



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS

**POSGRADO EN SALUD PÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS
Y SALUD PÚBLICA**

**Frecuencia y caracterización de los problemas de salud
mental en la población atendida en la Unidad de Atención
“San Agustín” de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas,
México (2012- 2018)**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN CIENCIAS EN SALUD PÚBLICA**

P R E S E N T A

VIVIANA JANETH ACEVES CHÁVEZ

DIRECTOR

DR. EN C. JUAN CARLOS NÁJERA ORTIZ.

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Junio, 2019



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS Y ARTES DE CHIAPAS
DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
29 de mayo de 2019
Oficio No. DIP/0376/2019

C. Viviana Janeth Aceves Chávez
Candidata al Grado de Maestra en
Ciencias en Salud Pública UNICACH
Presente

En virtud de que se me ha hecho llegar por escrito la **opinión favorable** de la Comisión Revisora que analizó su trabajo terminal denominado **"Frecuencia y caracterización de los problemas de salud mental en la población atendida en la Unidad de Atención "San Agustín" de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México (2012-2018)"**, y que dicho trabajo cumple con los criterios metodológicos y de contenido, esta Dirección a mi cargo le **autoriza la impresión del documento** mencionado, para la defensa oral del mismo, en el examen que Usted sustentará para obtener el **Grado de Maestra en Ciencias en Salud Pública**.

Se le pide observar las características normativas que debe tener el documento impreso y entregar en esta Dirección un tanto empastado del mismo.

Atentamente

"Por la Cultura de mi Raza"


Dra. Magnolia Solís López
Directora



DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN
Y POSGRADO



C.c.p. Expediente
*MSL/frags

Ciudad Universitaria. Lib. Norte Poniente núm. 1150
Colonia Lajas Maciel, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México
C.P. 29039 Tel: (01 961) 61 70 440 Ext. 4360
investigacionyposgrado@unicach.mx

Agradecimientos:

A Dios

Por siempre guiar mi camino y bendecir todos los días de mi vida con el amor de mis padres, hermanos, esposo e hijos, gracias a ellos que son mi motivación, pude emprender esta etapa en mi vida.

A mis padres y hermanos

Por ser mi familia nuclear y apoyarme en todo momento con sus palabras de aliento, por estar al pendiente de mis hijos, pero sobre todo por el amor que siempre me han brindado.

A mi esposo

Por brindarme la confianza, el amor, comprensión y respeto hacia mi carrera profesional, sabiendo, que es una de las metas más importantes en mi vida, vivir para servir.

A mis hijos

A José Antonio mi hijo mayor, que a su corta edad supo entender que mis ausencias eran para superarme, que siempre y en todo momento me recibía con los brazos abiertos.

A Emmanuel Enrique, gracias a su entrega, amor y energía, terminé lo iniciado.

A mi maestro

Dr. Juan Carlos Nájera Ortiz. Por su gran apoyo, paciencia y motivación para la culminación de mis estudios profesionales y a la elaboración de esta tesis.

Índice

Abreviaturas	1
Resumen	2
CAPÍTULO 1	3
1. Planteamiento del problema	4
CAPÍTULO 2	8
2. Justificación	9
CAPÍTULO 3	11
3. Revisión de la literatura	12
3.1 Elementos para entender la salud mental	12
3.1.1.Delimitación conceptual	12
3.2 La salud mental en México	17
3.3 Relación entre enfermedad mental y enfermedad física	19
3.4 Calidad de vida y Autodeterminación en salud mental	20
3.5 Los modelos de atención a la salud mental	22
3.6 Factores asociados a las enfermedades mentales	23
3.7 La epidemiología de la salud mental en México	29
CAPÍTULO 4	33
4. Objetivos	34
4.1 Objetivo general	34
4.2 Objetivos específicos	34
CAPÍTULO 5	35
5. Metodología	36
5.1 Diseño del estudio	36
5.2 Descripción del área de estudio	36
5.3 Población	37
5.4 Selección de las unidades de estudio	37
5.5 Variables	38
5.6 Proceso de recolección de datos	39

5.7 Plan de análisis de los resultados.....	39
5.8 Aspectos técnicos.....	39
CAPÍTULO 6	40
6. Resultados	41
6.1 Descripción de la población estudiada.....	41
6.1.1 Descripción de las variables sociodemográficas	42
6.1.2 Descripción de las variables clínicas.....	43
6.2. Asociación entre la frecuencia de salud mental y las variables de tipo sociodemográficas y clínicas de la población de estudio.....	45
CAPITULO 7	46
7. Discusión.....	47
CAPITULO 8.....	52
8. Conclusiones.....	53
Referencias Bibliográficas.....	56

Abreviaturas

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades

DGIS: Dirección General de Información en Salud

DSM-V: Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, ed.5

EPI-INFO: Es un software estadístico para epidemiología desarrollado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades(CDC)

EVC: Enfermedad Vascul ar Cerebral

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PAE: Programa de Acción Específico

UNICACH: Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas

SINAIS: Sistema Nacional de Información en Salud

SSA: Secretaría de Salud

RESUMEN

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, capaz de hacer una contribución a su comunidad, brindando estabilidad a la sociedad. **Objetivo:** determinar la frecuencia de problemas de salud mental y su relación con factores socio-demográficos y clínicos en adultos consultantes de la Unidad de Atención a la Salud Mental “San Agustín” en la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, durante el periodo 2012-2018. **Metodología:** la información se recabó en el servicio de consulta externa la Unidad de Atención a la Salud Mental “San Agustín”, Ubicado en Carretera Villa-Flores km 8.5, Col. el jobo de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México. La Unidad es de segundo nivel de atención, anualmente atienden en promedio a 6,000 pacientes con padecimientos psiquiátricos. **Resultados:** en el periodo del 2012-2018, la Unidad de Atención en mención reportó la atención de 4,612 personas con diagnóstico de algún tipo de trastorno mental, 2305 (50%) son mujeres, con un promedio de edad de 38.5 años, por lo que más de la mitad (51.7%) se encontraba entre los 18 y 39 años. Los trastornos más frecuentes fueron: los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y de esquizofrenia, las variables asociadas a la frecuencia de estos trastornos fueron: antecedentes familiares con enfermedad mental, sexo, grupo de edad y consumo de drogas ilícitas y consumo de alcohol. **Conclusión:** los resultados del estudio concuerdan con los realizados en México y otros países, donde se indica que una de cada seis personas sufrirá un problema de salud mental, que podría requerir atención médica especializada, resaltando los trastornos del estado de ánimo como el de mayor frecuencia. Esta investigación también indica, que la ausencia de datos e información adecuada sobre los trastornos mentales en la mayor parte de los países; impide formular políticas y planes apropiados con líneas de base y metas bien definidas. Para atender y proporcionar la atención adecuada a estos pacientes.

CAPÍTULO 1

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. Planteamiento del problema

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, capaz de hacer una contribución a su comunidad, brindando estabilidad a la sociedad (SSA, 2000).

La dimensión positiva de la salud mental, se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (OMS, 2001).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, edición 5, (DSM-V), explica que el trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes. Los más comunes son los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, la conducta alimenticia, los psicóticos y los de la personalidad (American Psychiatric Association, 2014). Los trastornos mentales se consideran un problema de Salud Pública a nivel mundial; Por ejemplo, se estima que para el año 2020 la depresión ocupará el segundo lugar como padecimiento incapacitante en el mundo (Murray, 2007).

Para el caso de México, el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (Gobierno de la República, 2013) y el Programa Sectorial de Salud (Gobierno de la República, 2013), establecen de manera prioritaria que las instituciones del Sistema Nacional de Salud y la sociedad en su conjunto dentro de la meta nacional “México Incluyente” la estrategia es “Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud”, con el propósito de alcanzar el objetivo de asegurar el acceso a los servicios de salud (Gobierno de la República, 2013).

En este sentido, un país que presente serios problemas en la salud mental de sus habitantes tendrá dificultades para avanzar en un Plan Nacional de Desarrollo, del uso

de sus riquezas y del bienestar de sus habitantes. Tal y como se mencionó, los gobiernos integran Sistemas Nacionales de Salud, que dan atenciones a la población para mejorar sus condiciones de vida y desarrollo, disminuyen los impactos mortales de las enfermedades, previenen hábitos nocivos que ayudan a una mejor calidad de vida, investigan las características de las enfermedades y procuran llevar a la mayoría de la población, atención suficiente y adecuada (SSA, 2000).

Cabe mencionar, con base en lo expuesto, que cuando se habla de salud, la palabra generalmente remite a la prevención y atención de las enfermedades, o a las circunstancias que atentan contra la integridad física y biológica del individuo. Esto conlleva, que la gran mayoría de acciones, programas, recursos e infraestructura se encuentren encaminados a atender este aspecto. Así, como el bienestar físico, el mental tendría que ser una prioridad, razón por la que el tema de la salud mental requiere un plan específico por cada país, estado y sobre todo regional (OPS, 2014).

Existen diversas iniciativas y experiencias en distintos países que aplican estrategias de integración y constituyen modelos de buenas prácticas, sistemas de salud como los de Argentina aplica un modelo basado en la promoción de la salud, los cuidados, la prevención, atención y rehabilitación psicosocial. Un abordaje comunitario, integral, interdisciplinario e intersectorial centrado en las personas, y que entiende la complejidad de los procesos de salud – enfermedad – atención – cuidados, en el ámbito territorial donde los colectivos sociales desarrollan su vida cotidiana; así asume que las problemáticas de salud mental son complejas y multidimensionales produciendo en el marco un proceso de determinación social (DGIS y SINAIS, 2018).

En relación a lo citado en el párrafo anterior, en México este tipo de estrategias no se contemplan en ningún programa de salud, aunado a que la realidad social cambia de estado a estado debido a diferentes factores. Para el caso particular del estado de Chiapas, se caracteriza por la dispersión poblacional en las diferentes regiones que lo conforman, así como por su diversidad cultural, con ello, la cosmovisión de gran parte de su población, los usos y costumbres. Situaciones que a la vez, han minimizado la importancia de la salud mental dando prioridad a la salud física, ya que los padecimientos de índole psicoemocional o mental por muchos años han sido atribuidos a causa diferentes, llámese falsas creencias, moralismos, misticismos o supersticiones; prontamente transformadas en tabúes; es decir, la desinformación acerca de los

trastornos mentales han sido por mucho, el principal impedimento para la búsqueda de atención oportuna de los diferentes padecimientos.

Ahora bien, recordemos que cada persona posee un núcleo central comúnmente denominado familia y está es la célula principal de la sociedad; los individuos para su pleno y óptimo desarrollo en la sociedad deben de encontrarse emocionalmente estables, lo que trae consigo un mejor desempeño en cualquier área y en consecuencia una sociedad más equilibrada e integrada, en este sentido la información y eliminación de tabúes a través de campañas intensas y constantes para la población en general debe ser pilar fundamental para la generación de conciencia y creación de una cultura en pro de la salud mental, ya que sin salud mental no hay salud real, de ahí la importancia de la salud mental en Chiapas, una vez alcanzada esta meta se podrá dar las herramientas necesarias a la población para la detección y atención de los diferentes padecimientos y podrá ser común recibir tratamiento.

En este sentido, para los servicios a las enfermedades psiquiátricas, el estado de Chiapas únicamente ofrece una unidad de atención a la salud mental llamada “San Agustín”, que atiende a toda la población chiapaneca, haciendo alusión a un amplio espectro de patologías, problemas psicológicos y comportamentales, dentro de los que se incluyen los trastornos que cumplen criterios diagnósticos formales y bien establecidos, según la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (p.ej. episodio depresivo mayor, fobia, etc.), así como los llamados problemas menores, como la presencia de síntomas inespecíficos (p.ej. angustia, tristeza, etc.) y los problemas psicosociales (p.ej. problemas legales, en las relaciones familiares, etc.) (Dilling, 1993).

En la actualidad es cotidiano que las personas asistan voluntariamente a centros de salud u hospitales para atenderse por alguna enfermedad que le afecte físicamente o simplemente para un chequeo general ya que estos intervienen inmediatamente en su desarrollo diario, sin embargo habitualmente cuando se sienten tristes o desesperanzados por citar un ejemplo, no es común que las personas acudan voluntariamente a un centro de atención a la salud mental o busquen apoyo psicológico y/o psiquiátrico, ya que usualmente un padecimiento emocional tiende a ser minimizado relacionándolo a la vida diaria, dando mayor valor a lo que se hace que lo que se siente, los efectos emocionales y consecuencias de esta minimización traen consigo el diagnóstico tardío a padecimientos y patologías de carácter psicoemocional,

detectándose en el mejor de los casos por un profesional de la salud que posteriormente derivara al individuo para su tratamiento; por otro lado tenemos los padecimientos que se presentan desde el nacimiento o infancia los cuales no son detectados a tiempo por los padres; en otras ocasiones pueden ser detectados pero atribuidos a otras causas sin dar atención debida, esto precisamente se debe a la falta de información de los tipos de enfermedades mentales, sus síntomas o manifestaciones y en general a la poca cultura de salud mental entre la población de nuestro estado.

Con el planteamiento anterior para este trabajo de investigación se parte fundamentalmente de dos aspectos que son necesarios resaltar.

¿Cuáles son los problemas de salud mental por la que la población chiapaneca asiste a solicitar atención a la unidad de atención a la salud mental San Agustín?

¿Cuáles son las características de las personas con diagnóstico de un tipo de trastorno mental que es atendido en la unidad de atención a la salud mental San Agustín?

CAPÍTULO 2

JUSTIFICACIÓN

2. Justificación

La salud mental de los individuos es un factor condicionante y predisponente en su comportamiento como persona y parte de un grupo social que determina la conducta y adaptabilidad a las circunstancias en donde se encuentre para poder enfrentar acontecimientos de la vida diaria elevando su resiliencia y desarrollando sus capacidades, para solucionar aquellas situaciones que expongan a riesgos en la salud y estabilidad emocional (SSA, 2000).

En el mundo, desde la década de los 70's hasta ahora se han llevado adelante reformas en la atención psiquiátrica cuyos ejes centrales han sido el proceso de desinstitucionalización y creación de alternativas de atención en la comunidad, especialmente para aquellos pacientes con trastornos mentales severos, que presentan una evolución crónica incapacitante (Alvarado, 2007).

Actualmente, la preocupación por los problemas de salud mental ha aumentado considerablemente a escala mundial debido al impacto que representan en el ámbito individual, familiar, social y al coste económico que suponen para los sistemas de salud (Escandón-Carillo, 2000).

La salud mental es un fenómeno complejo determinado por múltiples factores sociales, ambientales, biológicos y psicológicos, e incluye padecimientos como la depresión, la ansiedad, las demencias, la esquizofrenia, y los trastornos del desarrollo en la infancia, algunos de los cuales se han agravado en los últimos años (Sepúlveda, 1998).

Los problemas de salud mental constituyen indiscutiblemente una tarea cada vez más importante de la salud pública en el mundo. La OMS calcula que 450 millones de personas sufren actualmente de trastornos mentales. El impacto de las enfermedades mentales, tanto para la persona afectada como para sus familiares y la sociedad en general, es muy alto, no solo en términos emocionales, sino también financieros. Se estima que el gasto ocasionado por estos trastornos puede equivaler a 3–4% del producto nacional bruto de los países desarrollados. Una gran parte del ausentismo y de la disminución del rendimiento laboral, así como del aumento en el número de accidentes, enfermedades físicas y muertes prematuras, se relaciona con los trastornos mentales (OMS, 2001).

En efecto los problemas de la Salud Mental afectan a la sociedad en su totalidad y no sólo a un segmento limitado o aislado de la misma por lo tanto, constituyen un desafío importante para el desarrollo general. No hay grupo humano inmune, empero el riesgo es más alto en los pobres, en los de sin techo, el desempleado, en las personas con poco nivel de escolaridad, víctimas de violencia, los migrantes, refugiados, poblaciones indígenas, mujeres maltratadas y el anciano abandonado.

El estudio planteado ayudará entre otros aspectos a desarrollar un diagnóstico de salud mental en la unidad de atención a la salud mental, que tiene el propósito de orientar la programación de los recursos y las prestaciones del sistema para la detección, el tratamiento y la rehabilitación de las personas con trastornos mentales, así como actividades de promoción y de prevención, según el nivel de resolución.

Por otra parte, la investigación contribuirá a contrastar con estadística en Chiapas aportando datos sobre la necesidad de desarrollar programas de salud mental adecuándolos a cada particularidad de los municipios del Estado.

Este documento pretende dar un panorama de la salud mental como problema de salud pública en nuestro estado, haciendo una recopilación de diversas fuentes para poder tener una visión más global, actualizada y accesible.

CAPÍTULO 3
REVISIÓN DE LA LITERATURA

3. Revisión de la literatura

3.1 Elementos para entender la salud mental

3.1.1. Delimitación conceptual

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental se refiere al “bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y, en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación” (Escandón-Carrillo, 2000).

Y, ¿cómo se llega a ese estado de bienestar? Pues, sigue siendo absolutamente vigente la célebre definición de Sigmund Freud de la salud mental como la capacidad de amar, de trabajar y de jugar (Zuckerfeld, 2002).

La capacidad de amar se refiere a la posibilidad de poder establecer relaciones auténticas e íntimas con otras personas donde se puede dar y recibir afecto sin excesivo miedo. La capacidad de trabajar se refiere a la posibilidad de sentirse generativo, de sentir que lo que uno hace tiene sentido, de tener un cierto orgullo en las tareas que uno desempeña. La capacidad de jugar se refiere a la posibilidad de disfrutar de la actividad simbólica, al nivel que sea, y de poder disfrutar con otros en ese tipo de actividades.

Los psicoanalistas en Madrid dividen estas 3 grandes capacidades generales en otras 12 categorías de funcionamiento psicológico más detalladas, dentro de ellas encontramos y resumimos 10 categorías. Se debe entender que estas categorías son dimensionales, interrelacionadas y que diferentes personas tendrán más de unas que de otras (Segal, 1999).

1. Apego seguro: en el apego seguro aparece ansiedad de separación y reaseguramiento al volver a reunirse con el cuidador. Se interpreta como un Modelo de Funcionamiento Interno caracterizado por la confianza en el cuidador, cuya presencia le conforta (Fonagy, 2004).

Las personas con estilo de apego seguro son capaces de usar a sus cuidadores como una base segura cuando están angustiados. Saben que los cuidadores estarán disponibles y que serán sensibles y responsivos a sus necesidades.

2. Autonomía: para Carol Ryff es la capacidad que tienen las personas para establecer sus propias normas y regirse en base a ellas para tomar sus propias decisiones, sin embargo en psicología se describe como aquella capacidad que tenemos las personas de sentir, pensar y tomar decisiones por nosotros mismos; abarcando distintos elementos que refieren la autogestión personal.

Según el modelo de bienestar de, cuando su nivel es óptimo somos capaces de resistir ante presiones sociales, regula nuestra conducta y se autoevalúa con sus propios criterios, siendo independiente y con determinación.

En cambio, cuando su nivel es bajo presentamos una baja asertividad, no mostramos preferencias, nuestra actitud pasa a ser sumisa y complaciente y presentamos indecisión.

Siguiendo este modelo, para conseguir un grado alto de autonomía deberemos ser capaces de desplegar una fuerza mayor para resistir a la presión social e incluso a nuestros propios impulsos.

3. Identidad: por identidad se entiende las características que posee un individuo, mediante las cuales es conocido. Sin desconocer los aspectos biológicos que la conforman, buena parte de la identidad personal la formamos a partir de las interacciones sociales que comienzan con la familia, en la escuela y con la gente que se conoce a lo largo de la vida. La identidad así construida va a influir en la manera como actuamos en el mundo (Páramo, 2013).

4. Resiliencia: la resiliencia es entendida como el proceso que permite a ciertos individuos desarrollarse con normalidad y en armonía con su medio a pesar de vivir en un contexto desfavorecido y de privado socioculturalmente y a pesar de haber experimentado situaciones conflictivas desde su niñez (Luthar y Cicchetti, 2000; Werner, 1984). No se trata solamente de un concepto que se añade a los ya conocidos, sino que supone la confirmación de una perspectiva más dinámica, interactiva y global del desarrollo humano y de los procesos relativos a la salud mental y la adaptación social (Guasch y Ponce, 2002).

5. Autoestima: la autoestima es, al fin y al cabo, una faceta de la personalidad: la actitud valorativa que una persona tiene hacia sí mismo, o el componente afectivo de la actitud hacia uno mismo, que puede ser básicamente de aprecio y respeto o de menosprecio y rechazo, favorable o desfavorable (Rosenberg, 1965). Expresa los aspectos valorativos de la identidad personal, siendo recogidos los aspectos perceptivos del sí mismo en el constructo cercano de “autoconcepto” (Moreno, 2007).

6. Un sentido de los valores: Rokeach (1962) define los valores, desde la perspectiva psicológica del valor, como creencias o principios que orientan la vida, resisten al cambio, que se encuentran localizados en el centro del sistema global de creencias de un individuo. Son ideales abstractos, positivos o negativos, independientes de cualquier objeto o situación específica, que representan las creencias de una persona sobre los modos deseados de conducta y sobre los fines últimos a alcanzar. El sistema de creencias está conformado, además, por un número mayor de creencias consideradas periféricas, que son progresivamente más variables y específicas. Estas, junto con las creencias centrales o valores, se organizan en forma jerárquica, constituyendo un sistema funcionalmente interconectado. Los valores se clasifican, según Rokeach (1962), en dos grandes grupos: valores terminales y valores instrumentales. Los primeros se refieren a las metas que una persona quiere lograr durante su vida, alcanzables a “largo plazo”, de mayor estabilidad y permanencia; algunos de ellos son: amistad verdadera, amor maduro, dignidad, sabiduría, seguridad familiar. Los valores instrumentales se refieren a los modos de comportamiento o los medios pertinentes para el logro de los valores terminales; entre ellos encontramos: alegría, responsabilidad, perdón, valentía y cortesía.

7. Regulación y tolerancia de afectos y pensamientos: Shaver y Mikulincer (2002a), realizan una recopilación de una serie de investigaciones en relación con estilos de apego y estrategias de regulación afectiva. Señalan que individuos con apego seguro se sienten menos amenazados por información potencialmente estresante, pueden experimentar, expresar y autorevelar verbalmente emociones, y no llegan a estar perdidos en una escalada de preocupaciones y memorias negativas. Buscan apoyo cuando se encuentran bajo estrés y utilizan medios constructivos de afrontamiento; sienten comodidad al explorar nuevos estímulos, son menos hostiles a miembros de otros grupos y más empáticos hacia personas que lo necesitan. Los sujetos evitativos se caracterizan por realizar una desactivación de estrategias, incluyendo una exclusión defensiva de pensamientos y recuerdos dolorosos, no reconocimiento de su propia hostilidad, segregación de los sistemas mentales y disociación entre los niveles consciente e inconsciente de respuesta. Por último, individuos ansiosos exhiben una variedad de efectos compatibles con la noción de la hiperactivación de estrategias, incluyendo rápido acceso a recuerdos dolorosos, propagación automática de la emoción negativa desde un incidente recordado a otro, y un cierre cognitivo paradójico en respuesta a la inducción de afecto positivo. Su inhabilidad para regular recuerdos emocionales negativos, es compatible con la constante preocupación en que permanecen; a menudo pueden llegar a estar perdidos en recuerdos emocionales negativos (Shaver y Mikulincer, 2002a).

8. Introspección: de acuerdo a estudios realizados por Alfred Binet a finales del XIX, declara textualmente que: “el método introspectivo designa una auto-exploración que realiza el sujeto sobre sí mismo. Es una búsqueda de consciencia sobre su cuerpo y su estado mental basada en reflexión”.

Acompañado de una percepción interna en la que el sujeto puede llegar a ser consciente de forma inmediata de sus propios estados emocionales mediante su capacidad reflexiva. La capacidad reflexiva aparece también cuando el sujeto recuerda, apela la memoria y en este caso se le denomina introspección de tipo retrospectiva.

9. Mentalización: se ha denominado como mentalismo clásico (tanto el empleado en la filosofía moderna como el de tipo científico) al que se ha utilizado como método idóneo para acceder al universo emocional y psíquico.

De esta manera, desde el psicoanálisis de Sigmund Freud sería un método de introspección retrospectiva, y desde la psicología experimental, de acuerdo el psiquiatra e hipnotista Wilhelm Wundt, la define como como un “medio reflexivo de autoconocimiento para explicar la etiología de las vivencias actuales”.

10. Capacidad de duelo: el duelo no se considera como un trastorno mental, si no como un proceso doloroso e inesperado en respuesta ante cualquier pérdida, de un ser querido, de un empleo, de un pareja o cualquier otra pérdida significativa. De esta manera, Desde el duelo, el luto y el sentimiento de pérdida, son términos que se refieren a las reacciones psicológicas de los que sobreviven a una pérdida significativa.

A pesar de no ser un trastorno mental las consultas por duelo ocurren con frecuencia en la práctica clínica, lo que hace necesario que el personal de salud esté preparado para la atención de este tipo de situaciones.

Flórez (2002) declara que: “El duelo es el sentimiento subjetivo provocado por la muerte de un ser querido. Suele utilizarse como sinónimo de luto, aunque en sentido estricto, el luto se refiere al proceso mediante el cual se resuelve el duelo, a la expresión social de la conducta y las prácticas posteriores a la pérdida. El sentimiento de pérdida es el estado de sentirse privado de alguien a consecuencia de la muerte. En general, es preferible hablar del luto para referirnos a los aspectos y manifestaciones socioculturales y socio religiosas de los procesos psicológicos del duelo y reservar el término de duelo y procesos de duelo para los componentes psicológicos, psicosociales y asistenciales del fenómeno”.

3.2 La Salud Mental en México

En el programa de acción específico 2007-2012 en salud mental, nos da la referencia y panorama a nivel Internacional y Nacional, donde los cálculos aproximados de la OMS sobre la carga mundial de morbilidad correspondiente a las personas de 15 a 44 de edad indican que los trastornos mentales y del comportamiento representan cinco de las diez principales cargas de morbilidad.

Los trastornos entre los que figuran la depresión, los trastornos relacionados con el consumo del alcohol, las autolesiones, la esquizofrenia y el trastorno bipolar que están tanto en los países industrializados como aquellos países en desarrollo.

Datos importantes a destacar es la importancia de que las repercusiones económicas y sociales son las más relevantes: Los gastos en servicios de salud y sociales y la pérdida de producción debida a las altas tasas de desempleo entre las personas con trastornos mentales y sus familias son algunos de los costos más evidentes.

A nuestros días sabemos que ya se pueden tratar y gestionar y en muchos casos prevenir la mayoría de trastornos, las estrategias son más eficaces y de intervención al respecto.

En el análisis de Servicio de Investigación y Análisis, de la División Política Social, respecto a La Salud Mental en México, podemos observar y mencionar los rubros que considera las necesidades básicas del ser humano se encuentra la salud, es por ello que gobiernos, comunidades, familias y personas se preocuparan siempre por conservar y mantener niveles óptimos o “saludables”.

El argumento desemboca en las necesidades básicas: “puesto que la sobrevivencia física y la autonomía personal son precondiciones de cualquier acción individual en cualquier cultura y constituyen las necesidades humanas más básicas (aquellas que deben satisfacerse en algún grado antes que los actores puedan efectivamente participar en su forma de vida buscando alcanzar otras metas)” (Scheler, 2001).

La salud mental incluye un doble componente: el de nuestro bienestar como individuos, que se centra en el componente psíquico, y el de nuestro bienestar en las relaciones con los demás, que se centra en el componente social. De todas formas, es necesario tener en cuenta que ambos aspectos están muy relacionados. Es evidente que nuestro bienestar individual tiene mucho que ver con las relaciones que establecemos con las personas con las que compartimos nuestro día a día. De manera integral “la salud mental sigue siendo un área ignorada de la atención de salud proveniente del estigma, de los limitados recursos asignados y de la centralización de la atención de la salud sea en grandes hospitales psiquiátricos, desactualizados e ineficaces” En el documento del Comité Regional de OMS, en el 2001 en los siguientes párrafos esta enmarcados los siguientes pasos para lograrlo:

1. Consiste en reducir gradualmente la atención prestada en hospitales psiquiátricos.
2. Desarrollar paralelamente los servicios de salud mental en la comunidad.
3. Integrar los servicios de salud mental en la atención de salud general.

Esto debe hacerse en varios frentes: Educación de los profesionales con los agentes de salud, cierre de las instituciones psiquiátricas que perpetúan el estigma, prestación de servicios de salud mental en la comunidad y aplicación de leyes para proteger los derechos de los enfermos mentales.

3.3 Relación entre enfermedad mental y enfermedad física

Esta relación es muy estrecha ya que existe una gran variedad de enfermedades médicas que dan como resultado trastornos mentales claramente identificados y a los que se han denominado secundarios.

Son numerosas las enfermedades médicas que generan trastornos mentales en individuos susceptibles. Ejemplo de esto es la alta proporción de pacientes diabéticos, padecimiento que tiene una prevalencia del 10% en la población y que provoca trastornos depresivos y cambios de personalidad secundarios al procedimiento médico. También, más de 50% de pacientes con enfermedad vascular cerebral (EVC) presentan trastornos mentales, principalmente alteraciones del estado de ánimo (SSA 2007).

En investigaciones en comorbilidad plantea el debate entre los que están a favor de la división descriptiva de los trastornos mentales en unidades cada vez más pequeños (más especificados) y los que favorecen la investigación en conjunto de los trastornos mentales. Además, la existencia de comorbilidad tiene implicaciones en la selección de la muestra de pacientes ya que seleccionar casos puros no permite la generalización de los resultados.

A su vez un marcador para un trastorno se puede atenuar en una muestra que incluya comorbilidad pues no se podría establecer si el marcador se relaciona con un trastorno en particular. Diferentes estudios han descrito las implicaciones que tiene la comorbilidad en el curso, pronóstico, tratamiento y costos de una determinada patología, las cuales se reflejan en la tendencia a un curso crónico, peor pronóstico y pobre respuesta al manejo. Un hallazgo importante en los pacientes con comorbilidad es que buscan más

ayuda profesional psiquiátrica que los pacientes con un solo trastorno, lo cual puede estar asociado a mayor severidad de los síntomas, o mayor compromiso de su funcionamiento social.

3.4 Calidad de vida y autodeterminación en salud mental

Calidad de vida y autodeterminación, son dos conceptos que, en los últimos años según Escandón Carrillo, han sido objeto de numerosos estudios para encontrar la relación que guardan entre sí. Esto con el fin de mejorar las condiciones de vida de los enfermos mentales y sus familiares, así como impactar en las prácticas innovadoras en salud mental.

El término "calidad de vida" apareció en el año 1975 y, aunque los orígenes de este concepto se sitúan en el ámbito de la medicina, el interés por él se ha extendido a otras disciplinas, como la sociología y la Psicología (Ximénes, 2004), por su parte, el concepto de autodeterminación, se utilizó inicialmente en la evaluación de programas como principio de garantía de bienestar y calidad de vida.

De esta manera, a partir de la década de los años 90 se produjo un notable aumento de los estudios que incorporan los dos conceptos (Revicki, 1998), lo que de manera paulatina contribuyó a un cambio paradigmático en el modelo de atención prestado a las personas con algún tipo de trastornos psicológicos crónicos, el cual se había iniciado ya en décadas previas.

En los últimos años se ha empleado como una dimensión importante dentro de los programas de rehabilitación psicosocial. Así, la atención en salud mental se centró más en los usuarios y familiares, y menos en los profesionales (Verdugo, 2002).

Según Lehman y colaboradores (1982) y Lehman (1986), el concepto de calidad de vida comenzó a utilizarse como factor clave para el buen desarrollo de los procesos de reforma y desinstitutionalización, debido a la necesidad de diseñar y disponer de una amplia y diversificada red de recursos comunitarios, tanto de atención psiquiátrica como de rehabilitación y apoyo social. De esta manera, la mejora de la calidad de vida promueve el mantenimiento e integración en la comunidad de estos enfermos, así como su autonomía

Por su parte, la autodeterminación se ha convertido en las últimas décadas en un tema de gran actualidad. La participación del usuario en los centros de atención mental y el papel que puede desempeñar en los programas de rehabilitación de tipo psicosocial es un claro reflejo de la mejora en la calidad de los servicios.

Tal y como ya se mencionó, el concepto de calidad de vida en los últimos años su uso pasa a fundamentarse en modelos de tipo teórico con muchas dimensiones que permiten abordar una investigación con mayor complejidad (Oliver et al, 1996). De los cuales, la mayoría se desarrollaron en la década de los años ochenta, pero pocos incluyen el elemento “autodeterminación” como una dimensión importante. De esta manera y de acuerdo con la revisión llevada a cabo por Angermeyer y Kilian (1997), se destacan tres modelos en el ámbito de la salud mental que incluyen algunos aspectos relacionados con esta dimensión:

a) El modelo de satisfacción, desarrollado por Lehman, Ward, y Linn (1982) y por Baker e Intagliata (1982), para quienes la calidad de vida como concepto se incluye dentro de sus componentes las características de tipo personal, las condiciones objetivas de vida y la satisfacción que se pueda tener con esas condiciones de vida.

b) El modelo combinado de “importancia/satisfacción”, es donde se incorpora tanto la satisfacción subjetiva del sujeto, como la evaluación de la importancia que las dimensiones de vida tienen para la persona en cuestión (Becker et al, 1993). Este modelo defiende que las personas difieren en sus valores individuales y preferencias (Hagner et al, 1996), y considera que las condiciones objetivas de vida afectan de forma diferente a la calidad de vida subjetiva; y

c) El modelo del funcionamiento del rol, que plantea que la felicidad y la satisfacción están relacionadas con las condiciones sociales y ambientales requeridas para cubrir las necesidades humanas básicas (Bigelow et al, 1982). Este modelo jerárquico sugiere que las necesidades psicológicas de rango superior, surgen cuando las necesidades básicas (especialmente, “seguridad”), están cubiertas (Maslow, 1954).

3.5. Los modelos de atención a la salud mental

En el campo de la salud mental y que respecto del modelo de atención se condensan sintéticamente en las siguientes: modelos custodiales, modelos clínicos, modelo rehabilitador y modelo de recuperación. El Dr. Rafael Sepúlveda (2013), presenta esta manera de categorizar los modelos y el considera un modelo como “modelo de atención en salud la forma en que se organizan los recursos sociales, especialmente los sanitarios, para enfrentar determinado problema de salud”, en los que se encuentran juicios y valoraciones desde la génesis, la expresión clínica, curso, pronóstico de la enfermedad, subraya tanto los juicios y valores de la persona humana, sus deberes y derechos, con su estructura en el orden social, las obligaciones de la sociedad.

Para comprender y de manera sintética en el modelo custodial; donde la persona es potencialmente peligroso para sí o para otros, por lo cual exige un control y aislamiento especializado, para que evite físicamente la sociedad. Resultado de estos son los manicomios, como la institución en el que se encuentran poblaciones heterogéneas y que van a vivir por el resto de sus vidas ahí, manejadas con escasos criterios médicos y del otro lado un Hospital psiquiátrico, con un enfoque más clínico, pero ofreciéndose como “la respuesta” a las necesidades de atención psiquiátrica, que pasa siempre por la hospitalización.

En el modelo clínico-biológico: se hace hincapié en que la base de la enfermedad es biológica compleja, por lo cual el paciente es necesario que se encuentre en manos de especialistas y tiene que estar también en centros de alta complejidad. Datos de Dr. Sepúlveda (2013) marca que en el siglo XIX surgen médicos alienistas, denominados proto psiquiatras, basados de la biomédica, su base es el descubrimiento de la sífilis terciaria y sus alteraciones, se descubrió su etiología bacteriana.

Después de ello, la psiquiatría se planteó en buscar las bases biológicas y prescindiendo de otras etiologías. Posterior a ello surgieron prácticas cuestionables a la valorización actual de los derechos humanos, entre ellos, el coma hipoglucémico (inducido con el fin de reducir la productividad psicótica), terapia malárica (infectando al paciente con Malaria para reducir su psicoticismo a través de las crisis febriles), y el electroshock.

En el modelo rehabilitador: se enfatiza la rehabilitación y la reintegración del paciente a la sociedad, recuperando sus roles sociales y continuando su desarrollo biográfico. La diferencia con los demás es que evita el aislamiento de por vida, este enfoque, las mismas instituciones pretenden cambiar el sistema custodial a través de la intensa y práctica intervención de la interacción social orientada hacia la rehabilitación. Dentro estas ramas se encuentran la psiquiatría comunitaria, en donde la forma de la institución o institucionalización se reduce, aquí se enfoca en un mínimo la hospitalización y se focaliza a un determinado grupo territorial y con ello generan dos propósitos que es la promoción de la salud mental y la prevención de la enfermedad mental.

En modelo de recuperación o su denominación en inglés *recovery*, radica en una construcción de proyecto de vida con sentido y satisfacción, veremos la trayectoria de vida en otros autores que la denominan así, he aquí la evolución de sus síntomas o problemas resueltos de una manera a través del acercamiento a temas a la salud, la fortaleza y el bienestar.

Una consistencia en la esperanza es fundamental para la recuperación y la persona la experimenta en la medida en que va asumiendo un mayor control sobre su vida y percibiendo cómo otras personas la obtienen. Los procesos de autocontrol son indispensables para estimulación y facilitar herramientas y habilidades que el mismo paciente puede utilizar, la relación en las relaciones de ayuda entre los profesionales y pacientes se alejan del formato experto/paciente y para acercarse de una manera más humanitaria.

Mientras en España se agregan dos más el modelo de la ciudadanía, donde la perspectiva de la salud pública, ha trascendido, donde se reconocen las personas con capacidades diferentes es necesario la inclusión social, tienen derecho a la salud para desarrollar sus potencialidades, y derecho a un autoconstrucción de proyectos de vida, aspiración al bienestar social, autonomía acerca de su salud y capacidad jurídica en la protección de sus derechos.

3.6 Factores asociados a las enfermedades mentales

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 los 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 (Villatoro, 2005).

Hay diferentes factores que pueden intervenir en la persona, podemos observar a grandes rasgos desde un nivel institucional, social y personal, tales como: pobreza, trabajo (personas desempleadas), educación (Bajo nivel educacional), violencia y trauma, mujeres trabajadoras, población rural, niños y niñas en situación de calle, personas con discapacidad, menores farmacodependientes, madres adolescentes, adultos en plenitud, población indígena, población migrante enfermos mentales delincuentes recluidos a continuación se resalta la relevancias de cada una de estos aspectos. Los siguientes aspectos se encuentran en el Sistema de Salud Mental, que incluye un modelo de Atención en Salud Mental, mismo que contempla la creación de nuevas estructuras de atención, que en congruencia con los avances a nivel mundial, busca el definitivo cierre de los hospitales psiquiátricos asilares.

Son la pobreza, trabajo personas desempleadas, educación bajo nivel educacional, violencia y trauma, mujeres trabajadoras, población rural, niños y niñas en situación de calle, personas con discapacidad, menores farmacodependientes, madres adolescentes, adultos en plenitud, población indígena, población migrante y enfermos mentales delincuentes recluidos. Son los principales factores de que se encuentran en los estudios realizados desde revisiones de investigación, hasta la planeación de programas de salud, por lo cual de una manera extensiva y analítica se presentan los siguientes rubros y categorías:

Pobreza: encuestas han demostrado que las familias pobres tienen una mayor prevalencia de depresión y trastornos de ansiedad; los niños que viven en la pobreza se encuentran más expuestos a enfermedades médicas, estrés familiar, apoyo social inadecuado y a la depresión de los padres (Meltzer y Harris, 1990). Las características tradicionales de la pobreza tales como la nutrición deficiente, carencia de servicios básicos, acceso limitado a los servicios básicos, educativos y de salud, pueden repercutir

de manera directa en las condiciones de vida de los individuos, sus familias y de la sociedad en general.

Trabajo: (personas desempleadas): Según Bolton y Oakley (1987), Kessler y colaboradores (1989) y Simón y colaboradores (2000), las características de una depresión aparecen más en personas que perdieron su trabajo o en su caso no encuentran, por lo cual están en un doble riesgo.

La Educación: desde los resultados de diferentes estudios realizados, la prevalencia de trastornos mentales encuentra asociación con el bajo nivel educacional, esto aunado a la situación laboral, ya que también puede determinar el acceso a muchos trabajos de tipo profesional, incrementando la vulnerabilidad e inseguridad, lo cual contribuye al mantenimiento de un capital social disminuido (Patel y Kleinman, 2003).

Violencia y trauma: Ionescu (1994) menciona que el trinomio formado por pobreza, violencia y abuso se presenta con mucha frecuencia en diferentes comunidades, afectando el bienestar mental general.

Mujeres trabajadoras: el incremento de mujeres incorporadas al mercado laboral remunerado va en aumento, provocando una doble carga para las mujeres, por lo que en la que además de cumplir con las labores del hogar, contribuyen en mayor grado de manera económica al hogar, traduciéndose en un considerable incremento en las tensiones tanto sociales como individuales con el consecuente aumento en la incidencia de la problemática mentales en este grupo poblacional Nussbaum (2002).

Rural: de acuerdo a lo citado por Burín (1996) las características de la vida rural en México y que se comportan como factores que favorecen la prevalencia de pacientes mentales son: la falta de oportunidades de trabajo, la falta de infraestructura básica, de servicios de salud, de satisfactores, alimentación deficiente y mal balanceada, oportunidades limitadas para contraer matrimonio fuera del círculo familiar, incrementando los factores genéticos de riesgo, aunados al abuso en el consumo del alcohol, embarazos adolescentes, depresión y limitaciones en el desarrollo de las funciones cerebrales superiores.

Indígena: la característica referente a ser indígena se considera la menos saludable, sus niveles de escolaridad, economía y vivienda son de los menores, La infraestructura en salud es escasa y a veces ausente, por lo que se considera una herencia histórica con este sector, es por parte del gobierno que ha contribuido a su marginación social y el aislamiento, que hace que las comunidades indígenas propensas a padecer enfermedades mentales. En el país están identificados al menos 63 grupos indígenas cuya esperanza de vida al nacer es de 69 años, a diferencia de 74 años en la población nacional. La tasa de mortalidad es 58% más alta entre los niños indígenas, la desnutrición crónica es el principal problema de salud y convierte a los niños indígenas en una población altamente vulnerable a padecer retrasos en el desarrollo físico y mental. Con mayor probabilidad de presentar complicaciones durante el embarazo y que tengan hijos con bajo peso al nacer o prematuros. Para la población con diferencias étnicas y lingüísticas, el racismo y la discriminación también afectan los niveles de salud mental (Forselledo, 2001).

Migrante: Lozano (1997) en una publicación, coloca a México como uno de los principales países considerados expulsores de población, debido a que muchos de sus habitantes buscan opciones de sobrevivencia y para eso tienen que salir de su país. Con ello, este grupo poblacional se expone a diferentes aspectos que afectan su economía y también en el ámbito de lo social desde la residencia, la adaptación, la incertidumbre económica y la preocupación por el abandono de la familia. Mientras los gobiernos no generen una política pública para disminuir o en su caso darle opciones, estas tensiones sociales en los individuos seguirán generando estrés u otro tipo de consecuencias y estas tensiones, son desahogadas a través del consumo de alcohol o de otro tipo de sustancias a las que tienen acceso, así como por caer en conductas de riesgo sexual. Todo esto, con la consecuente repercusión en la salud mental.

Niños y niñas en situación de calle: la OPS-OMS (2016), define que los menores en situación de calle son todos aquellos que dependen o están en condiciones de depender de su propia actividad en la calle para subsistir; de igual modo existen menores que trabajan en la calle para contribuir al ingreso familiar, llamados también niños en la calle.

De esta manera, el aumento en las labores de los niños, es tema ya a nivel mundial y preocupante desde el análisis de sus condiciones de enorme desventaja, pues trabajar para contribuir al ingreso familiar les impide asistir a la escuela; esta falta de preparación

se convierte en un obstáculo para superar, en el futuro, sus precarias condiciones de vida.

Proviene en su mayoría de familia desintegradas y disfuncionales, lo que las convierte en expulsoras de estos niños y posibilitan que el problema se mantenga, ya que estos salen a la calle en busca de mejores condiciones de vida, muchas veces solo para encontrarse con situaciones hostiles, agresivas, opresivas, incomprensivas y en crisis constantes.

Los riesgos de vivir en la calle es que están expuestos al uso de drogas, a la violencia social, al abuso sexual, a la prostitución, a la explotación y a las enfermedades transmitidas por vía sexual; entre las secuelas que esta situación deja en los menores se encuentran el retraimiento emocional, la ansiedad, la depresión y los problemas para relacionarse.

Personas con discapacidad: en el estudio de Xenitidis (2004) “las personas con discapacidad son aquellas que por razones físicas, psicológicas y sociales requieren de mayor apoyo para interactuar con su medio y desarrollar sus potencialidades”, para México también va aunado a un factor de vulnerabilidad, en su conjunto a la pobreza, ya que los servicios son inadecuados y esto produce un sistema de desajustes tanto psicosociales o problemas familiares, los registrados son; analfabetismo, desempleo, mendicidad y problemas económicos graves, todos ellos estresores emocionales importantes.

Menores farmacodependientes: debido a que, en México, el consumo de drogas no es privativo de un determinado grupo social, se constituye como un problema de salud Pública, sin embargo, la relación con la familia de origen es especialmente importante para explicar las variaciones en los índices del consumo de drogas. Los resultados muestran que el vivir en la calle es el factor de riesgo más importante para usar drogas, 56% de los menores que viven en esas circunstancias en comparación con solamente 5% de los que viven en su casa han usado drogas (Pineault ,1987).

La relación de la fármaco-dependencia con otros fenómenos sociales no solo es muy estrecha por las implicaciones legales, laborales culturales e incluso políticas si no que,

además, representa un factor condicionante importante para el desarrollo de enfermedades mentales” (Pineault ,1987).

Madres adolescentes: son muchos los factores que comúnmente se reportan involucrados en el embarazo en adolescentes, Alvarado (2000) menciona los siguientes: falta de información sobre educación sexual y reproductiva, familias disfuncionales, consumo de drogas, reproducción de patrones culturales, falta de oportunidades de desarrollo para los jóvenes y la presencia de problemas mentales como el trastorno por déficit de atención, entre otras.

Cuando una mujer inicia con la maternidad en esta etapa de su vida, se ven claramente reducidas las posibilidades de permanecer en el ámbito escolar o de insertarse en el mercado laboral, es por ello que la mayoría de las madres adolescentes tiene que abandonar sus estudios, sea por cuestiones personales, presiones familiares o por discriminación escolar. Enfrentan situaciones de conflicto, que le significa cambios fundamentales en su condición y las exponen a experiencias de vida con soledad, dolor emocional, intolerancia y tensiones emocionales fuertes que las afectan tanto a ellas como a sus hijos, de esta manera, la salud mental se ve amenazada y fácilmente vulnerable.

Enfermos mentales delincuentes reclusos: en 1988 se reformó la Ley Penal Federal en México y se estableció que ningún enfermo mental debe permanecer recluso por un tiempo mayor que el correspondiente a su conducta, ya que para alguno de estos enfermos la inimputabilidad resultó ser una conducta por tiempo indefinido (Llorente, 1987).

En este sentido y a pesar de que en las prisiones no cuentan con el personal profesional ni la infraestructura para recluir a personas que cometieron un delito y a la vez cursan por problemas de salud mentales, el número de casos en esta situación ha aumentado y, por lo tanto, en la actualidad se considera uno de los problemas de salud mental manejado con menor éxito en el país.

Y esto se explica por una suma de factores, entre los cuales destacan la poca importancia a la salud mental en cuanto a su atención (pocos institutos psiquiátricos), así como la insuficiencia de programas especializados en salud mental.

Adultos en plenitud: las enfermedades degenerativas como las demencias, enfermedad de Parkinson, diabetes mellitus y otras, resultan ser los padecimientos vinculados con los adultos mayores. Alrededor de 45% de los mayores de 65 años no tienen acceso a los beneficios de la seguridad social, lo que es particularmente grave en el caso de las mujeres y las personas mayores del medio rural.

En el adulto en plenitud las pérdidas son paulatinamente y comienza por su empleo, después de una manera social con sus seres queridos, y alejamiento de sus amigos, de la pareja, de sus bienes, de sus capacidades de su salud, lo cual genera en él estado de ánimo depresivo y de aislamiento.

3.7 La epidemiología de la salud mental en México

En la actualidad debemos reconocer que el avance en el conocimiento científico se desarrolló mediante una línea continua en la que hay estadios mentales múltiples e intermedios y grandes sombras en la enfermedad mental; al respecto Javier Saldaña menciona que el enfermo mental es aquella persona que por una causa congénita o adquirida, ha sufrido una alteración en sus facultades mentales o psíquicas (Valle, 2016).

La OMS considera la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El concepto de salud mental implica bienestar personal, independencia, competencia, dependencia intergeneracional y aceptación de la capacidad de crecimiento y realización a nivel emocional e intelectual.

La buena salud mental permite a las personas reconocer sus habilidades, superar el estrés cotidiano de la vida, trabajar de forma productiva y hacer aportaciones a su comunidad. La salud mental mejora la actitud de individuos y comunidades y les permite alcanzar sus propios objetivos.

Uno de los avances más importantes de la psiquiatría moderna ha sido establecer criterios clínicos precisos para definir los lineamientos de diagnóstico para los trastornos mentales, con base en valoraciones clínicas.

Si bien no existen estudios de laboratorio o gabinete capaces de definir o diagnosticar completamente ningún trastorno mental, éstos suelen usarse en algunos casos para

confirmar el diagnóstico o para descartar otros posibles padecimientos por comorbilidad, es decir, la presencia de dos o más enfermedades al mismo tiempo.

En la siguiente tabla 3.1, muestra una breve descripción de las características de los principales trastornos mentales y su prevalencia retomados del Congreso de la Unión sobre temas relacionados con ciencia y tecnología, que son relevantes para legislar y hacer políticas públicas en México (Rentería, 2018).

Tabla 3.1 Características de los trastornos mentales

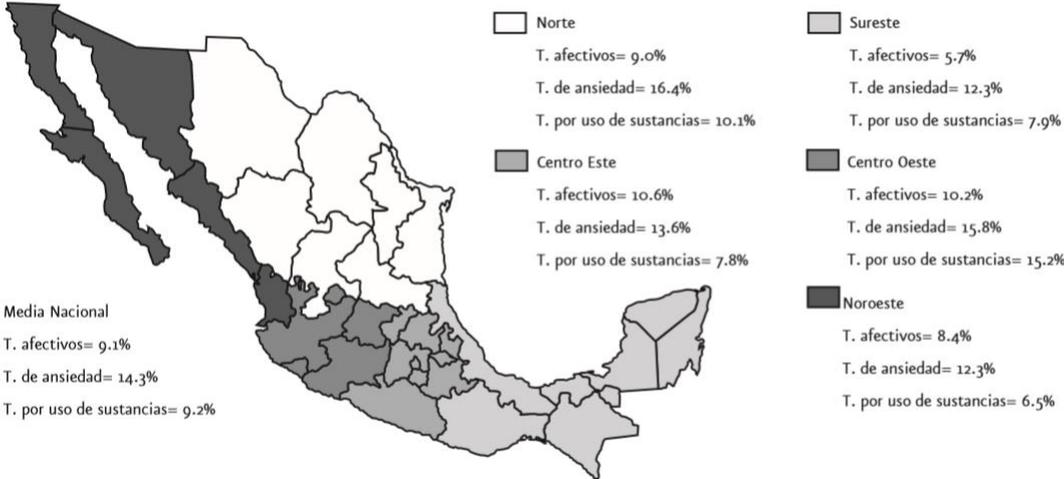
Trastorno	Característica Clínica	Prevalencia Mundial
Trastornos de ansiedad Incluye fobias	Miedo y ansiedad anormales. En las fobias están asociados con la exposición a un detonante específico	28 %
Depresión	Profunda falta de energía y motivación, incapacidad de experimentar placer, humor depresivo, pesimismo, sentimientos de culpabilidad.	17 %
Dependencia y abuso de sustancias (incluye alcoholismo y tabaquismo)	Abuso o dependencia de sustancias, acompañado de episodios de ansiedad durante periodos de abstinencia.	5.20 %
Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad	Niveles de actividad y desatención excesivos, la hiperactividad.	8.0 %
Trastorno bipolar	Fluctuaciones notorias en el humor, el pensamiento, el comportamiento, la energía y la capacidad de realizar actividades de la vida diaria.	2.0 %
Trastorno obsesivo compulsivo	Pensamientos recurrentes e intrusivos, comportamientos repetitivos intencionales sobre los que el individuo no tiene control.	1.6 %
Esquizofrenia	Tiene diferentes formas. Se caracteriza por alucinaciones, delirios e irregularidades en el pensamiento.	1.0 %
Trastornos alimenticios	La anorexia se caracteriza por un rechazo a la comida y un miedo obsesivo a engordar; en la bulimia, los pacientes comen compulsivamente para después emplear conductas compensatorias (uso de laxantes, vómito provocado, etc.)	1.0 %
Autismo	Comunicación e interacción social deficiente; presencia de patrones de conducta o actividad repetitivos y estereotipados; puede ser de leve a severamente limitante.	0.8 %

Tomado: Rentería, 2018.

Del presupuesto en salud en México, sólo se destina alrededor del 2% a la salud mental, cuando la OMS, recomienda que se invierta entre el 5 y el 10%. Además, el 80% del gasto en salud mental se emplea para mantener hospitales psiquiátricos, mientras que se destina muy poco a detección, prevención y rehabilitación, que se encuentra en el Programa de Acción Específico (PAE) en Salud Mental de 2013-2018 del Gobierno Federal publicado en el 2013.

Existe una relación entre trastornos mentales y enfermedades físicas, la aparición conjunta de trastornos mentales y enfermedades crónicas contribuye a que las tasas de mortalidad sean mayores en los pacientes con trastornos mentales que en el resto de la población. Por ejemplo, los pacientes con depresión o esquizofrenia tienen entre un 40 y 60% más probabilidades de morir prematuramente que el resto de la población. Además, esta relación hace que el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes sea más costoso y difícil.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud Mental (SSA, 2013) un 18% de la población urbana en edad productiva (15- 64 años de edad) sufre algún trastorno del estado de ánimo como ansiedad, depresión o fobia. Además, 3 millones de personas son adictas al alcohol, 13 millones son fumadores y hay más de 400 mil adictos a psicotrópicos. Se ha documentado que entre el 1 y 2% de la población adulta ha intentado suicidarse y la tasa de suicidios consumados tiene una tendencia al alza. De acuerdo al Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2012), entre 2000 y 2013, la tasa de suicidios en el país pasó de 3.5 a 4.9 casos por cada 100 mil habitantes. Los trastornos mentales son el principal factor de riesgo para suicidio y otro tipo de lesiones auto infligidas como cortaduras, quemaduras, heridas e intoxicaciones. En el siguiente mapa se presenta la prevalencia de trastornos mentales por región geográfica en México, un análisis de programa de Salud Mental de 2012 a 2017.



Mapa retomado de prevalencia de trastornos mentales por región geográfica en México del Programa de Acción Específico 2012/ Salud Mental

La atención de la salud mental presenta grandes desigualdades a nivel internacional, desde el Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, Gasto en Salud Mental (2017), por ejemplo, en los países de ingresos bajos y medios, el gasto público en salud mental es de menos de dos dólares per cápita, mientras en los países de ingresos altos alcanza, en promedio, \$58.73 dólares per cápita.

En México, el presupuesto para salud mental en 2017 fue de \$2,586 mdp, o poco más de \$1.00 dólar per cápita.¹⁹ Aunque la media global del número de profesionales de salud mental es de 9 por cada 100,000 habitantes, existen profundas inequidades; los países de ingresos bajos sólo cuentan con un especialista por cada 100,000 habitantes, mientras que en las naciones con mayores ingresos hay más de 50 especialistas.

De acuerdo a un informe de la OMS de 2011, en México existen 10 profesionales calificados por cada 100,000 habitantes, distribuidos de la siguiente manera: 1.6 psiquiatras, 1 médico general, 3 enfermeras, 1 psicólogo, 0.53 trabajadores sociales, 0.19 terapeutas, 2 profesionales/técnicos de salud. El reporte también destaca que además de insuficientes, estos recursos están mal distribuidos.

Según la OMS, para aumentar la disponibilidad de los servicios de salud mental hay que realizar cinco acciones clave: incluir a la salud mental en los programas de salud pública, mejorar la organización de los servicios de salud mental, integrar la salud mental a la atención primaria, aumentar los recursos humanos para la atención de salud mental y generar política pública de largo plazo en salud mental pública.

La Organización Panamericana de la Salud (2017), sugiere que los recursos financieros necesarios para aumentar los servicios son relativamente modestos: entre 3 y 4 dólares per cápita en países de ingresos medios como México.

CAPÍTULO 4

OBJETIVOS

4. Objetivos

4.1 Objetivo General

Determinar la frecuencia de problemas de salud mental así como su caracterización y su relación con factores sociodemográficos y clínicos en adultos consultantes de la Unidad de Atención a la Salud Mental “San Agustín” en la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, durante el periodo 2012-2018.

4.2 Objetivos específicos

4.2.1. Determinar la frecuencia de problemas de salud mental en la población de estudio.

4.2.2. Describir y analizar las variables sociodemográficas en la población de estudio, así como su asociación con la frecuencia de problemas de salud mental.

4.2.3. Describir y analizar las variables clínicas en la población de estudio, así como su asociación con la frecuencia de problemas de salud mental.

CAPÍTULO 5

METODOLOGÍA

5. Metodología

5.1 Diseño del estudio

Se realizó un estudio descriptivo, tipo serie de casos, en el que se incluyeron los registros de pacientes con problemas de salud mental atendidos en la Unidad de Atención a la Salud Mental “San Agustín” de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, durante el periodo 2012-2018.

5.2 Descripción del área del estudio

La información se recabó en el servicio de consulta externa la Unidad de Atención a la Salud Mental “San Agustín”, Ubicado en Carretera Villa-Flores km 8.5, Col. el Jobo de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México. La Unidad es de segundo nivel y es donde se atiende a los pacientes con padecimientos psiquiátricos, remitidos por los servicios del primer nivel de atención o de tipo privado, que requieren de procedimientos como diagnóstico, tratamiento y/o de rehabilitación psicosocial.

Esta unidad de atención cuenta con servicios de consulta externa, hospitalización y área de rehabilitación. En el servicio de consulta externa valora al usuario que proviene del área de urgencias, de citas programadas de primera vez y subsecuentes y en su caso, inicia con el tratamiento específico, abriendo de esta manera el expediente clínico. El servicio de hospitalización es empleado para pacientes que requieran estabilización de episodios agresivos, tal y como ya se mencionó, atiende a la población en general o bien los referidos por cualquier institución, ya que es la única unidad de atención para la salud mental en el estado.

Una vez que el usuario se encuentra estabilizado por el área de hospitalización, se incorpora al servicio de terapia de rehabilitación psicosocial, para orientarlo con nuevas habilidades, al mismo tiempo, existe los grupos de ayuda mutua, para los familiares que necesitan realizar la conciencia de enfermedad y la importancia de la adherencia al tratamiento.

Para cumplir con estos servicios, la Unidad de Atención cuenta con 40 camas censables, divididos en 20 camas por cada pabellón hombres y mujeres, que ofrece la atención de especialidades psiquiátricas.

La plantilla cuenta con un total de 2 psiquiatras, 10 médicos generales capacitados en el área de salud mental, 6 psicólogos clínicos, 32 enfermeras y 2 trabajadoras sociales, anualmente atienden en promedio a 6,000 pacientes con padecimientos psiquiátricos, distribuidos en diferentes turnos: matutino, vespertino, nocturnos y fin de semana, para cubrir la atención los 365 días del año.

5.3 Población

Se conformó por todos los registros de adultos de 18 a 60 años que acudieron al servicio de consulta externa de la Unidad Atención a la Salud Mental “San Agustín” en el periodo comprendido del 01 de Enero del 2012 a 31 de Diciembre del 2018.

5.4 Selección de las unidades de estudio

5.4.1 Criterios de inclusión

Se consideraron los registros de pacientes :

- Que acudieron a solicitar atención psiquiátrica en el periodo de 2012 al 2018 en la Unidad de referencia.
- Con edad hasta 60 años.
- Registros de Hombres y mujeres.

5.4.2 Criterios de exclusión.

- Registro de adultos que padezcan demencia senil u otras enfermedades que impidan la recolección de información confiable

5.5 Variables

En la siguiente tabla se realizó una descripción conceptual y operacional de las variables, extraídas del expediente clínico, consideradas en el presente estudio, así mismo, se hace referencia a los tipos de variable, en esta investigación se encuentra las variables sociodemográficas y variables clínicas (ver tabla 5.1).

Tabla 5.1 Definición conceptual y operación del variables.

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de Variable
Variables Sociodemográficas			
Edad	Tiempo transcurrido en años desde su nacimiento (RAE, 2019).	La referida por el paciente en números enteros	Cuantitativa discreta
Grupos de Edad	La edad referida por el paciente categorizado en grupos etarios (RAE, 2019).	La edad clasificada en grupos: 18-28, 29-39, 40-49 y 50-60.	Cualitativa ordinal
Sexo	Condición orgánica que distingue a la persona en hombre o mujer (RAE, 2019).	Hombre Mujer	Cualitativa nominal
Residencia	Vivir o habitar en un lugar determinado de forma permanente o durante un periodo mayor a un año (RAE, 2019).	Localidad y municipio referida por el paciente en la entrevista.	Cualitativa nominal
Grado académico	Es una distinción dada por alguna institución educativa, generalmente después de la terminación exitosa de algún programa de estudios (RAE, 2019).	La que el paciente señale, agrupado en: Analfabeta, Primaria Secundaria, Preparatoria Universidad, Posgrado	Cualitativa ordinal
Religión	Conjunto de creencias con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad (RAE, 2019).	La que el paciente señale: Católica, Cristiana Testigo de Jehová, Otros	Cualitativa nominal
Variables Clínicas			
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de Variable
Antecedentes Familiares	Registro de las relaciones entre los miembros de una familia con sus antecedentes heredadas (ARAGONES, 2018)	La que el paciente señale: Sí, No	Cualitativa nominal
Consumo de alcohol	Ingesta de bebidas alcohólicas como cerveza, vino, licores (ARAGONES, 2018).	La que el paciente señale: Sí, No	Cualitativa nominal
Consumo de drogas	Ingesta de drogas como la cocaína, marihuana, inhalantes, etc (ARAGONES, 2018).	La que el paciente señale: SI, No	Cualitativa Nominal
Esquizofrenia	Trastorno que afecta la capacidad de una persona para pensar, sentir, y comportarse de manera lucida (ARAGONES, 2018).	Diagnostico confirmado por médico especialista (psiquiatra) Sí, No	Cualitativa nominal
Trastornos del humor (afectivos)	Patologías que afectan al estado de ánimo y que pueden aparecer en cualquier etapa vital por razones diversas (ARAGONES, 2018).	Diagnostico confirmado por médico especialista (psiquiatra). Sí, No	Cualitativa nominal
Trastornos de ansiedad	Trastornos relacionados a un estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad (ARAGONES, 2018).	Diagnostico confirmado por médico especialista (psiquiatra). Sí, No	Cualitativa nominal
Trastornos relacionados con sustancias	Trastornos que se caracterizan por la manifestación de un grupo de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia de abuso (ARAGONES, 2018).	Diagnostico confirmado por médico especialista (psiquiatra). Sí, No	Cualitativa nominal

5.5 Proceso de recolección de datos

Para la recolección de la información, primeramente, se conjuntaron todos los expedientes clínicos correspondientes a los pacientes atendidos durante el periodo 2012-2018 en esta unidad, independiente del servicio en el que fue atendido. Posteriormente a esta compilación, se revisaron para ver los que cumplían con los criterios de inclusión y de esta manera obtener los datos de la historia clínica para su posterior captura en una base de datos para realizar el análisis de las variables clínicas y sociodemográficas.

5.6 Plan de análisis de los resultados

Una vez recolectada la información se elaboró una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 20, posteriormente se procedió a un análisis descriptivo univariado (frecuencias absolutas y relativas). Finalmente se realizó un análisis de captura univariado para medir el grado de relación entre las diferentes variables. Para determinarla la relación entre las variables se utilizó el estadígrafo chi-cuadrada. Un valor p menor de 0.05 fue considerado como un resultado estadísticamente significativo.

5.7 Aspectos éticos

El protocolo de investigación de este trabajo fue aprobado por el Director de Atención Médica de la Secretaría de Salud, con fecha 24 de agosto 2015, donde además aprueba un espacio en el área de archivo clínico en la Unidad de atención a la Salud Mental “San Agustín”, para la revisión de expedientes clínicos y la obtención de información de los pacientes de dicha unidad.

Vale la pena señalar que se cumplieron los principios éticos que marca la ley general de salud de México, por ejemplo para garantizar la privacidad total de la unidad estudio, cada expediente se codificó y se le asignó un número, por lo que el nombre solo fue del conocimiento del autor de este trabajo. La identidad no fue utilizada ni en el análisis ni en el reporte final.

CAPÍTULO 6

RESULTADOS

6. Resultados

6.1 Descripción de la población estudiada

Durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2018, la Unidad de Atención a la Salud Mental “San Agustín” atendió a un total de 4,612 personas que cumplieron con los criterios de inclusión para el presente estudio.

A continuación, se describen las características sociodemográficas y clínicas de esa población.

6.1.1 Descripción de las variables sociodemográficas

Respecto al sexo de los pacientes participantes en el presente estudio, se encontró 2305 (50%) son mujeres, con un promedio de edad de 38.5 años, por lo que más de la mitad (51.7%) se encontraba entre los 18 y 39 años (Tabla 6.1).

En cuanto a la escolaridad de la población en estudio, el 66.5% había cursado cuando mucho la secundaria, el 54.4% se declaró soltero como estado civil. Respecto a la ocupación, las personas que se dedicaban al hogar representaron las de mayor proporción (38.5%) respecto al resto de categorías encontradas (Tabla 6.1).

La población provino de diferentes municipios correspondientes a la vez de las 15 regiones del estado de Chiapas, predominando los pacientes de la región metropolitana (44%), poco más de la mitad tenía como religión a la católica (50.7%) (Tabla 6.1).

Tabla 6.1 Características sociodemográficas de los pacientes estudiados

Variable		n	%
Sexo	Masculino	2305	50
	Femenino	2307	50
Grupo de edad (años)	Menores de 18	383	8.3
	18-28	1185	25.7
	29-39	1199	26.0
	40-49	716	15.5
	50 y más años	1129	24.5
	Casado	1436	31.1
	Unión Libre	338	7.3
	Divorciado	171	3.7
	Viudo	160	3.5
	Grado académico	Primaria	1683
Secundaria		1409	30.6
Preparatoria		716	15.5
Universidad		390	8.5
Posgrado		29	0.6
Analfabeta		385	8.3
Ocupación	Estudiante	310	6.7
	Profesionista	24	0.5
	Oficios	1498	32.5
	Hogar	1777	38.5
	Ninguna	1003	21.7
Religión	Católico	2336	50.7
	Cristiana	1261	27.3
	Otros	1015	22.0
Región	Metropolitana	2029	44.0
	Valles Zoque	345	7.5
	Mezcalapa	157	3.4
	De los Llanos	159	3.4
	Altos Tsotsil	217	4.7
	La fraisleca	479	10.4
	De los Bosques	172	3.7
	Norte	61	1.3
	Istmo-Costa	308	6.7
	Soconusco	88	1.9
	Sierra Mariscal	164	3.6
	Selva	84	1.8
	Maya	7	2.0
	Tulijá Tzetzal	46	1.0
	Meseta Comiteca	190	4.1
Fuera de Chiapas	106	2.3	

6.1.2 Descripción de las variables clínicas

En la Tabla 6.2 se describen las variables clínicas de los pacientes participantes en el estudio, donde se puede resaltar que más de la mitad (63.4%) declararon no tener antecedentes familiares de problemas de salud mental, es decir 2,925 casos de la población estudiada.

Por otra parte, al revisar la distribución de la población, 3,103 de los pacientes, es decir el 67.3% no declaró ser consumidor de alcohol, así mismo 3,758 de ellos tampoco refieren el consumo de drogas ilícitas lo que corresponde al 81.5%.

Respecto al periodo que se tomó en cuenta para el presente estudio, fue el año 2014 donde se observó un mayor número de casos reportados con algún tipo de enfermedad mental, con una atención de 1,117 pacientes (24.2%).

Tabla 6.2 Características clínicas de los pacientes estudiados

Variables Clínicas		n	%
Antecedentes Familiares	Si	1687	36.6
	No	2925	63.4
Consumo de alcohol	Si	1509	32.7
	No	3103	67.3
Consumo de drogas	Si	854	18.5
	No	3758	81.5
Año de diagnóstico	2012	994	21.6
	2013	884	19.2
	2014	1117	24.2
	2015	90	2.0
	2016	577	12.5
	2017	567	12.3
	2018	383	8.3

De acuerdo a los tipos de trastornos encontrados en la población de estudio, se observan que los más frecuentes fueron: la esquizofrenia con 1,439 casos (31.2%), trastornos del estado de ánimo 1,111 (24.1%) y los trastornos de ansiedad 1,017 (21.9 %) Tabla 6.3.

Tabla 6.3 Frecuencia de tipo de trastornos mentales en los pacientes estudiados

Tipo	n	%
Trastorno del estado del ánimo	1111	24.1
Trastornos de ansiedad	1007	21.9
Esquizofrenia	1439	31.2
Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o adolescencia	278	6.1
Demencia y otros trastornos cognoscitivos.	121	2.6
Trastorno relacionado con sustancias.	260	5.6
Trastorno Orgánico	108	2.3
Trastorno de la personalidad	232	5.0
Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica	42	0.9
Trastorno del Sueño	14	0.3

En la tabla 6.4, se desagrega por diagnóstico cada uno de los grupos reportados previamente.

Tabla 6.4 Frecuencia de diagnósticos de los trastornos mentales en los pacientes estudiados

Tipo de trastorno	Diagnósticos	N	%
Del estado de ánimo	Trastornos Depresivos	1111	24.1
De ansiedad	Crisis de Angustia	442	9.6
	Trastornos de Ansiedad Generalizada	565	12.3
Esquizofrenia	Trastornos obsesivo-compulsivo	128	2.8
	Esquizofrenia	864	18.7
	Trastorno Esquizoafectivo	447	9.7
De demencia	Demencia	121	2.6
Relacionados a sustancias	Trastorno relacionado con alcohol	260	5.6
Orgánicos	Epilepsia	108	2.3
De inicio en la infancia	Retraso Mental	155	3.4
	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	123	2.7
De personalidad	Trastorno esquizoide de la personalidad	115	2.5
	Trastorno antisocial de la personalidad	88	1.9
	Trastorno límite de la Personalidad	29	0.6
Del sueño	Disomnias	14	0.3
Otros problemas	Disfunción familiar	27	0.6
	Migrañas	15	0.3
Total		4612	100

6.2 Asociación entre la frecuencia de problemas de salud mental y las variables de tipo sociodemográfica y clínica en la población de estudio.

Al analizar la asociación estadística entre los principales trastornos mentales (Del estado de ánimo, de ansiedad y esquizofrenia) y las variables incluidas para el presente estudio, se encontró que el grupo de edad, sexo, antecedentes familiares, consumo de alcohol y de drogas ilícitas presentaron diferencias estadísticas significativas.

De esta manera, en el grupo de edad de 29-39 años se observó una mayor frecuencia de trastornos del ánimo, ansiedad y esquizofrenia. En las mujeres fue más frecuente el trastorno del estado de ánimo y en los hombres, los trastornos de ansiedad y esquizofrenia (tabla 6.5).

Respecto a los antecedentes familiares, los que refirieron no tenerlos, presentaron una mayor proporción de trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y esquizofrenia (Tabla 6.5).

Por último, y de acuerdo a lo declarado por los pacientes en cuanto al consumo de alcohol y drogas ilícitas, se encontró una mayor frecuencia de no presentar alguno de los grupos de trastornos comparados con estas variables (Tabla 6.5).

Tabla 6.5 Principales tipos de trastornos presentados y asociación con variables demográficas y clínicas en los pacientes estudiados

		Del estado de ánimo	De ansiedad	Esquizofrenia	P
Edad (años)	Menores de 18	5.8	7.9	5.5	0.000
	18-28	25.2	23	27.3	
	29-39	27.7	27.7	27.7	
	40-49	14.7	18.5	18.5	
	50 y más	26.5	22.9	22.9	
Sexo	Hombre	42.3	50.8	50.4	000
	Mujer	57.7	49.2	49.6	
Con antecedentes familiares de padecimientos mentales	Sí	36.8	38.4	37.3	0.000
	No	63.2	61.6	62.7	
Consumo de alcohol	Sí	30.7	35.3	29.6	0.000
	No	69.3	64.7	70.4	
Consumo de drogas	Sí	13.2	16.7	16.6	0.000
	No	86.8	83.3	83.4	

CAPÍTULO 7

DISCUSIÓN

7. Discusión

Los resultados de esta investigación constituyen información indispensable y relevante para tomar medidas impostergables en el campo de la salud mental y para orientar la implementación de programas que tengan como meta la prevención, el diagnóstico y tratamiento temprano de los trastornos mentales en el ámbito estatal y nacional. Debe tenerse presente que los trastornos mentales se encuentran entre los más gravosos de todas las clases de enfermedades debido a su alta prevalencia y cronicidad, su temprana edad de aparición y la grave discapacidad resultante.

Dentro de las características sociodemográficas que nuestra población presentó podemos resaltar que, entre los participantes del mismo, la edad promedio encontrada fue de 38.5 años, la mitad correspondió a mujeres, una mayor proporción había cursado la educación secundaria, poco más de la mitad era soltero y dedicados al hogar.

Si bien los datos publicados por otros estudios (Flores, 2015) no mencionan el predominio de un sexo o nivel de escolaridad en la frecuencia de enfermedades mentales, la OMS (2001) sí menciona que los trastornos mentales y del comportamiento representa cinco de las diez principales cargas de morbilidad en personas de 15 a 44 años de edad. Asimismo, de acuerdo con el proyecto Global Burden Disease (GBD) de la OMS (2001), cataloga al trastorno depresivo mayor, dentro de las principales causas de discapacidad a nivel mundial, ocupando actualmente el primer lugar en el índice de *“años perdidos por discapacidad”* (APD), y el segundo en el de *“años de vida ajustados en función de la discapacidad”* (AVAD).

La población considerada para el presente estudio provino de las 15 diferentes regiones de las que se divide el estado de Chiapas, ya que esta unidad es la única de su naturaleza en el estado y es considerada de referencia, tanto de los servicios oficiales de salud, como los de tipo particular. Sin embargo, a esta situación, claramente pudo verse que el 44% declaró tener como domicilio alguna localidad de la zona metropolitana, que es donde se localiza la Unidad en

cuestión. Esto puede deberse a la mayor accesibilidad que la población de esta región puede tener a ella y en consecuencia asistir a consultas. Es menester de futuros estudios, profundizar más sobre este aspecto, ya que con los resultados que tenemos no podemos asumir una relación de causalidad directa con otro tipo de factores presentes en dicha zona del estado.

En el periodo del 2012-2018, la Unidad de Atención a la Salud Mental “San Agustín” en la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez reportó que los trastornos más prevalentes fueron los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y de esquizofrenia. De acuerdo a los tipos de trastornos encontrados en la población de estudio, se observan que los más frecuentes fueron: la esquizofrenia con 1,439 casos (31.2%), trastornos del estado de ánimo 1,111 (24.1%) y los trastornos de ansiedad 1,017 (21.9 %).

De esta manera, los resultados de nuestro estudio concuerdan con los realizados en México y otros países (Bello, 2005; Vicente, 2005), donde se indica que una de cada seis personas sufrirá un problema de salud mental que podría requerir atención médica especializada, resaltando los trastornos del estado de ánimo como de mayor frecuencia.

Aunado a lo anterior, el Programa Nacional de Salud 2007-2012 (Gobierno de la República, 2012), también describe que la depresión es la principal causa de “*daños generados por problemas de salud que no llevan a la muerte*” en mujeres, superando, incluso a enfermedades tales como la diabetes mellitus.

Respecto a la ocupación, otro estudio centrado en la salud mental de las mujeres, se observó que 27% de una muestra de mujeres adultas de Santiago de Chile (Saldivia 2012), padecía un trastorno depresivo y que los principales factores relacionados eran ser mujer a cargo de las tareas domésticas (en particular la atención de los niños, la cocina y la limpieza), tener un nivel educativo bajo o ser solteros. Para el caso de nuestro estudio y en relación a esta variable, las personas que se dedicaban al hogar representaron las de mayor proporción (38.5%) en referencia al resto de categorías encontradas.

De todas las enfermedades de tipo mental, los trastornos de ansiedad son los que cuentan con una mayor prevalencia, llegando a estimarse que entre el 13.6% a 28.8% de la población padecerá un trastorno de ansiedad a lo largo de su vida (Kessler y cols., 2005; Alonso y cols., 2004). Lo cual es consistente con los resultados del presente estudio, ya que fueron de los más frecuentes, 1,017 lo que significa un 21.9 %.

En cuanto a la esquizofrenia es considerada un problema de salud pública, de acuerdo a la OMS es una enfermedad universal, lo que significa que está presente en todas las culturas y representa aproximadamente el 1% de la población, independientemente del nivel socioeconómico y cultural. En México las cifras reportadas son del 1 al 29% de la población a lo largo de la vida, lo que corresponde de 1 a 2 millones afectados en todo el territorio nacional. Lo que nuestra investigación demuestra que, para el estado de Chiapas, es uno de los principales trastornos mentales con gran frecuencia con 1,439 casos (31.2%).

Referente al resultado obtenido en relación a los antecedentes familiares y una mayor frecuencia de trastornos mentales, para nuestro estudio no se encontró asociación estadística, sin embargo, podemos comentar que la probabilidad de que una persona tenga un trastorno mental específico es mayor si otros miembros de la familia tienen el mismo trastorno mental. Aunque un trastorno mental puede ser hereditario en un entorno familiar, puede haber diferencias considerables en la gravedad de los síntomas entre los miembros de la misma.

Esto significa que una persona de la familia puede tener un caso leve y otra un caso más grave del trastorno mental. Los niños de padres con depresión mayor tendrían mayor riesgo y tasas mayores de psicopatología (Field, Healy y Goldstein, 1990). La bibliografía señala que el riesgo de problemas del desarrollo y psicosociales en niños cuyos padres padecen enfermedades mentales (Shaffer y Fischer 2000).

Así mismo señala Artigue (2012) aunque algunos investigadores denominan este riesgo como riesgo genético, en la transmisión del trastorno de padres a hijos existirían más elementos a tener en cuenta, no solo los genéticos.

Por otra parte, sobre consumo de alcohol y drogas ilícitas y su posible relación con los trastornos mentales, para nuestro estudio no se encontraron evidencias de asociación estadística, lo cual genera incertidumbre, ya que se ha publicado material con dicha asociación (Díaz, 2003). Uno de ellos, el Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones (Mora, 2003), menciona que el 70 % de las personas que padecen un trastorno mental también presenta una adicción, y viceversa, con lo que siete de cada diez personas adictas tienen un trastorno mental.

Otro estudio desarrollado en el centro de salud mental de la comunidad de Madrid demuestra que más de uno de cada cuatro adultos que padecen un problema de salud mental grave también tienen un problema de abuso de sustancias (Thomas, 2004). Los problemas por uso de sustancias se observan más frecuentemente asociados a ciertos problemas de salud mental, entre los que se incluyen: depresión, trastornos de ansiedad, esquizofrenia y trastornos de la personalidad.

En relación a lo que se reporta en la bibliografía y los hallazgos del presente estudio, suponemos que al momento de solicitar información acerca de los antecedentes familiares de trastornos mentales, consumo de sustancias nocivas para la salud (drogas y alcohol), por cuestiones de estigma (Goffman, 1989) la información podría estar sesgada y carecer de veracidad, por ello no se registra de manera completa y fidedigna.

Otro aspecto que señalar en esta investigación son los datos relevantes en referencia a la edad, ya que en personas menores de 18 años presentaron depresión, ansiedad o esquizofrenia. De esta manera, los problemas de comportamiento pueden presentarse desde los dos años, los síntomas de ansiedad desde los 4-5 años o incluso antes, el consumo de sustancias desde los 11-12 años, la esquizofrenia con características similares a la del adulto desde los 14- 15 años y la depresión desde los 5-6 años (Rutter, 2002).

CAPÍTULO 8

CONCLUSIONES

8. Conclusiones

A la luz de los resultados obtenidos, analizados y discutidos anteriormente, así como los objetivos generales y específicos planteados, podemos establecer una serie de conclusiones mencionadas a continuación:

1.- Las características demográficas de la población mostraron que durante el periodo de estudio, fue atendida la misma proporción de hombres y mujeres, Así mismo en cuanto a la distribución por edades se observó que el 60 por ciento del total de la población, se encuentran en el grupo conocido como el de la edad económicamente productiva, (menor a 40 años) el 15.5 por ciento se encuentran en el grupo de 40 a 49 años de edad y el 24.5 por ciento correspondió a los usuarios que contaban con 50 años de edad o más. Estos datos muestran que los usuarios que acuden a la unidad de referencia no predominan un sexo, pero si se trata de personas que se encuentra en el grupo de edad fértil (menores a 40 años) y que las afecciones en el estado de salud (bio-psico-social) de dicha población pueden trascender de manera importante en el núcleo familiar al que pertenecen por el rol de proveedor de tipo económico o de cuidados en el caso de la mujer. Respecto a este último punto, el 38% tenía como ocupación el hogar y el 32% un oficio.

La Unidad de Atención a la Salud Mental “San Agustín” al ser un centro de referencia a nivel estatal (es el único de su naturaleza en Chiapas), recibe pacientes de las 15 regiones socioeconómicas del estado de Chiapas, así como de pacientes de otras partes del país (estados vecinos).

Los trastornos de tipo esquizofrenia fueron los más frecuentes, seguido de los del estado de ánimo (depresivos) y de ansiedad (crisis de angustia, trastornos de ansiedad generalizada).

El grupo poblacional femenino y menor de 18 años, presentó asociación estadística con el hecho de tener en menor proporción problemas de estado de ánimo.

La población menos afectada por los trastornos de ansiedad fueron los menores de 18 años y mujeres. Por su parte los más afectados por la esquizofrenia fue la población de 29 a 39 años y de sexo masculino.

La asociación estadística encontrada entre los principales trastornos de salud mental y las variables antecedentes familiares, consumo de alcohol y drogas, deben tomarse con reserva, debido a que es muy probable que la asociación encontrada sea en realidad inversa.

Esta información genera la importancia de conocer qué tipo de población asiste a la Unidad de Atención a la Salud Mental "San Agustín y cuáles son los trastornos de salud mental y las características sociodemográficas, que prevalecen, para establecer manuales de atención especializados, que reditúen en el hecho de mejorar los procedimientos en la atención de esta población considerada vulnerable.

El reto para el futuro estriba en elaborar estrategias apropiadas para planificar los servicios de salud mental integrados a la atención primaria que puedan reducir al mínimo y de manera genuina la brecha de tratamiento existente en Chiapas.

Es importante mencionar de manera adicional que hasta fechas recientes, existe un vacío importante de información debido a la limitada comparabilidad de encuestas específicas en México en temas de salud mental, se encontró poca información con respecto a la prevalencia de los mismos en Chiapas.

Sin tal información ha sido difícil planificar políticas estatales de salud de manera más racional y apropiada, en especial en sociedades con grandes poblaciones, mal atendidas que se encuentran en transición epidemiológica, poblacional y económica.

Este esfuerzo sin precedentes, bien coordinado, para obtener datos epidemiológicos está proporcionando por primera vez datos comparables con respecto a las tasas de prevalencia, variables sociodemográficas y clínicas.

Esto representa una oportunidad y una promesa para comprender mejor las relaciones entre los factores económicos, culturales y psicosociales con los trastornos mentales, la forma en que los primeros afectan y modifican a los segundos.

Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association (2014), Edición: 5ª Especialidad: Psiquiatría. EAN: 788498358100.
2. Artigue, J. (2012). Validación de un instrumento de detección de factores de riesgo de salud mental en la infancia y adolescencia. Listado de ítems en salud mental. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de México.
3. Alvarado Valencia R, Yang L, et al (2013). A theoretical and empirical framework for constructing culture-specific stigma instruments for Chile;21(1):71-79.
4. André B. (2012). Ministerio de Salud – Presidencia de la Nación Argentina, Lineamientos para la atención del consumo excesivo de alcohol en adolescentes, Ciudad de Buenos Aires.
5. Angermeyer M.C, Kilian R. (1997). Theoretical Models of Quality of Life for Mental Disorders. En: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N (eds). Quality of Life in Mental Disorders. John Wiley and Sons. Chichester, 19- 30, England.
6. Basaglia, Franco (1973). En Psiquiatría y antipsiquiatría, Biblioteca Salvat Grandes Temas No. 98 Entrevista con Franco Basaglia, Internet <http://www.pulso.com/sen/numero73/073salu1.pdf> La institución negada, 1968 Apuntes de psiquiatría institucional Entrevista con Franco Basaglia. Texto Juan Obiols, Salvat Editores, Barcelona.
7. Becerra-Martín L. (2014). Derechos del paciente psiquiátrico. Universidad de Psiquiatría. México: Pelicano.
8. Becker M, Diamond R, Sainfort F. (1993) A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness. Quality of Life Research, 2: 239-251.
9. Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R. (2005) Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Publica de México; 47 supl 1:S4-S11.
10. Benjet C, Casanova L, Borges G, et al (2011). Salud Pública de México, vol. 55, no 3. mayo-junio.
11. Bigelow D.A, Brodsky G, Stewart L, Olson, M. (1982) The concept and measurement of quality of life as a dependent variable in evaluation of mental health services. Innovative Approaches to Mental Health Evaluation. Academic Press, 349-351, New York.
12. Burín, Mabel, (1996). “Género y psicoanálisis: Subjetividades femeninas vulnerables”, en Burín, Mabel y Dio Bleichmar, Emilce (comp.), Género, psicoanálisis, subjetividad, Paidós, Cooke, David,
13. Delval J. (2000) El desarrollo humano. México D.F: Siglo XXI.

14. Díaz A, Díaz R, Osornio A, Rascón M. (2003). La salud mental en el municipio de Querétaro: un modelo de intervención psiquiátrica en la comunidad. *Gac Med Mex*; 139 (2): 101-07.
15. Dirección General de Información en Salud (DGIS) (1990). Estimaciones de Población 1990-2018, COLMEX [en línea]: Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS). [México]: Secretaría de Salud. www.sinais.salud.gob.mx
16. Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (1993). WHO: Internationale Klassifikation Psychischer Störungen (ICD-10) Kapitel V (F). Klinisch diagnostische Leitlinien (OMS: Clasificación Internacional de trastornos mentales. CIE-10, Capítulo V (F). Orientaciones para el Diagnóstico Clínico). Bern: Verlag Hans Huber.
17. Dio Bleichmar, Emilce, (1992). La depresión en la mujer, *Temas de Hoy. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 11;39
18. Donna Rice Hughes (1998). Niños en línea: Proteger a sus niños en el ciberespacio. Fleming H. Revell. p. 269.
19. Döring, Ma. Teresa. (1985). *Contra el manicomio*. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco Col. Ensayos, México, 466 pág.
20. Espejo J, Martínez J, Rubio V, Dueñas R, Fernández M J, Yun A. (1998). Recursos sociales en mayores de 60 años. Su relación con factores sociodemográficos y de salud. *Revista Española de Geriatria y gerontología*. Vol. 33. Num.6.
21. Escandón Carrillo, Roberto, (2000). ¿Qué es salud mental? (Un panorama de la salud mental en México). En Castillo Nechar, Marcelino (Coord.) *Salud mental, sociedad contemporánea*. Universidad Autónoma del Estado de México. México. ISBN 968- 831-492-9.
22. Etienne C. (2015-2020). Organización Panamericana de la Salud, (2014). *Plan de acción sobre salud mental*, Rev. 1. 53.
23. Field, T., Healy, B. T., Goldstein, S. & Guthertz, M. (1990). Behavior-state matching and synchrony in mother-infant interactions of nondepressed versus depressed dyads. *Developmental psychology*, 26(1).
24. Forselledo, Ariel Gustavo. Niñez (2001). *En Situación de Calle un Modelo de Prevención de Las Farmacodependencias Basado en los Derechos Humanos*, Boletín del Instituto Interamericano del Niño No 236.
25. Flórez Saúl, (2002). *Habilidades sociales en enfermería: propuesta de un programa de intervención*. Tesis doctoral. Universidad de las Islas Baleares. Mallorca.
26. Ghebreyesus A, (2013-2020). Organización Mundial de Salud. *Plan de Acción sobre Salud Mental*.
27. Goffman, E. (1989). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires, Amorrortu.

28. González Salvador (2005). La salud mental en México. Director General de los Servicios de Salud Mental <http://www.conadic.gob.mx/doctos/salmen.htm> Consultado el 07/02/05.
29. Hagner D, Helm D.T, Butterworth J.T.H. (1996). Esta es tu sesión: Un estudio cualitativo de la planificación centrada en la persona. *Siglo Cero*, 27(6): 5-15.
30. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2003). Estadísticas de Intentos de Suicidio y Suicidios. INEGI, Cuaderno No. 9. México, 2004. ISBN 970-13-4367-0.
31. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2005). Censos y conteos poblacionales 1910- [en línea]: <http://www.inegi.org>.
32. Instituto para la Atención y la Investigación en la Discapacidad Psíquica. Fundación Ave María, Sitges. Guía práctica para técnicos y cuidadores (2003). Madrid: FEAPS
33. Ionescu S. (1994). Psicopatología Existencial. Catorce enfoques de la psicopatología. México: Fondo de Cultura Económica.
34. Jaklamhn L. (2012). Programa Nacional de Salud Mental. Modelo Hidalgo de Atención Mental:<http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgrppcdh/>.
35. Jonuscu S.M. (2017). Gasto en Salud Mental. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria. A.C.
36. Kessler, R.C, Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R. & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Study Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
37. Lehman A.F, Ward N.C, Linn L.S. 1982. Chronic mental patients: The quality of life issue. *American Journal of Psychiatry*, 139(10): 1271-1276, 1982.
38. Lehman A.F, Ward N.C, Linn L.S. (1982) Chronic mental patients: The quality of life issue. *American Journal of Psychiatry*, 139(10): 1271-1276.
39. Baker F, Intagliata J. (1982). Quality of life in the evaluation of community support systems. *Evaluation and Program Planning*, 5: 69-79.
40. Lehman A.F, Possidente S, Hawker F. 1986. The quality of lif of chronic patients in a state hospital and in community residences. *Hospital and Community Psychiatry*, 37(9): 901-907, 1986.
41. Len D. y Ian G. (1944). Teoría de las necesidades humanas. La evolución del Hombre. México, pág. 408.
42. Llorente, M. (1987). Trastorno mental y conducta antisocial. En J. Pérez (Coord.), *Bases psicológicas de la delincuencia y de la conducta antisocial* (pp. 47-58). Barcelona: PPU.
43. Lozano R. (1987). La carga de la enfermedad y las lesiones por violencia contra las mujeres: el caso de la Ciudad de México. (pp. 47-58).

43. Maslow A.H. (1954). *Motivation and Personality*. Harper y Row. New York.
44. Mauricio M. (2018). Recomendaciones para el tratamiento de temas de salud mental en los medios, Ministerio de Salud de la Nación República Argentina. saludmentalnacion@gmail.com.
45. Meltzer D, Harris M. (1990). Familia y Comunidad. Patrones familiares y educabilidad cultural en Metapsicología ampliada. Buenos Aires: p. 175-199.
46. Medina M.(2005). La epidemiología de la salud mental en México. Boletín especial de salud mental. Resumen del trabajo “La salud mental en México. Retos y perspectivas”. Epidemiología y Ciencias Sociales del Instituto Nacional de Psiquiatría (INP). <http://www.conadic.gob.mx/doctos/epidism.htm>. Consultado el 07/02/05
47. MORA, I. M. E. et al (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4): 1-15.
48. Novell A. R. (2002). Salud mental y alteraciones de la conducta en las personas con discapacidad intelectual: Asociación Europea de la Salud Instituto de Nacional de Neuropsiquiatría y Adicciones (INAD).
49. Nussbaum, Martha. (2002). Las mujeres y el desarrollo humano: el enfoque de las capacidades, pp. 120-123.
50. Oliver J, Huxley P, Bridges K, Mohamad H. (1996). *Quality of Life and Mental Health Services*. London, 1996.
51. OMS. Informe sobre la salud en el mundo (2001). *Salud mental: nuevos conocimientos nuevas esperanzas*. Ginebra: OMS.
52. Ordaz A. (2006). Organización Mundial de la Salud. Políticas, Planes y Programas de Salud. Conjunto de Guías sobre Servicios de Salud Mental.
53. Páramo P. (2013), Comportamientos que contribuyen a la convivencia en ciudades latinoamericanas. Programa de Doctorado Interinstitucional en Educación, Universidad Pedagógica Nacional, Colombia. Avenida Calle 127 No.11-20. Bogotá (Colombia).
54. Pinault, R.; Davelury, C. (1987). *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias*. Barcelona: Masson.
55. Programa Nacional de Salud (2002). Secretaría de Salud, México, ISBN 970-721-051-6.
56. Querejeta M. (2004). Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad (IMSERSO), Unificación de criterios de valoración y clasificación. Discapacidad/Dependencia
57. Renteria, Miguel (2018). *Salud Mental en México*. Recuperado de <http://foroconcultivo.org.mx/INCyTU/documentos>.
58. Revicki D.A, Simon G.E, Chan K, Katon W, Heiligenstein J. (1998). Depression, Health Related Quality of Life, and Medical Cost Outcomes

- of Receiving Recommended Levels of Antidepressant Treatment. *The Journal Family Practice*, 47(2): 446-452.
59. Rutter, M. (2002). Development and psychopathology. En M. Rutter (Ed), *Child and Adolescent psychiatry* (pp 309-324). Oxford:Blackwell.
 60. Salvador-Carulla L, Novell Alsina R. (2002). *Guía Práctica de la Evaluación Psiquiátrica en el Retraso Mental*. Barcelona: Aula Médica.
 61. Scheler E. (1989). "Introducción a una estimativa. ¿Qué son los valores?", en *Obras completas*, Vol. 6, pp. 315-335.
 62. Shaffer D, Fischer P, Lucas CP, Dulcan MK, Schwab-Stone ME. NIMH (2000). Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *J Am Acad Child Psy* ; 39: 28-38.
 63. Secretaría de Salud, Prioridad a salud mental y adicciones. (2001). Comunicado de Prensa No. 35, 15/Marzo/2001 http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/comunicados/2001-03-15-SALUD-MENTAL.htm.
 64. Secretaría de Salud (2001). Programa de Acción: Salud Mental. México, 2001. ISBN 968-811-994-6.
 65. Secretaría de Salud (1998). Plan Nacional de Salud. 2000-2006. Cuadro 1.4. Principales causas de pérdida de años de vida saludable en México, <http://www.ssa.gob.mx/>
 66. Secretaría de Salud (2000). Programa de Acción Salud Mental: Programa Específico de Esquizofrenia. Capítulo IV. Plan de Acción http://www.ssa.gob.mx/unidades/conadic/esquizo_cap4.htm.
 67. Secretaría de Salud (2001). Prioridad a salud mental y adicciones. Comunicado de Prensa No. 35, 15/Marzo/2001 http://www.ssa.gob.mx/unidades/dgcs/sala_noticias/comunicados/2001-03-15-SALUD-MENTAL.htm
 68. SSA. (2003) Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. <http://www.inprf.gob.mx/psicosociales/archivos/encuestaepidemiologia>.
 69. Secretaría de Salud/Consejo Nacional contra las Adicciones/Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente/Instituto Nacional de Salud Pública (2008), Encuesta Nacional de Adicciones 2008, México, Secretaría de Salud.
 70. Secretaría de Salud (2013-2018). Programa de Acción Específico en Salud Mental.
 71. Teva, Inmaculada, Et al. (2004). Calidad de vida relacionada con la salud en la infección por el VIH. En *Psicología y Salud*. Instituto de Investigaciones Psicológicas; Universidad Veracruzana. Vol. 14, Num. 1. México. Jul - Dic 2004. ISSN 1405 – 1109. Pag. 229 – 235.
 72. Thomas MK (2004). Alcohol use disorders among emergency department treated older adolescents: a new brief screen (RUFT-Cut) Using the AUDIT, CAGE, CRAFFT, and RAPS-QF. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*; 28 (5): 746-53.

73. Valle Fernando (2016): Introducción: derechos de las personas con enfermedades psiquiátricas. Tesis de Licenciatura. UNAM.
74. Verdugo, Miguel A. y Martín, Mónica. (2002) Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes. *Salud Mental* Vol. 25 (4): 68 - 77, Agosto, Registro 921. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. ISSN 0185-3325.
75. Villatoro, J. (2005). Trastornos de Ansiedad y Depresión. *Salud Mental* Vol. 14 (2) 450. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. ISSN 0185-3325.
76. Vicente B, Kohn R, Saldivia S, Rioseco P, Torres S. (2005) Patrones de uso de servicios entre adultos con problemas de salud mental, en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*;18(4/5):263–70.
77. Vicente B, (2012). Salud mental infanto-juvenil en Chile y brechas de atención sanitaria. *Rev Med Chile*; 140: 447-457.
78. World Health Organization (WHO) (2010). Key Components of a Well-functioning Health System. Ginebra: Mayo, Disponible en línea en: http://www.who.int/healthsystems/publications/hss_key/en/index.html.
79. WHO, (2008) Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological and substance use disorders; Geneva: WHO.
80. Xenitidis, K., Gratsa, A., Bouras, N., Hammond, R., Ditchfield, H., Holt, G., Martin, J. and Brooks, D. (2004). Psychiatric inpatient care for adults with intellectual disabilities: Generic or specialist units? *Journal of Intellectual Disability Research*. Vol 48(1), 11-18.
81. Zukerfeld, R. (2002): "Psicoanálisis, vulnerabilidad somática y resiliencia". *Revista Panamericana*. IV Congreso Argentino de Psicoanálisis.