programas de salud mental hayan llegado alguna vez al campo. La tarea ha estado limitada a las zonas urbanas donde la población pertenece a una u otra de dos grandes categorías socioeconómicas: la que está bien asentada en la ciudad, relativamente instruida, y los habitantes de las barriadas pobres.

* Trabajo presentado en el Simposio "Los diez grandes temas de la medicina mexicana". Instituto Syntex. México, D. F., abril, 1977.

** Director General de Salud Mental de la Secretaría de Salubridad y Asistencia y Director General del Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia.

Del primer grupo, acuden principalmente a la consulta de los Centros Asistenciales generales, personas que se quejan de trastornos afectivos, neuróticos o psicosomáticos, mientras que los del segundo grupo dan un contingente proporcionalmente más elevado de psicóticos crónicos, epilépticos, débiles mentales y en general individuos socialmente incompetentes. Muchos de estos sujetos han perdido el contacto con sus familias, viven marginados y rara vez buscan por sí mismos los servicios médicos.

La salud mental de los habitantes de un país no es algo aparte de su salud general. Ambas dependen de condiciones de la sociedad, tales como la estabilidad económica, la educación, la convivencia social, la integración familiar y también de determinantes más específicos, como el empleo, la habitación, etc. Hay datos para pensar que la disrupción severa entre el hombre y su medio físico, socioeconómico y cultural genera tensiones que las personas más vulnerables no pueden tolerar.

En nuestro país, la salud mental ha sido desatendida. Ha ocurrido que los recursos, siempre insuficientes, han sido usados para hacer frente a otros graves problemas; la desnutrición, las enfermedades infecciosas, el rápido crecimiento de la población, y ni qué decir de la educación. No parece que la escasez de medios y la magnitud de otras necesidades justifiquen este abandono, ya que países con menos posibilidades que el nuestro, como Costa Rica y Cuba, han tenido logros notables en este campo.

Los desórdenes y las desviaciones mentales representan una grave pérdida económica y social y grandes penalidades para las personas afectadas y sus familias, por ello, aunque las causas del abandono son comprensibles, no son aceptables en un sistema que se proclama a sí mismo procurador de la justicia y el bienestar social.

Se suele inquirir acerca de la salud mental del mexicano. No es fácil hablar de ella en términos numéricos, porque las cifras con que contamos, derivadas de encuestas epidemiológicas cuyos defectos metodológicos no pueden dejarse de lado, nos obligan a ser cautelosos, pero podemos decir que en general **los tipos de desórdenes mentales que ocurren en nuestra población y la prevalencia de los que son más incapacitantes, no son diferentes a los de otros países. Es posible que el 1% del total de la población esté severamente afectada y que el 10% de los individuos lo estén en un momento de su vida**³. Se ha calculado que la prevalencia de enfermos psicóticos oscila entre 10.1 y 14 por 1 000 habitantes³. Con respecto al alcoholismo se señalan las cifras hasta de 9.1 por 1 000⁴ Se considera que hay 12.6 por 1 000 personas que sufren retraso mental, incluyendo un 75% de casos leves³.

PREVALENCIA DE ENFERMOS CON DESORDENES MENTALES.

ENFERMEDAD	NO. DE AFECTADOS	NO. DE HABITANTES
PSICOSIS	10.1 - 14	1 000
ALCOHOLISMO	9.1	1 000
RETRASO MENTAL	12.6	1 000

La proporción más elevada corresponde a las grandes psicosis funcionales: esquizofrenia y psicosis afectivas, seguidas por los desórdenes que son consecuencia de daño orgánico cerebral. Los índices de prevalencia de epilepsia tanto ideopáticos como sintomática, oscilan entre .9 y 2.1%, cifras más elevadas que en países más desarrollados³. Las cifras a nuestro alcance atribuyen al suicidio en México una tasa de 2.1 por 100 000 h., sorprendentemente baja y dudosa, y al homicidio 22.4 por 100 000 h'. Dado que la mitad de la población de nuestro país es menor de 15 años, los trastornos infantiles y los de la adolescencia son una carga pesada.

Los de la sensibilidad aumentan a medida que crece la expectativa de vida.

La incidencia de las diversas formas de farmacodependencia es aún más difícil de cuantificar. Sin embargo, el consumo de la marihuana, la inhalación de sustancias volátiles, el abuso de las anfetaminas y de otras drogas psicotrópicas, de los psicodislépticos (LSD y Mescalina) representan un problema con raíces y consecuencias sociales que afecta a los jóvenes entre los 12 y 20 años de edad, por lo que deben ser objeto de una acción continua de prevención, tratamiento y rehabilitación. Estudios de CEMEF atribu-

yen a la farmacodependencia en jóvenes de 14 años en adelante una tasa de .46% con predominio de marihuana e inhalantes. Las drogas «duras», como la heroína, comienzan ya a causar víctimas en la faja fronteriza y esto es motivo de grave preocupación.

En nuestro país, el alcoholismo afecta por lo menos al 6.2 por 1 000 de la población y plantea graves problemas, tanto en las colectividades urbanas como en las rurales. La relación del abuso del alcohol con los actos de violencia en la forma de accidentes y homicidios es conocida.

Según datos de la Dirección General de Estadística, en el Distrito Federal en el año de 1974, como causa de mortalidad general, los accidentes ocuparon el 7º lugar, con una tasa de 43.4 por 100 000 habitantes. La causa «homicidios», ocupó el decimotercer lugar, con una tasa de 10.2 por 100 000 habitantes. En una proporción elevada de estos casos el alcohol figura como la causa más frecuente.

La incidencia y la prevalencia de los desórdenes de la personalidad y de las neurosis es más difícil de precisar. Diversos estudios sugieren que al menos la quinta parte de los

**DEFUNCIONES POR
HOMICIDIOS EN LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, POR GRUPOS DE
EDAD Y SEXO.
1974.**

CAUSAS DE DEFUNCION	CLAVE O.M.S.	TOTAL	CON CERTIFICADO MEDICO	GRUPOS DE EDAD EN AÑOS					
				-1	1	2	3	4	1-4
HOMICIDIOS Y LESIONES PROVOCADAS INTENCIONALMENTE POR OTRAS PERSONAS.	E 960 - E 969	T 12 854	8 808	85	35	22	21	21	99
		H 11 746	8 018	55	25	15	16	16	72
		M 1 108	790	30	10	7	5	5	27
LUCHA, ALTERCADO Y VIOLACION.	E 960	H 81	51	-	-	-	-	-	-
		M 4	2	-	-	-	-	-	-
ATAQUE CON SUSTANCIAS CORROSIVAS O CAUSTICAS, EXCEPTO VENENOS.	E 961	H 1	1	-	-	-	-	-	-
		M -	-	-	-	-	-	-	-
ENVENENAMIENTO INTENCIONAL PROVOCADO POR OTRA PERSONA.	E 962	H 9	2	1	-	1	-	-	1
		M 2	1	-	-	-	-	-	-
HOMICIDIOS POR AHORCAMIENTO Y ESTRANGULACION.	E 963	H 141	98	2	-	-	3	-	3
		M 55	44	4	1	-	-	-	1
HOMICIDIO POR SUMERSION (AHOGAMIENTO).	E 964	H 75	26	-	2	-	-	-	2
		M 11	4	3	-	2	-	-	2
ATAQUE CON ARMA DE FUEGO Y EXPLOSIVOS.	E 965	H 6 152	4 249	21	9	7	4	6	26
		M 427	321	3	5	1	1	1	6

FUENTE: ESTADISTICAS VITALES DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, 1974.
DIRECCION DE BIOESTADISTICAS, S.S.A., 1976.

DEFUNCIONES POR
HOMICIDIOS EN LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS, POR GRUPOS DE
EDAD Y SEXO.
1974.

CAUSAS DE DEFUNCION	CLAVE O.M.S.	TOTAL	CON CERTIFICADO MEDICO	GRUPOS DE EDAD EN AÑOS					
				-1	1	2	3	4	1-4
HOMICIDIOS Y LESIONES PROVOCADAS INTENCIONALMENTE POR OTRAS PERSONAS.	E 960 - E 969	T 12 854	8 808	85	35	22	21	21	99
		H 11 746	8 018	55	25	15	16	16	72
		M 1 108	790	30	10	7	5	5	27
LUCHA, ALTERCADO Y VIOLACION.	E 960	H 81	51	-	-	-	-	-	-
		M 4	2	-	-	-	-	-	-
ATAQUE CON SUSTANCIAS CORROSIVAS O CAUSTICAS, EXCEPTO VENENOS.	E 961	H 1	1	-	-	-	-	-	-
		M -	-	-	-	-	-	-	-
ENVENENAMIENTO INTENCIONAL PROVOCADO POR OTRA PERSONA.	E 962	H 9	2	1	-	1	-	-	1
		M 2	1	-	-	-	-	-	-
HOMICIDIOS POR AHORCAMIENTO Y ESTRANGULACION.	E 963	H 141	98	2	-	-	3	-	3
		M 55	44	4	1	-	-	-	1
HOMICIDIO POR SUMERSION (AHOGAMIENTO).	E 964	H 75	26	-	2	-	-	-	2
		M 11	4	3	-	2	-	-	2
ATAQUE CON ARMA DE FUEGO Y EXPLOSIVOS.	E 965	H 6 152	4 249	21	9	7	4	6	26
		M 427	321	3	5	1	1	1	8

Fuente: Estadísticas Vitales de los Estados Unidos Mexicanos, 1974.
Dirección de Bioestadística, SSA. 1976.

enfermos que acuden a los centros de salud y a la consulta externa de los hospitales padecen algún trastorno psiquiátrico que requiere atención. Se trata, generalmente, de enfermos que se quejan de síntomas somáticos y debido a que el tratamiento que reciben no es el más adecuado, suelen convertirse en asiduos visitantes de los servicios médicos generales, absorbiendo una proporción desmesurada del tiempo del personal médico y consumiendo muchos medicamentos que en realidad no necesitan.

Recursos disponibles

Los recursos con que cuenta el país para las distintas tareas relacionadas con la salud mental son a todas luces insuficientes.

La Dirección de Salud Mental cuenta con 11 unidades hospitalarias con un total de 4 500 camas y 14 consultorios de psiquiatría en los Centros de Salud en el Distrito Federal y otros 5 en el resto del Territorio Nacional. Otras instituciones y organismos públicos y privados proveen el resto para completar 8 500 camas, cifra muy pequeña en un país con más de 60 millones de habitantes. Ni el IMSS ni el ISSSTE cuentan con camas directas para enfermos psiquiátricos.

Nuestros hospitales, hospitales-granjas y asilos, adolecen de escasez de personal en relación con el número de pacientes y en varios de ellos no hay programas de rehabilitación. Por la carencia de instituciones intermedias, muchos pacientes permanecen

largo tiempo confinados. Su condición deplorable no es tanto resultado de su enfermedad, sino del deterioro social que es consecuencia del abandono.

Algunos de nuestros hospitales psiquiátricos difícilmente pueden ser considerados como instituciones curativas. Una explicación general de esta situación es que las enfermedades de la mente no han perdido el estigma que llevan consigo desde los principios de la historia. Los enfermos mentales rara vez encuentran en sus familias y la colectividad, la tolerancia y el apoyo que hallan otros enfermos. Hasta la fecha, los planificadores sanitarios tienden a soslayar la importancia de la morbilidad de las enfermedades y desórdenes mentales.

El número de psiquiatras es insuficiente y su distribución en el territorio nacional es muy desigual. La proporción mínima recomendada por la Organización Mundial de la Salud es de 5 por cada 100 000 habitantes. Argentina cuenta con 4.1 y Costa Rica con 8 por 100 000 habitantes⁷. De acuerdo con estudios efectuados en el Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM, México contaba en 1976 con 507 psiquiatras, es decir menos de 1 por 100 000 habitantes, de los cuales, en el Distrito Federal hay 364 y en el interior de la República 143. En Monterrey 27, en Guadalajara 27, en Hermosillo 10, en Puebla 9, y en el resto del país 70⁶. En cuanto a trabajadoras sociales, el déficit es aún mayor. Se cuenta solamente con 26 trabajadoras sociales y con no más de 20 enfermeras con adiestramiento formal en el manejo de enfer-

mos mentales. La escasez de otros miembros del personal de salud mental, terapeutas ocupacionales y administradores también se deja sentir.

Esta falta de desarrollo se explica por lo menos en parte, porque la salud mental ha figurado en los últimos lugares en los presupuestos de salud.

Nuestras leyes y reglamentos relativos a los enfermos mentales y las fracciones del código penal que contienen disposiciones aplicables a los delincuentes que sufren perturbaciones mentales son anticuadas, no protegen el derecho de los enfermos psiquiátricos a recibir tratamiento, ni se precisan los requisitos mínimos que debieran satisfacer las instituciones en cuyos recintos pueden permanecer confinados por muchos años.

Con frecuencia ocurre que las personas que sufren enfermedades mentales son las más desvalidas de la sociedad. Están desamparadas y no reciben un tratamiento equivalente al que se da a pacientes no psiquiátricos. En el vasto campo de la salud pública la población de enfermos mentales pobres conforma una minoría discriminada. Esta situación se manifiesta claramente en el hecho de que el presupuesto que se destina a su cuidado es, por lo menos, 5 veces menor que el que se destina al de otros enfermos.

Si carecemos aún de datos confiables para cuantificar nuestros problemas; si nuestros recursos humanos son tan escasos; las instalaciones tan deficientes; y nuestras leyes no protegen a quienes están desamparados, no hay duda de que vamos a la zaga.

CUADRO 14
CONSECUENCIAS SOCIALES DERIVADAS DE LA INGESTION DE BEBIDAS ALCOHOLICAS.

CLASIFICACION	PROBLEMAS ECONOMICOS EN EL HOGAR		OTROS PROBLEMAS CONYUGALES		AUSENTISMO AL HOGAR		AUSENTISMO LABORAL		OTRAS DIFICULTADES EN EL TRABAJO		PERDIDA DE EMPLEO		PERDIDA DE AMISTADES		ACCIDENTES		RIÑAS		TOTAL	
	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%	NO.	%
BEBEDORES MODERADOS	23	15.2	15	10.0	25	16.6	21	13.9	21	5.2	15	10.0	26	11.7	10	19.0	25	16.6	151	100
ALCOHOLICOS	23	15.2	15	10.0	25	16.6	21	13.9	8	5.2	15	10.0	9	5.9	10	6.6	25	16.6	151	100
BEBEDORES EXCESIVOS	20	17.3	17	14.7	16	13.8	16	13.8	6	5.1	8	6.8	7	6.0	10	8.7	16	13.8	116	100
BEBEDORES MODERADOS	58	19.7	30	10.1	39	13.2	23	7.7	21	7.1	26	8.9	26	8.9	18	6.1	51	18.3	295	100
ABSTEMIOS	7	10.3	6	8.8	6	8.8	3	4.4	3	4.4	5	7.4	10	14.7	13	19.0	15	22.2	68	100

Fuente: Cabildo Arellano, H.M.; Silva Martínez, Miguel; Juárez, J.M.: "Encuesta sobre hábitos de ingestión de bebidas alcohólicas". Salud Pública de México. Epoca V. Vol. XI Nº 6. Nov.-Dic. 1969.

Sin embargo, si queremos acortar la brecha, la asistencia, la prevención, la capacitación de personal y la investigación en el área de la salud mental, deben ser justipreciadas en los programas federales y estatales de salud.

La psiquiatría científica avanza, conocemos ya algunos hechos cruciales acerca de la compleja interacción de factores biológicos, sociales y psicológicos en las enfermedades y desviaciones mentales. En algunas

áreas contamos ahora con fármacos que son eficaces para alterar favorablemente el curso de algunas enfermedades. Por tanto, hoy en día es posible desarrollar programas razonablemente efectivos basados en el reconocimiento de las necesidades.

Contamos con recursos que permiten tratar a muchos enfermos en el seno de sus familias y de la colectividad, aun los enfermos mentales crónicos, los que sufren retra-

DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCION EN EL DISTRITO FEDERAL. 1974.

NO.	CAUSAS DE DEFUNCION	CLAVE O.M.S.	NUMERO DE DEFUNCIONES	TASA [†]
	TODAS LAS CAUSAS	000 - E999	52 767	6.4
1	NEUMONIAS, INFLUENZA Y OTRAS INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.	460 - 466 470 - 474 480 - 486	8 397	101.2
2	ENFERMEDADES DEL CORAZON.	393 - 429	5 669	68.3
3	ENTERITIS Y OTRAS ENFERMEDADES DIARREICAS.	008,009	5 259	63.4
4	CAUSAS DE MORBILIDAD Y DE LA MORTALIDAD PERINATALES.	760 - 779	5 059	61.0
5	ACCIDENTES, ENVENENAMIENTO Y VIOLENCIAS.	E800 - E999	4 552	54.8
6	TUMORES MALIGNOS.	140 - 209	3 829	46.1
7	CIRROSIS HEPATICA.	571	3 444	41.5
8	DIABETES MELLITUS.	250	2 558	30.8
9	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES.	430 - 438	2 450	29.5
10	NEFRITIS Y NEFROSIS	580 - 584	900	10.8

NOTA: LA MORTALIDAD GENERAL ESTA CALCULADA POR 1,000 Y LA ESPECIFICA POR 100,000.

Fuente: Estadísticas vitales de los Estados Unidos Mexicanos, 1974.
Dirección de Bioestadística, SSA. 1976.

sos mentales, epilepsia y defectos consecutivos a trastornos orgánicos del cerebro, pueden, con la atención adecuada, tener una vida humana. Muchas de las personas que consultan en hospitales y centros de salud, sufren depresión y ansiedad y pueden ser tratados efectivamente. La psicosis maniaco-depresiva, otra causa frecuente de incompetencia mental, puede ser prevenida, al igual que otros desórdenes afectivos de carácter cíclico.

Cómo enfrentar los problemas

Para contender con los problemas de la salud mental, se requieren políticas públicas a nivel nacional; que tanto el gobierno federal como los gobiernos estatales canalicen recursos económicos proporcionales a las necesidades expresadas en estudios objetivos y la puesta en acción de programas que progresivamente cubran a la población, ya que, a menos que se haga una planeación a largo plazo y el apoyo financiero sea continuo, las necesidades de salud mental de grandes segmentos de nuestra población continuarán desatendidas. **Sin una base presupuestaria para la restauración de nuestras instalaciones, prematuramente envejecidas, la formación y el empleo de personal, el suministro de medicamentos en cantidad suficiente y una red nacional de servicios de salud mental a distintos niveles, el futuro parece sombrío.**

Es alentador que en el Plan Nacional de Salud se reconozca la importancia de la salud mental y que en el Plan de Trabajo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia se le sitúe como la segunda prioridad, inmediatamente después del abrumador problema demográfico.

Un programa nacional de salud que sea humanista y justo mantendrá el derecho de cualquier persona a recibir un trato adecuado, humano y científico, cuando sus facultades mentales estén dañadas.

No es mi propósito referirme aquí en detalle a los programas cuyo desarrollo hemos iniciado desde la Dirección de Salud Mental y del Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia, sino solamente delinear sus direcciones. Un criterio central es la integración de los servicios de salud mental en los servicios generales de salud y su descentralización, lo cual significa vincularlos con el sistema asistencial general; los centros de salud y los hospitales generales.

Prevención

También en el campo de la salud mental el péndulo ha oscilado de lo individual a lo social y del énfasis en la curación al énfasis en la prevención y la detección temprana de los casos y nadie duda de que es preferible, social y económicamente, prevenir que remediar. La prevención en el campo de la

PROPORCION DE PSIQUIATRAS POR NUMERO DE HABITANTES

PROPORCION NUMERICA RECOMENDADA POR LA OMS 5/100,000 HABITANTES.		
PAIS	NO. DE PSIQUIATRAS	NO. DE HABITANTES
ARGENTINA	4.1	100 000
COSTA RICA	8	100 000
MEXICO	1	100 000

salud mental tiene dos aspectos: uno es informar al público, particularmente a quienes ejercen mayor influencia social, como maestros, médicos, dirigentes cívicos y religiosos, acerca de la naturaleza de los problemas, e instruirlos para que sean capaces de identificarlos oportunamente. El otro es la identificación precoz de los casos y su manejo oportuno individual, familiar y social. Si bien se puede decir que la educación para la salud mental comienza en el hogar y continúa en la escuela, muchos problemas sólo pueden ser abordados en el seno de la sociedad que los crea o los favorece.

La higiene mental básica se ejerce en el seno de la colectividad y una de las tareas es encauzar la acción concertada de quienes comparten un interés genuino en los problemas de la salud mental.

Con un adiestramiento que puede recibir de los especialistas —psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, etc.— el personal de salud general, estará capacitado para reconocer las urgencias psiquiátricas, identificar los problemas más comunes y prescribir ciertos medicamentos referir al enfermo a una consulta especializada y dar apoyo y asesoramiento a la familia. Este personal puede también asumir la vigilancia a largo plazo de ciertos pacientes crónicos ahí donde se carece de personal de salud especializado.

Servicios de consulta psiquiátrica en los Centros de Salud

En los servicios de consulta psiquiátrica de los Centros de Salud en la consulta externa de psiquiatría de los hospitales generales, los enfermos psiquiátricos pueden ser objeto de una mejor evaluación y muchos de ellos reciben tratamiento.⁸ **En este nivel puede ser manejado adecuadamente un volumen importante de enfermos que sufren desórdenes afectivos, problemas psiconeuróticos y trastornos de la personalidad.⁴ Los centros de salud mental son el nivel adecuado para abordar preventivamente los problemas de la farmacodependencia y el alcoholismo en conexión estrecha con la comunidad.**

Servicios de psiquiatría en los hospitales generales

En nuestro medio, los hospitales generales podrían ser, como lo son en otros países, un escalón en los programas de salud mental, si cuentan con personal especializado, uni-

dades de consulta externa y, lo que es aún mejor, con pequeñas unidades de hospitalización. Hoy es posible y conveniente que cierto tipo de pacientes psiquiátricos sean tratados en los hospitales de medicina general; en ellos la psiquiatría puede desarrollarse en contacto con otras especialidades médicas en la consulta externa, la interconsulta y la hospitalización. El psiquiatra puede entonces participar activamente en la asistencia de los casos remitidos por otros servicios.

La experiencia ha demostrado que los servicios de psiquiatría en los hospitales generales permite captar en la fase inicial de su padecimiento a enfermos psiquiátricos que de otro modo gravitarían con costos y consecuencias mayores sobre otros servicios asistenciales. Estos servicios son necesarios para la educación del estudiante y del médico en la práctica de una medicina integral.

Hospitales psiquiátricos

Dentro de una concepción global de las necesidades asistenciales en el área de la salud mental, los hospitales psiquiátricos son insustituibles.

Pensamos que la construcción de grandes hospitales psiquiátricos no es por sí misma una buena solución. Por una parte son instituciones alejadas de la población a la que sirven y como centros de enseñanza no son suficientes para formar personal destinado a hospitales generales y centros de salud. Donde los hay, es necesario velar no sólo por que los recursos para alimentación, medicamentos y programas de rehabilitación sean los adecuados y que la relación entre el personal y el número de pacientes permita asistir debidamente a estos últimos, sino que es necesario también que estos establecimientos estén comunicados y apoyados por servicios médicos generales. Si un hospital psiquiátrico sigue los lineamientos de la psiquiatría moderna, debe estar muy distante de los viejos asilos en cuanto a instalaciones, funciones, personal y programas.

Aun los hospitales donde predominan los enfermos mentales de lenta recuperación, pueden tener una fisonomía confortante mediante el uso extenso de programas terapéuticos centrados en torno de la ocupación productiva de los enfermos; trabajos artesanales, tareas agrícolas, talleres protegidos, etc. Estos programas han demostrado ser ca-

paces de mejorar notablemente la calidad de la vida de los enfermos, restaurando su dignidad y protegiéndoles del deterioro irreparable.

La rotación de los residentes y alumnos de los cursos de especialización por las distintas instituciones psiquiátricas y la utilización de los pasantes de medicina, enfermería, psicología y trabajo social, permite mejorar la atención a los enfermos.

Personal

Hemos dicho que el personal especializado, tanto médicos como enfermeras, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, es escaso y se concentra en las zonas urbanas. Se necesita preparar a este personal.

La primera tarea es atraer a gente calificada y ofrecerle cursos de capacitación y adiestramiento de buen nivel y después oportunidades de trabajo y desarrollo profesional. También es necesario mejorar el nivel de quienes ya ejercen la psiquiatría como especialistas, mediante programas de educación continua. La certificación ante la sociedad de quienes merecen su confianza como expertos es un paso importante.

El trabajo en equipo

Hoy en día no es posible concebir el trabajo del psiquiatra en forma aislada. Se requiere que trabaje asociado con personas adiestradas en psicología clínica, enfermería, trabajo social psiquiátrico y terapia ocupacional. El equipo puede englobar y resolver mejor los problemas, aunque el único calificado para comprender los aspectos genéticos, fisiológicos y patológicos de los desórdenes mentales y para establecer una terapéutica comprensiva, es el psiquiatra. Dicho sea de paso, el movimiento de otras disciplinas como la psicología y el trabajo social hacia una práctica individual independiente y autónoma en el campo de la salud mental, es indeseable por ser una práctica potencialmente peligrosa para los enfermos. El psicólogo y el trabajador social, además de su contribución insustituible al estudio y tratamiento de los enfermos, deben contribuir de manera particularmente valiosa a la enseñanza de médicos generales, maestros y otras personas interesadas en el campo y participar en investigaciones científicas. Es necesario que los profesionales de la salud men-

tal tengan una preparación teórica y práctica para cumplir funciones de enseñanza.

Legislación

Hemos dicho que **los enfermos psiquiátricos no tienen voz. Debemos hablar por ellos. Su situación actual está marcada por las obras y descuidos del pasado. Ningún enfermo mental y más aún si es peligroso para sí mismo, o para los demás, o socialmente incompetente, debe quedar desprotegido. También la sociedad y el propio médico en el cumplimiento de sus funciones deben ser protegidos por la ley.** En ocasiones es difícil decidir cuándo se debe interferir con la libertad y autodirección de otra persona, pero nadie debe quedar a merced de quien, a causa de su enfermedad mental, es peligroso.

Es necesario normar los procedimientos de ingreso y egreso para asegurarse de que los enfermos internados reciben un tratamiento adecuado. La legislación sobre salud mental ha de proteger también al enfermo mental que es delincuente a causa de su enfermedad.

La ley debe autorizarnos a decidir el internamiento involuntario en casos de emergencia y también establecer salvaguardas que impidan que el internamiento se prolongue más allá de lo necesario. Hemos de borrar de la mente de algunos la idea errónea de que al enfermo mental no se le debe externar hasta que esté «curado». Lo importante no es si está curado, sino si está o no capacitado para vivir en el seno de su familia y de la sociedad.

Investigación

En el campo de la salud mental, tal vez aún más que en otros campos de la medicina, la investigación científica es necesaria. No es posible planear con acierto las mejores soluciones sin conocer cuáles son las necesidades actuales y futuras, en términos de prevalencias, causas y consecuencias de los distintos trastornos mentales y desviaciones de la conducta.

El primer paso es el acopio uniforme de datos; disponer de ellos hace posible la buena administración y permite además informar verazmente acerca de la magnitud y el carácter de los problemas. Además, la investi-

gación tiene un elevado valor formativo para quienes participan en ella. La normalización de los diagnósticos y de otros componentes de las estadísticas, hacen posible participar en estudios internacionales comparativos.

Es necesario definir con más precisión cuáles son las cuestiones más apremiantes

y desarrollar buenos instrumentos para buscar las respuestas. La tarea inicial es obtener datos o estadísticas confiables sobre la morbilidad de los diversos trastornos mentales, desviaciones y adicciones, y evaluar las necesidades de recursos humanos, el funcionamiento de los servicios y la marcha de los programas 

Referencias

1. Cabildo Arellano, H. M. y Elorriaga H.: El suicidio como problema de la salud mental. Salud Pública de México, Epoca V. Vol. VIII, N° 3, pp. 441-451, mayo-junio, 1966.
2. Cabildo Arellano, H. M.: Panorama epidemiológico del alcoholismo en México. Rev. Fac. de Med. Vol. XV. N° 2, pp. 115-118, marzo-abril, 1972.
3. Cabildo Arellano, H. M.: Panorama epidemiológico de los desórdenes psiquiátricos en la República Mexicana. Salud Pública de México. Vol. XIII. N° 1, pp. 53-63, enero-febrero, 1971.
4. Fuente, Ramón de la, Campillo S. Carlos: La psiquiatría en México: una perspectiva histórica. Gaceta Médica de México, Vol. III. N° 5, mayo 1976.
5. Fuente, Ramón de la: Nuevos enfoques en la enseñanza de la psiquiatría. Trabajo leído en el VII Congreso Latinoamericano de Psiquiatría que se efectuó del 1° al 5 de mayo en Acapulco, Gro. 1975.
6. Iturbe, Ulises: Los recursos de la Salud Mental en México, al servicio de la comunidad. Rev. Médico Moderno. Vol. XIV. pp. 29-41, abril, 1976.
7. León A. C.: Psychiatry in Latin America. Brit. J. Psychiat. 121, 121-35, agosto, 1972.
8. Organización de Servicios de Salud Mental en los países en desarrollo. 16° Informe del Comité de Expertos de la OMS en Salud Mental. Serie de Informes Técnicos 564. Ginebra, 1975.