



150 AÑOS

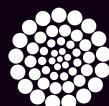
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

COLECCIÓN DE ANIVERSARIO

LA DEPRESIÓN Y OTROS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

DOCUMENTO DE POSTURA

María Elena Medina Mora
Elsa Josefina Sarti Gutiérrez
Tania Real Quintanar



CONACYT

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología



150 AÑOS

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

LA DEPRESIÓN
Y OTROS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

DOCUMENTO DE POSTURA

Mesa Directiva
de la Academia Nacional de Medicina
2013-2014

Presidente
Dr. Enrique Ruelas Barajas

Vicepresidente
Dr. Enrique Graue Wiechers

Secretario General
Dr. Javier Mancilla Ramírez

Tesorero
Dr. Germán Fajardo Dolci

Secretaria Adjunta
Dra. Elsa Josefina Sarti Gutiérrez

Comité Organizador de las Actividades Conmemorativas
del CL Aniversario de la Fundación
de la Academia Nacional de Medicina de México

Presidente
Dr. Enrique Ruelas Barajas

Coordinador General
Dr. Carlos E. Varela Rueda

Coordinador del Subcomité de Actividades Científicas
Dr. Raúl Carrillo Esper

Coordinador del Subcomité de Actividades Editoriales
Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg

Coordinador del Subcomité de Actividades Culturales
Dr. Emilio García Procel†
Dr. Julio Sotelo Morales

Coordinador del Subcomité de Actividades Sociales
Dr. Germán Fajardo Dolci



150 AÑOS

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

LA DEPRESIÓN Y OTROS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

DOCUMENTO DE POSTURA

Editoras:

María Elena Medina Mora
Elsa Josefina Sarti Gutiérrez
Tania Real Quintanar



DERECHOS RESERVADOS © 2015, por:

Academia Nacional de Medicina (ANM)

Editado, impreso y publicado, con autorización de la Academia Nacional de Medicina, por



Intersistemas, S.A. de C.V.

Aguilar y Sejas 75
Lomas de Chapultepec
11000, México, D.F.
Tel. (5255) 5520 2073
Fax (5255) 5540 3764
intersistemas@intersistemas.com.mx
www.intersistemas.com.mx

La depresión y otros trastornos psiquiátricos

Primera edición

Colección: Documentos de Postura

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede reproducirse, almacenarse en cualquier sistema de recuperación inventado o por inventarse, ni transmitirse en forma alguna y por ningún medio electrónico o mecánico, incluidas fotocopias, sin autorización escrita del titular de los derechos de autor.

ISBN 978-607-443-528-3

Advertencia

Debido a los rápidos avances en las ciencias médicas, el diagnóstico, el tratamiento, el tipo de fármaco, la dosis, etc., deben verificarse en forma individual. El(las) autor(es) y los editores no se responsabilizan de ningún efecto adverso derivado de la aplicación de los conceptos vertidos en esta publicación, la cual queda a criterio exclusivo del lector.



Reproducir esta obra en cualquier formato es ilegal. Infórmate en: info@cempro.org.mx

Créditos de producción

Alejandro Bravo Valdez
Asesor editorial

Dra.(c) Rocío Cabañas Chávez
Cuidado de la edición

LDG Edgar Romero Escobar
Diseño de portada

Blanca E. Gutiérrez Resinos
Formación

LDG Edgar Romero Escobar
Coordinación de proyectos

J. Felipe Cruz Pérez
Control de calidad

Impreso en México

Printed in Mexico

Editoras

Dra. María Elena Medina Mora

Directora General del Instituto Nacional de Psiquiatría

Ramón de la Fuente Muñiz

Miembro de El Colegio Nacional

Académica, Academia Nacional de Medicina de México

[1, 3]

Dra. en Ciencias Elsa Josefina Sarti Gutiérrez

Ex Presidenta de la Sociedad Mexicana de Salud Pública

Directora de Epidemiología en América Latina

Sanofi Pasteur

[1]

V

Mtra. Tania Real Quintanar

Investigadora en Ciencias Médicas

Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

[1]

Colaboradores

Dr. G. Isaac Acosta Castillo

Investigador en Ciencias Médicas

Laboratorio de Demencias

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

[7]

Lic. Nancy G. Amador Buenabad

Investigadora en Ciencias Médicas

Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

[1]

Dra. Claudia Becerra Palars, MD MSc

Médico Psiquiatra

Coordinadora de la Clínica de Trastornos del Afecto

Dirección de Servicios Clínicos

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Tesorera Asociación Psiquiátrica Mexicana

Bienio 2014-2015

[11]

Dra. Corina Benjet

Investigadora en Ciencias Médicas

Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

[6]

Dra. Shoshana Berenzon Gorn

Investigadora en Ciencias Médicas

Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

[19]

Dr. Carlos Berlanga

Subdirector de Investigaciones Clínicas

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

[13]

Dr. Guilherme Borges

Investigador en Ciencias Médicas

Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco

[24]

Mtra. Leslie Borsani

Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

[24]

Lic. Fransilvania Callejas

Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

[8]

Dr. Enrique Chávez León

Coordinador de Psicología Clínica, Universidad Anáhuac México Norte

Presidente electo de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C. (2016-2017)

Profesor del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental

Facultad de Medicina, UNAM

[26]

Dra. Rosa Díaz Martínez

Investigadora en Ciencias Médicas

Jefa del Departamento de Rehabilitación

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

[16]

Dra. Patricia Fuentes de Iturbe

Jefa del Departamento de Información en Salud Mental
Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
[9, 23]

Mtro. José Ángel García

Maestro en Población y Desarrollo
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
[24]

Dr. Joaquín R. Gutiérrez

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental
Facultad de Medicina
Universidad Nacional Autónoma de México
[12]

Mtro. Rafael Gutiérrez

Investigador en Ciencias Médicas
Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
[9]

Dr. Gerhard Heinze

Departamento de Psiquiatría y Salud Mental
Facultad de Medicina
Universidad Nacional Autónoma de México
[12]

Dra. Ma. Asunción Lara

Jefa del Departamento de Modelos de Intervención
Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
[5]

Dra. María del Carmen Lara Muñoz

Directora de Acompañamiento Universitario
B. Universidad Autónoma de Puebla
Académica, Academia Nacional de Medicina de México
[2]

Dr. Eduardo A. Madrigal de León

Titular de los Servicios de Atención Psiquiátrica
Secretaría de Salud
[18]

Mtro. Rodrigo Marín Navarrete
Investigador en Ciencias Médicas
Subdirección de Investigaciones Clínicas
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
[3]

Dra. Jazmín Mora Ríos
Investigadora en Ciencias Médicas
Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
[22]

MSc. Guillermina Natera Rey
Directora de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
[8]

Mtra. Laura Navarrete
Investigadora en Ciencias Médicas
Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
[5]

Dra. Lourdes Nieto
Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
[5]

Dra. Ma. Magdalena Ocampo Regla
Jefa de Servicio
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
[21]

Dr. Martha Patricia Ontiveros Uribe
Subdirectora de Hospital y Atención Psiquiátrica Continua
Instituto Nacional Psiquiatría Ramón de La Fuente Muñiz
[20]

Dra. María Luisa Rascón Gasca
Investigadora en Ciencias Médicas
Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
[15]

Lic. Eva Ma. Rodríguez

Investigadora en Ciencias Médicas

Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

[9]

Dra. Ana Luisa Sosa Ortiz

Investigadora en Ciencias Médicas

Laboratorio de Demencias

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

[7]

Dr. Gabriel E. Sotelo Monroy

Médico Cirujano y Maestro en Investigación de Servicios de Salud

Universidad Nacional Autónoma de México

Director de Gestión de Servicios

Servicios de Atención Psiquiátrica-Secretaría de Salud

[25]

Dr. Manuel Urbina

Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina

Coordinador del Comité Permanente para el Estudio de los Determinantes

Sociales de la Salud en México

Coordinador del área de Demografía Médica

Maestro en Salud Pública

[4]

Dr. Marcelo Valencia C.

Investigador en Ciencias Médicas

Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

[17]

Dra. Ingrid Vargas Huicochea

Investigadora en Ciencias Médicas

Subdirección de Investigaciones Clínicas

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

[19]

Dr. Armando Vázquez López-Guerra

Director de Servicios Clínicos

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

[14]

Lic. Leticia Vega Hoyos
Investigadora en Ciencias Médicas
Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz
[9]

Dr. Hamid Vega
Médico Psiquiatra/Mtro. en Salud Mental Pública
Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz/
Universidad Nacional Autónoma de México
Coordinador del Programa de Salud Mental
Clínica Especializada Condesa
[10]

X

CONTENIDO

Presentación	XXIII
<i>Enrique Ruelas Barajas</i>	XI

Introducción.....	1
-------------------	---

Este libro reúne reflexiones de especialistas acerca de la manera en que los problemas de salud mental afectan al país, con el propósito de recomendar políticas y proponer un posicionamiento a la Academia Nacional de Medicina. Se parte del convencimiento de que sin salud mental no hay salud. La enfermedad mental disminuye la calidad de vida de los enfermos y compromete la sobrevida de pacientes con enfermedades crónicas; es un componente esencial de la salud general.

Sección I: Identificación y diagnóstico de los trastornos psiquiátricos	13
---	----

1. La enfermedad mental en México	15
---	----

María Elena Medina Mora

Tania Real

Nancy Amador

En este capítulo, la atención se centra en los retos y oportunidades para una mejor calidad de vida en el contexto de la enfermedad mental en México. Se presentan reflexiones sobre los condicionantes de la diferencia en la atención de las enfermedades mentales, que son frecuentes, ocupan un lugar importante en la carga global de enfermedad, se acompañan de mucho sufrimiento y cuya atención presenta un importante rezago, a pesar de contar con tratamientos efectivos.

<i>¿Cuál es el problema al que nos enfrentamos?</i>	15
<i>¿Hay lugar para un cambio de paradigma?</i>	18
<i>La promoción de la salud mental</i>	20
<i>Los modelos de prevención</i>	22
<i>El tratamiento</i>	23
<i>Recomendaciones</i>	24

2. La comorbilidad entre los trastornos mentales y otras enfermedades	29
---	----

María del Carmen Lara Muñoz

En la actualidad se reconoce que la propia depresión puede ser un factor causal en diferentes enfermedades, como la enfermedad isquémica del corazón, diabetes y enfermedades cerebrovasculares. En este capítulo se aborda la comorbilidad de la depresión con las principales enfermedades no transmisibles en México y el mundo: enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus y cáncer. También se muestra la eficacia de los antidepresivos y la psicoterapia en el tratamiento de la depresión en pacientes con enfermedades médicas.

<i>Enfermedades cardiovasculares</i>	30
Prevalencia	31
Mecanismos de comorbilidad	31
Tratamiento	31
<i>Diabetes</i>	32
Prevalencia	32
Diagnóstico y tratamiento	33
<i>Cáncer</i>	34
Prevalencia	35
<i>Recomendaciones</i>	36

XII

3. Comorbilidades en los trastornos por consumo de sustancias	39
---	-----------

Rodrigo Marín Navarrete

María Elena Medina Mora

En este capítulo se presenta una revisión del estudio de la comorbilidad entre trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos, a partir del análisis de aspectos conceptuales, epidemiológicos, etiológicos y las barreras a tratamiento más importantes de esta población. Asimismo, se mencionan los retos y las recomendaciones para dar respuesta a este fenómeno de salud mental pública en México.

<i>Introducción</i>	39
<i>Generalidades de la comorbilidad entre los TCS con OTP</i>	40
<i>Aproximaciones teóricas</i>	41
Estudios de comorbilidad en los TCS en México	46
<i>Barreras de acceso al tratamiento</i>	50
Disponibilidad de servicios para la atención de la comorbilidad cocurrente	51
<i>Discusión y conclusiones</i>	53
<i>Recomendaciones</i>	54

4. Los determinantes sociales de la salud y de la salud mental	59
--	-----------

Manuel Urbina Fuentes

Se analizan los determinantes sociales de la salud mental y la importancia de desarrollar más programas, financiamiento y políticas públicas en esta materia. Se enfatiza la necesidad de planear e implementar acciones en todas las etapas de la vida para mejorar la salud mental, promover y apoyar financieramente estudios de investigación sobre resiliencia, inequidades y trastornos de salud mental, además de evaluar el progreso de las intervenciones en la integración de las personas con enfermedad mental en la sociedad, entre otras.

<i>Los determinantes sociales de la salud</i>	59
<i>Los determinantes sociales de la salud mental y de los trastornos de salud mental</i>	62
<i>La magnitud del problema</i>	65
<i>Recomendaciones</i>	71

Recomendación 1	72
Recomendación 2	74
Recomendación 3	74
Recomendación 4	75
Recomendación 5	75
Recomendación 6	75

Sección II La enfermedad mental en el ciclo vital

5. La depresión perinatal	81
---------------------------------	----

Ma. Asunción Lara

Laura Navarrete

Lourdes Nieto

Introducción	81
Depresión en el embarazo	82
Depresión posparto (DPP)	82
Depresión perinatal en grupos particulares	84
Atención a la depresión perinatal	85

XIII

6. La salud mental del niño y del adolescente	91
---	----

Corina Benjet

Este capítulo hace énfasis en la importancia de contar con una salud mental positiva. Para lograrla, los niños y adolescentes requieren un entorno que les proporcione seguridad, respeto y amor para desarrollar un concepto positivo de sí mismos y un trato similar con los demás, un entorno con cierta estabilidad que les proporciona suficientes elementos para saber qué esperar de su entorno, oportunidades de crecimiento y consecuencias claras, consistentes y apropiadas de sus acciones.

Introducción	91
El problema y su atención	92
Recomendaciones para políticas de salud pública	93
Colaboración con el sector educativo	94
Promoción de la salud mental positiva	95
Servicios en la comunidad, escuelas, atención primaria y vía Internet	95
Formación de recursos humanos y disponibilidad de servicios con base en evidencia	96
Reducción de las barreras	97
Monitoreo y evaluación	97
Conclusiones	97

7. La salud mental del adulto mayor.....	101
--	-----

Ana Luisa Sosa Ortiz

G. Isaac Acosta Castillo

En este capítulo se centra la atención en el grupo de adultos mayores y cómo éste presenta varias características biológicas y psicosociales que lo hacen especialmente susceptible a la presentación de enfermedades mentales. En esta etapa de la vida, se incrementan los factores de estrés biológico, psicológico y social, al mismo tiempo que se ve mermada la

capacidad de adaptación, lo que, a su vez, aumenta la vulnerabilidad a la enfermedad mental. Lo anterior contribuye al incremento de la necesidad de cuidado a largo plazo, lo que favorece el surgimiento de aislamiento, la soledad y el estrés psicológico crónico.

<i>Introducción</i>	101
<i>La salud mental del adulto mayor y su atención</i>	102
<i>Recomendaciones</i>	105

Sección III: Poblaciones especiales y salud mental: análisis de tres retos

8. La atención a poblaciones indígenas	113
---	-----

*Guillermina Natera Rey
Fransilvania Callejas*

En este capítulo se analiza cómo a pesar de que los trastornos mentales se encuentran entre las principales causas de años de vida perdidos por discapacidad, se destinan pocos recursos para su atención. La población indígena está en una situación de desigualdad en cuanto al acceso a los servicios de salud mental. El Estado debe retribuir y contribuir de manera cabal propiciando en las comunidades indígenas una mejor calidad de vida, proporcionándoles mejores condiciones socioeconómicas para una subsistencia digna con equidad y sustentabilidad ecológica.

<i>Introducción</i>	115
<i>Acceso a los servicios de salud</i>	117
La interculturalidad	119
<i>El uso nocivo del alcohol, su relación con la violencia y género</i>	120
<i>Disponibilidad de alcohol</i>	121
<i>Accesibilidad a centros de salud</i>	122
<i>Consideraciones para las políticas públicas</i>	123

9. Los problemas de salud mental y las trabajadoras sexuales	127
--	-----

Eva Ma. Rodríguez, Patricia Fuentes de Iturbe, Leticia Vega, Rafael Gutiérrez

Son escasos los estudios que se ocupan tanto de la salud mental de las trabajadoras sexuales, como del contexto y las condiciones donde se ejercen su actividad. En este capítulo se abordan los problemas de salud de mental, que suelen hacerse “invisibles”, en un grupo de mujeres en condición de vulnerabilidad, como lo son las trabajadoras sexuales.

<i>Introducción.....</i>	127
<i>Conceptos</i>	127
<i>El problema y su atención</i>	128
Perfil sociodemográfico	130
Trabajo sexual y depresión	130
Estrés postraumático	131
Violencia en el trabajo sexual y consumo de sustancias	132
<i>Recomendaciones</i>	133
10. VIH y salud mental.....	137

Edgardo Hamid Vega Ramírez

Existe un grupo de trastornos mentales en personas con VIH que son más prevalentes que en la población general, como los trastornos afectivos, los trastornos de ansiedad,

el deterioro cognitivo y los trastornos por uso de sustancias. Es necesario conformar equipos multidisciplinarios para el diagnóstico y manejo diagnóstico y buen control de estos trastornos mentales, con la intención de prevenir las consecuencias, tanto para el control de la infección por el VIH, como para la estabilización del trastorno mental que la persona padezca.

<i>Introducción</i>	137
<i>El estigma en el VIH, la otra epidemia</i>	138
<i>La salud mental en el VIH</i>	139
<i>Atención en salud a personas con VIH en México</i>	143
<i>Recomendaciones para las políticas públicas sobre la atención a la salud mental y el VIH</i>	144

Sección IV: Modelos de intervención para los trastornos psiquiátricos

151

11. Las guías de práctica clínica	153
--	-----

Claudia Becerra Palars

XV

La prevalencia de las enfermedades mentales ha ido incrementándose a lo largo de los últimos años, de tal modo que se han generado altos costos sanitarios por su atención y por la discapacidad asociada. Es necesario contar con estándares adecuados de tratamiento para problemas tan graves, como lo es la depresión. Debe contarse con modelos estandarizados de atención, guías de práctica clínica, que refieran recomendaciones sistemáticas que ayuden al profesional de la salud y al paciente a tomar decisiones adecuadas a las circunstancias clínicas específicas.

<i>Introducción</i>	153
<i>El problema y su atención</i>	155
<i>Recomendaciones</i>	157

12. El tratamiento farmacológico de la depresión	161
---	-----

Gerhard Heinze
Joaquín R. Gutiérrez

El surgimiento de los fármacos con acción antidepresiva significó una esperanza para el manejo de este trastorno. En la actualidad, se cuenta con un amplio arsenal de antidepresivos (AD), todos ellos con bondades farmacológicas, lo que representa la posibilidad de brindar a las personas con depresión una mejoría tanto de sus síntomas, como de su calidad de vida.

<i>Introducción</i>	161
<i>Historia los antidepresivos</i>	162
<i>Mecanismos neurobiológicos de los antidepresivos</i>	163
<i>Diseños experimentales para evaluar la efectividad de los antidepresivos</i>	165
<i>Indicaciones para el uso de antidepresivos</i>	165
Objetivo del tratamiento con antidepresivos	165
Elección del tratamiento para la depresión	166
Antidepresivos	166
Estrategias teóricas para el manejo de los episodios depresivos	166
Subtipos de depresión y las recomendaciones de manejo	168
Uso de antidepresivos según la severidad de la depresión	169

Uso de la clinimetría para medir respuesta	
a antidepresivos	170
Respuesta, remisión y recuperación	170
Recidiva y recurrencia	171
Depresión resistente a tratamiento con antidepresivos	172
<i>Farmacovigilancia</i>	173
<i>Reacciones adversas a los medicamentos</i>	174
Reacciones adversas más frecuentes de los antidepresivos	174
Riesgo de suicidio en adolescentes	175
Síndrome serotoninérgico	175
<i>Uso de antidepresivos en el embarazo</i>	176
<i>Cumplimiento del tratamiento con antidepresivos</i>	176
<i>Proyección a futuro y tratamiento personalizado con antidepresivos</i>	177
Farmacogenética y farmacogenómica	177
<i>Conclusión</i>	178
13. Los casos resistentes. Caso clínico	185
<i>Carlos Berlanga</i>	
Para poder enfrentar las situaciones clínicas de resistencia terapéutica, es necesario identificar en qué momento se debe considerar un trastorno como resistente, cómo se seleccionan los tratamientos con base en los principios farmacológicos y en el conocimiento de la neurobiología de la depresión, y cuáles son los beneficios que se obtienen con su prevención y detección temprana. Todo lo anterior con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes y reducir en lo posible el costo excesivo que representan para los servicios de salud mental y para la salud pública en general.	
<i>Reporte de caso</i>	185
<i>Introducción</i>	185
<i>Definición y causas de la depresión resistente</i>	186
<i>Identificación y evaluación de los casos resistentes</i>	187
<i>Estrategias de tratamiento</i>	189
<i>Opciones de tratamiento de depresión resistente</i>	189
Optimización	189
<i>Cambio</i>	190
<i>Combinación</i>	191
Adición	191
<i>Conclusiones</i>	192
14. Manejo psicoterapéutico de la depresión y otros trastornos psiquiátricos	195
<i>Armando Vázquez</i>	

En este capítulo se analiza cómo el manejo de los diversos trastornos psiquiátricos comprende varios componentes, entre los que destacan el farmacológico y el psicoterapéutico. Sin embargo, se hace hincapié en no olvidar los aspectos familiares, sociales, ambientales y económicos. Todos ellos intervienen en mayor o menor grado en el éxito del tratamiento de los padecimientos mentales.

<i>La psicoterapia médica</i>	196
<i>Psicoterapia de apoyo</i>	198
<i>Terapia conductual</i>	199
<i>Terapia cognitiva</i>	200
<i>Terapia interpersonal</i>	201

<i>Psicoterapia psicodinámica</i>	203
<i>Psicoterapia breve de orientación dinámica</i>	203
<i>La psicoterapia breve en casos de depresión</i>	204
<i>Conclusiones</i>	205

15. La atención de la familia y el cuidado de las personas con enfermedad mental	209
---	-----

María Luisa Rascón Gasca

En este capítulo se pone de manifiesto que en México no ha habido una política específica para la atención de la familia. Las de asistencia social que hay atienden a un grupo poblacional y se centran en la protección. Así, desconocen las necesidades y requerimientos de la familia, en particular para llevar a cabo el cuidado de un miembro con un trastorno mental grave y crónico.

<i>Introducción</i>	209
<i>¿Cuáles son las necesidades de los familiares de las personas con trastornos mentales?</i>	210
<i>Respuestas a las necesidades invisibles</i>	213

16. La rehabilitación psiquiátrica integral	217
--	-----

Rosa Díaz Martínez

En este capítulo se centra la atención en la necesidad del tratamiento continuo en la rehabilitación psiquiátrica integral y se destaca que, a pesar de la importante carga de enfermedad que representan los trastornos mentales, existe una baja utilización de los servicios por parte de la población que presenta este tipo de padecimientos. Como un ejemplo de lo que convendría hacer para mejorar algunos aspectos de la rehabilitación psiquiátrica integral, se explica el programa del INPRFM para la rehabilitación integral del paciente con esquizofrenia.

<i>Introducción</i>	217
<i>El programa para la rehabilitación integral de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del INPRFM</i>	218
Ingreso al programa	219
Beneficios del programa	220
<i>Conclusiones</i>	221
<i>Recomendaciones finales</i>	222

17. Desarrollo de habilidades en personas con esquizofrenia	225
--	-----

Marcelo Valencia C.

En este capítulo se discute el desarrollo de habilidades en personas con esquizofrenia en consideración de los tratamientos psicosociales, para prevenir el estigma y la discriminación, aspectos a los cuales están expuestas de manera cotidiana. Además, se explica la necesidad fundamental de que también los familiares de los pacientes aprendan habilidades.

<i>Introducción</i>	225
<i>El problema y su atención: tratamientos psicosociales para el desarrollo de habilidades</i>	228
<i>La medicina basada en la evidencia</i>	231
<i>Recomendaciones</i>	233

Sección V: Políticas públicas para la atención de los trastornos psiquiátricos 239

18. Cobertura universal de la atención de las enfermedades mentales	241
--	-----

Eduardo A. Madrigal de León

En este capítulo se hace énfasis en la necesidad de ver y atender la salud física y mental de los pacientes desde una perspectiva integral e inserta en los sistemas y servicios de atención a la salud en general. Para ello, se propone que todas las unidades hospitalarias del país cuenten con servicios de atención psiquiátrica bajo un modelo de atención estandarizado.

<i>Introducción</i>	241
<i>Carga y atención de las enfermedades mentales en México ..</i>	242
<i>Nueve prioridades</i>	245
Fortalecimiento y modernización de los servicios especializados existentes	245
Desarrollo del modelo de atención en hospitales generales y de alta especialidad	245
Fortalecimiento del primer nivel de atención	246
Desinstitucionalización de pacientes y protección de las personas con deterioro cognitivo grave y en estado de abandono	247
Fortalecimiento de la investigación como vehículo de la innovación y control de calidad	247
Implementación de modelos de atención comunitaria	247
Capacitación de los equipos de salud	248
Formalizar un sistema eficiente de referencia y contrarreferencia	248
Adecuación del Seguro Popular	249
<i>Problemas emergentes</i>	249
19. Infraestructura para la atención de la depresión	251

Shoshana Berenzon Gorn

Ingrid Vargas Huicochea

En este capítulo, se centra la atención en la infraestructura para la atención no sólo de la depresión, sino también de otros trastornos psiquiátricos. Se enfatiza el trato dispar que en nuestro país se concede a las enfermedades mentales con respecto a otros trastornos médicos y los escasos fondos que se destinan a la salud mental. Asimismo, se plantea la meta de un sistema integral, articulado y escalonado donde la mayoría de los pacientes se atienda en el primer nivel.

<i>¿Por qué hablar de la brecha en la atención?</i>	251
<i>¿Cómo y dónde debe atenderse la depresión?</i>	252
<i>¿Cuál ha sido la experiencia de la atención de la depresión en México?</i>	254
<i>¿Hacia dónde dirigir nuestros esfuerzos?</i>	257

20. Los estándares de calidad	261
--	-----

Martha Patricia Ontiveros Uribe

En este capítulo se aborda el problema de la insatisfacción ante la atención médica, que ha aumentado entre los pacientes y los proveedores (personal e instituciones de salud),

a pesar de los éxitos médicos logrados en los siglos XX y XXI, debido, por ejemplo, al mayor nivel de educación de los pacientes y al mayor acceso a la información. Además, se examina el deterioro en la relación médico-paciente, por la desconfianza e insatisfacción de este último hacia los médicos, el personal de salud y las instituciones.

<i>Antecedentes</i>	261
<i>Definiciones</i>	261
<i>Definición de calidad</i>	262
<i>El diagnóstico en la calidad de la atención</i>	266
<i>El tratamiento en la calidad de la atención</i>	267
<i>La calidad en los servicios de psiquiatría y salud mental</i>	269
<i>Seis metas internacionales</i>	270
<i>Diez principios básicos en el cuidado de la salud mental OMS</i>	272
<i>Estrategias para mejorar la calidad de la atención</i>	
<i>en pacientes deprimidos</i>	272
<i>Conclusiones</i>	273
21. El Seguro Popular	277

M. Magdalena Ocampo Regla

El capítulo explica los antecedentes, el desarrollo, los propósitos y las características del Seguro Popular. Explica la integración del CAUSES, el documento de referencia para la operación del Sistema de Protección Social en Salud, fundamentado en criterios epidemiológicos. Especifica las intervenciones de primer nivel, los servicios de hospitalización y cirugía, así como los medicamentos y los estudios de laboratorio y gabinete que cubre este sistema.

<i>Antecedentes</i>	277
<i>Seguro Popular</i>	278
Diagnóstico y tratamiento por déficit de atención con componente hiperactivo	281
Diagnóstico y tratamiento del autismo y síndrome de Asperger	282
Diagnóstico y tratamiento de trastornos afectivos	282
Diagnóstico y tratamiento de trastornos de ansiedad	283
Diagnóstico y tratamiento de trastornos psicóticos	284

22. Discriminación y políticas públicas sobre enfermedades mentales	285
--	------------

Jazmín Mora Ríos

En este capítulo, la atención se centra en cómo se está haciendo frente al estigma y la discriminación hacia las enfermedades mentales en México y, en concreto, se presentan reflexiones en torno a las políticas públicas. Asimismo, se mencionan los desafíos en México para impulsar una estrategia dirigida a reducir el estigma y la discriminación hacia las personas con enfermedades mentales. Es importante que diversos sectores unan esfuerzos para erradicar el estigma asociado con estos padecimientos.

<i>El problema y su atención</i>	287
¿Qué se sabe del estigma y la discriminación hacia las enfermedades mentales en México?	287
Reflexiones en torno a las políticas públicas	292
Desafíos para las políticas públicas	296

23. Intervenciones selectivas en salud mental	301
--	------------

Patricia Fuentes de Iturbe

Este capítulo aborda el tema de las intervenciones selectivas en salud mental, en el contexto de la atención de poblaciones en condición de vulnerabilidad. Se revisan las recomendaciones y estrategias emitidas por organismos internacionales, tanto para la implementación de intervenciones basadas en la evidencia en salud mental –incluidos problemas de alcohol y drogas–, como para la capacitación del personal de salud para mejorar la atención de la población que las requiere.

<i>Introducción</i>	301
<i>El problema y su atención</i>	302
<i>Plan de Acción sobre Salud Mental de la OMS 2013-2020</i>	303
<i>Programa Conjunto UNODC/OMS sobre el Tratamiento y la Atención de la Drogodependencia 2010.....</i>	304
<i>Modelos de intervención en salud mental: transferencia tecnológica</i>	305
<i>Recomendaciones para políticas públicas</i>	307

XX 24. Suicidio.....	313
-----------------------------	------------

Guilherme Borges
José Ángel García
Leslie Borsani

El objetivo de este capítulo es presentar los aspectos básicos de la epidemiología del suicidio en México, entendiéndolo como la muerte autoinfligida, y poniendo énfasis en las acciones para prevenirla. Éstas incluyen los fundamentos, la formulación e implementación de una estrategia nacional para la prevención del suicidio y, como se verá, implica la acción de diferentes actores y sectores de la sociedad.

<i>Suicidio, definición y mortalidad</i>	313
<i>Factores de riesgo para el suicidio</i>	317
<i>Prevención del suicidio</i>	318
<i>Fundamentos para desarrollar una estrategia de prevención del suicidio en México</i>	320

25. El marco legal.....	325
--------------------------------	------------

Gabriel E. Sotelo Monroy

Aquí se aborda el marco legal para la atención de las personas con trastornos mentales con o sin discapacidad. Se analiza la regulación internacional y nacional de la atención de los trastornos mentales desde una perspectiva de derechos humanos, en función de que las leyes, políticas, programas, etc. representan una manera de mejorar la vida de las personas con estas enfermedades y la oportunidad de gozar de mejores servicios. La salud mental es un derecho fundamental del ser humano y es obligación del Estado el garantizarla.

<i>Introducción</i>	325
<i>Instrumentos vinculantes internacionales</i>	327
<i>Instrumentos vinculantes interamericanos</i>	329
<i>Estándares técnicos internacionales</i>	330
<i>Estándares técnicos interamericanos</i>	331
<i>Instrumentos jurídicos nacionales</i>	332
<i>Conclusiones y recomendaciones</i>	334

Enrique Chávez León

En la salud mental, la ética ha permitido desarrollar principios y enfoques que guían la práctica clínica para satisfacer las responsabilidades para con el paciente, la comunidad y la sociedad, favoreciendo un equilibrio entre la libertad del paciente, el poder del Estado para actuar en beneficio de aquél y su deber de proveer el tratamiento. Contar con médicos preparados en la salud mental y especialistas de alto nivel con principios morales y comportamientos éticos y en continua actualización científica redundará en el mejor interés del paciente.

<i>Códigos de ética</i>	340
Códigos en psiquiatría	344
<i>El diagnóstico en psiquiatría</i>	344
<i>El tratamiento en psiquiatría</i>	346
Consentimiento informado	347
Voluntarismo	352
Trastorno depresivo mayor y suicidio	352
Trastorno depresivo mayor y terapia electroconvulsiva	355
<i>Conclusiones</i>	358

XXI

Con base en el análisis que se hizo en la obra y en consideración de la problemática actual de nuestro país en el ámbito de la salud mental, se presentan recomendaciones para la política de salud y posicionamiento de la ANM, agrupadas según el ámbito al que atañen: paradigma de atención, atención a lo largo del ciclo vital, componentes de la atención, concepto de salud positiva, promoción de la salud y prevención de enfermedades, brecha de tratamiento, trastornos asociados, grupos en mayor rezago, guías de práctica clínica, evaluación, investigación, generación del conocimiento y aplicación en la comunidad, políticas de investigación, formación de recursos humanos, marco normativo y ética.

PRESENTACIÓN

Desde enero de 1912, la Academia Nacional de Medicina ha sido “Cuerpo Consultivo del Gobierno Federal” por disposición del presidente Francisco I. Madero. A través de más de cien años ha desempeñado este papel en diferentes momentos a solicitud de diversas autoridades. A casi un siglo de haber recibido esta encomienda, la Mesa Directiva en turno, bajo la presidencia del doctor David Kershenobich, tomó la decisión de adoptar una posición proactiva que demostrase el interés de la Academia de contribuir a la solución de importantes problemas de salud pública, sin esperar peticiones expresas para hacerlo. De esta manera, entre 2011 y 2012 se elaboraron y publicaron dos documentos de postura sobre sendos problemas altamente prioritarios, dadas las condiciones demográficas y epidemiológicas de la población mexicana, uno sobre envejecimiento y el otro sobre obesidad. En ese mismo periodo se inició la realización de otro sobre diabetes mellitus.

A partir del inicio de 2013 y con miras a celebrar el CL Aniversario de la Fundación de la Academia en 2014, la actual Mesa Directiva 2013-2014 decidió establecer un proyecto específico para desempeñar de manera activa y permanente el papel de órgano consultivo. Para ello se creó el Programa de análisis y propuestas sobre grandes problemas nacionales de salud (PRAP) con un importante apoyo del Conacyt, sin precedente. El propósito del PRAP es fomentar el encuentro de científicos, miembros de nuestra Corporación, pero también de otros ámbitos, para desarrollar documentos de postura que deben tener dos características: estar fundamentados en la evidencia científica sobre el tema en cuestión y hacer propuestas concretas de política pública para su solución. Por otra parte, el PRAP tiene dos grandes subprogramas: Problemas de salud y Problemas del sistema de salud. En torno a estos dos grandes ámbitos versan todos los documentos producidos.

Como resultado del trascendente financiamiento del Conacyt, de la entusiasta respuesta de los académicos, de todas las personalidades que aceptaron participar en la elaboración de estos documentos y con objeto de dar el merecido realce a la celebración del sesquicentenario, en el periodo correspondiente a esta Mesa Directiva habrán de ser publicados cerca de 20 Documentos de Postura, un hecho inédito en la historia de la Academia. El que tiene usted en sus manos es un claro testimonio de ello. De esta manera, la Academia Nacional de Medicina no sólo cumple a cabalidad el encargo presidencial de 1912 sino que, además, demuestra una actitud responsablemente proactiva y un alto compromiso con la salud de la nación mexicana.

Enrique Ruelas Barajas
Presidente

XXIV

INTRODUCCIÓN

Por iniciativa de la Academia Nacional de Medicina (ANM), un grupo de académicos y especialistas invitados nos reunimos para escribir un libro con reflexiones sobre la manera en que los problemas de salud mental afectan al país, con el fin de recomendar políticas y proponer un posicionamiento a la ANM.

Partimos del convencimiento de que sin salud mental no hay salud, la enfermedad mental disminuye la calidad de vida de los enfermos y compromete la sobrevida de pacientes con enfermedades crónicas; es un componente esencial de la salud general. Si bien su tratamiento ha mostrado avances, el rezago en la atención es aún importante. La incorporación del tratamiento de la enfermedad mental al Sistema de Protección Social en Salud y al CAUSES le ha dado su lugar como enfermedad con derecho a tratamiento para los más de 50 millones de personas que no tenían acceso a seguridad social. Esto presenta una oportunidad para una nueva aproximación al problema, pero aún quedan asuntos por resolver con el fin de asegurar que todos los pacientes reciban su medicación, que se incorporen otras enfermedades mentales y que se asegure el tratamiento de mediana estancia para los pacientes que así lo requieren.

Se busca avanzar a la cobertura universal de la atención, siguiendo un modelo de escalamiento de servicios con acciones en los centros de atención primaria, en hospitales generales y en hospitales de tercer nivel especializados en salud mental y en otras patologías. La evidencia de la elevada comorbilidad entre la enfermedad mental, las adicciones y otras enfermedades crónicas lleva a la necesidad de un cambio de paradigma hacia el tratamiento integral. Las personas que viven en situaciones de abandono en los hospitales requieren ser reubicados, mediante un programa que garantice el apoyo a la familia o la disponibilidad de hogares protegidos o supervisados, de modo que se asegure la disponibilidad de fármacos

y se evite que vivan en las calles. El primer nivel de atención está en una posición privilegiada para identificar a las personas que enferman, tratarlas y canalizarlas a tratamiento, de tal modo que se prevenga un trayecto hacia el agravamiento de la condición e importantes pérdidas para las personas que enferman. Los enfermos que son atendidos en hospitales generales por otras condiciones que ocurren en paralelo deben recibir la atención que requieren mediante la incorporación de plazas de psiquiatría en los hospitales en un primer momento y de camas o unidades de atención psiquiátrica en un segundo momento.

Se propone conjuntar esfuerzos y recursos para atender la salud de la población integrar su atención al sistema nacional de salud lo que fortalecerá el cuidado a la salud general. La educación de la población para combatir el estigma, la capacitación a estudiantes y profesionales de la salud en el tratamiento en los tres niveles de atención y en el ámbito comunitario así como la investigación para la acción, todas ellas estrategias fundamentales por medio de las cuales será posible la implementación del modelo de atención a la salud mental sensible a la cultura, de calidad y calidez, que merecen los mexicanos.

La Academia Nacional de Medicina, en su papel de cuerpo consultivo del Gobierno Federal, se ha propuesto analizar los principales problemas de salud, con el fin de consolidar propuestas que lleven a un posicionamiento, y ha elegido a la atención de la depresión y otros trastornos mentales como uno de sus temas de interés.

El libro se encuentra dividido en cinco secciones, la sección I presenta el diagnóstico de los trastornos psiquiátricos en las diferentes etapas de la vida. La conforman cuatro capítulos. El capítulo 1, “La enfermedad mental en México”, es un texto introductorio que hace una revisión de los retos y las oportunidades para una mejor calidad de vida y presenta un panorama de la situación actual en nuestro país con base en los costos de la enfermedad por los años de vida perdidos por mortalidad prematura y principalmente por discapacidad; muestra las cifras de prevalencia por grupos y describe cómo, a pesar de las altas prevalencias, las personas no reciben tratamiento o tardan mucho tiempo en llegar a él. Explica que la brecha de tratamiento está asociada con falta de personal de salud, presupuesto insuficiente, falta de psiquiatras o con que las personas no acuden con el especialista.

Destaca las condiciones sociales que incrementan el riesgo de enfermar, como las condiciones de violencia, inseguridad y desigualdad, así como la necesidad de atender estas circunstancias. El

capítulo hace una revisión de los conceptos de salud y enfermedad, la importancia de la promoción y protección de la salud, la prevención de las enfermedades, tratamiento, habilitación y rehabilitación y la importancia de hacer reformas en salud.

El capítulo 2, “La comorbilidad entre los trastornos mentales y otras enfermedades”, explica qué es la comorbilidad de trastornos mentales y condiciones físicas, en especial las enfermedades no transmisibles –como las cardiovasculares, diabetes y cáncer, entre otras–, que son causantes de la mayoría de las muertes en el ámbito mundial, y su coexistencia con la depresión, que es la causa principal de años de vida vividos con discapacidad. Ofrece un panorama de la situación en el mundo y en México sobre la prevalencia, los mecanismos de comorbilidad y tratamientos eficaces para enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer. Pero se requieren mayores estudios y metodologías más precisas para hacer estimaciones, mejorar métodos de diagnóstico de depresión en pacientes con enfermedades físicas, mayor evidencia de la efectividad de las intervenciones. Las recomendaciones de este capítulo también se orientan a una mejor distribución del gasto en salud hacia la atención de subgrupos de la población con mayor riesgo, de altos costos y mala calidad de la atención.

El capítulo 3, “Las comorbilidades en los trastornos por consumo de sustancias” presenta una revisión del estudio de las comorbilidades en relación con otros trastornos psiquiátricos, destaca la importancia de su estudio debido a las altas prevalencias y a que contribuye de manera importante a la carga global de enfermedad. El texto aborda aspectos conceptuales, en los que aún no existe consenso, sin embargo, los datos epidemiológicos son contundentes. Se explican los avances en el conocimiento de la etiología. En México existen algunos estudios, sin embargo, los autores destacan la necesidad de investigación en nuestro país. Un apartado importante de este capítulo es el de las barreras a tratamiento que enfrenta esta población. De lo anterior derivan los retos y recomendaciones para atender de manera adecuada a las personas, entre las que destacan el desarrollo e implementación de algoritmos de detección y la aplicación de abordajes clínicos con base en evidencia, entre otros.

El capítulo 4, “La salud mental en México y los determinantes sociales”, último de este primer bloque, aborda los determinantes sociales de salud, los define, explica su importancia y enuncia las tres recomendaciones generales para lograr la equidad en salud, elaboradas por la OMS. Despues profundiza en los determinantes sociales de la salud mental y la importancia de avanzar aún más en programas, financiamiento y políticas públicas en esta materia. Las recomendacio-

nes expuestas coinciden con las de otros capítulos de la obra e insisten en la necesidad de priorizar la prevención y atención de problemas de salud mental, con una perspectiva integral, el incremento del presupuesto, el monitoreo y la evaluación de acciones, e indiscutiblemente la intervención en los determinantes sociales. Algunas de las propuestas se orientan sobre todo a planear e implementar acciones a lo largo del curso de las etapas de la vida para mejorar la salud mental, promover y apoyar financieramente campos y estudios de investigación sobre resiliencia, inequidades y trastornos de salud mental y evaluar el progreso de las intervenciones en la integración de las personas con enfermedad mental en la sociedad, entre otras.

La sección II del libro hace un recorrido por la manera como se presenta la enfermedad a lo largo del ciclo vital. El capítulo 5, “La depresión perinatal”, revisa la importancia de este fenómeno y hace recomendaciones para su atención en México. Además, describe cómo ha sido poco atendido. Sin embargo, de manera reciente, a nivel mundial y nacional ha empezado a recibir mayor atención. Se explica que esta depresión es similar a un episodio de depresión mayor con respecto a la sintomatología, puede estar acompañada de ansiedad extrema, de sentimientos de culpa y preocupación por el bebé. Presenta un panorama general sobre la prevalencia de la depresión en el embarazo y la depresión posparto. Asimismo, analiza los factores de riesgo que con mayor frecuencia se han relacionado: antecedentes de depresión, tener conductas de riesgo, como el uso de sustancias, y los que tienen que ver con experiencias de violencia en la infancia y en la etapa actual, la falta de apoyo social y la escasez de recursos económicos.

El capítulo concluye con sugerencias para la atención, específicamente se promueve la integración de la salud mental a la atención de la salud perinatal, la integración de guías clínicas que brinden información acerca de la detección, prevención y tratamiento, la detección sistemática con ayuda de escalas para la detección de la depresión perinatal utilizadas y validadas en México, proporcionar educación sobre la depresión perinatal, aplicación de intervenciones de baja intensidad, estrategias de autoayuda, entre otros tratamientos de los que existe evidencia de efectividad.

El capítulo 6, “La salud mental del niño y del adolescente”, muestra la necesidad de un plan estratégico nacional y enfatiza que en nuestro país, 50% de los trastornos psiquiátricos inicia antes de los 21 años de edad. Al ser ésta una edad temprana el funcionamiento general de la persona se verá afectado, las consecuencias individuales, familiares y sociales serán muy importantes y requerirán ser

atendidas, por ello la atención de niños y jóvenes es una prioridad en materia de salud mental.

Con base en la escasa información epidemiológica que existe sobre la situación mental de niños y jóvenes en México, el capítulo muestra que en edades de entre 4 y 16 años los problemas más frecuentes son las manifestaciones de depresión y déficit de atención con hiperactividad. En población adolescente se cuenta con una sola encuesta representativa que evaluó 20 trastornos psiquiátricos y mostró que los más frecuentes fueron: la fobia específica, la fobia social y la depresión mayor. Sin embargo, la autora explica que esta población no recibe atención, y los pocos que la reciben no son atendidos de manera adecuada, a pesar de la existencia de tratamientos eficaces tanto psicológicos, como farmacológicos. Algunas de las causas de esta falta de atención son la carencia de personal capacitado para atender esta población, el uso de tratamientos sin evidencia, la falta de detección, el desconocimiento de centros de atención y la dependencia de niños y jóvenes respecto de sus familiares o cuidadores, pues son éstos quienes los tienen que llevar a recibir atención.

Las recomendaciones para políticas de salud pública consisten en desarrollar un plan estratégico nacional para la atención de la salud mental de niños, niñas y jóvenes, que involucre la colaboración del sector educativo, promover la salud mental positiva, proporcionar servicios en la comunidad, en los servicios de atención primaria y utilizar estrategias como la Internet, que permitan acercarse a esta población; monitorear esta población y evaluar la disponibilidad, distribución y efectividad de los servicios.

El capítulo 7, “La salud mental del adulto mayor”, último de esta sección, versa sobre el importante tema de las necesidades de atención de los adultos mayores. Este sector de la población se ha incrementado y lo seguirá haciendo. El grupo de adultos mayores se ve expuesto a enfermedades crónico-degenerativas y factores biológicos y psicosociales que irán menguando su salud física y mental. Los autores explican cuáles son las alteraciones de la salud que contribuyen a discapacidad y dependencia, así como los principales padecimientos mentales: demencia, deterioro cognitivo leve, síntomas depresivos, episodio depresivo, ansiedad e ideación suicida. Es necesaria mayor información epidemiológica sobre la situación de los adultos mayores, y los autores elaboran recomendaciones que coinciden con las de otros autores en este libro como la necesidad de integrar a esta población en los aspectos de la planeación del sistema de salud y políticas sociales, en especial por el doble estigma

que pueden afrontar, al padecer un trastorno mental y su condición de adultos mayores.

La sección III del libro aborda las condiciones de algunas poblaciones especiales, se encuentra integrada por tres capítulos. Inicia con el capítulo 8, “La atención a poblaciones indígenas”, grupo en condiciones de adversidad y vulnerabilidad. De esta población se sabe poco sobre su salud y, menos aún, de su salud mental. Es importante destacar que la forma de conceptualizar los problemas de salud mental de esta población, pueden diferir de los conceptos occidentales, así como los conceptos y el tratamiento pueden tener diversos significados. De cualquier manera, las autoras describen la poca disponibilidad de servicios con los que cuentan los grupos indígenas, ya sea por la falta de prestaciones, la escasez de servicios, el costo de los medicamentos, prejuicios por parte del personal de salud, diferencias culturales, etc.

El capítulo enfatiza los problemas de salud derivados del consumo de alcohol, cómo éste se relaciona con la violencia de género y origina otros problemas de salud mental. Las recomendaciones para políticas públicas coinciden con las elaboradas para otros grupos en situación de vulnerabilidad: disponer de información sobre la magnitud, integrar intervenciones con base en evidencia, la eliminación de estigma y el acceso a servicios de salud mental.

El capítulo 9, “Los problemas de salud mental y las trabajadoras sexuales”, aborda cómo ignoran o se hacen “invisibles” los problemas de salud mental en un grupo de mujeres en condición de vulnerabilidad. Se analiza el caso de las trabajadoras sexuales donde los autores tienen como objetivo hacer visible qué problemas de salud mental presenta este grupo, a partir de los resultados de una investigación realizada en Tula, Hidalgo. El capítulo comienza con la explicación de que el trabajo sexual puede tener repercusiones importantes en la salud física y mental, dadas las situaciones que colocan a las trabajadoras sexuales en condiciones de vulnerabilidad. Más allá de los riesgos asociados con infecciones de transmisión sexual y el VIH/sida, que son muy importantes, también se encuentran los riesgos mayores de sufrir asaltos, violación y otras formas de violencia física, así como el que implica ser una actividad asociada con el tabú y estigmatizada que puede repercutir en la salud física y mental. Tal es el caso de las participantes de este estudio, a quienes se les evaluó la presencia de síntomas depresivos y se encontró que tres cuartas partes de la muestra cumplían criterios diagnósticos para un episodio depresivo. En la muestra se halló que 44.7% de las mujeres encuestadas había experimentado por lo menos un evento

traumático propio o de otras personas y 13.6% cumplía con los criterios diagnósticos para un TEPT. Asimismo, se registraron experiencias de violencia por parte de compañeras de trabajo, clientes y la policía, además de un elevado consumo de sustancias, en especial alcohol, tabaco, cocaína y marihuana. Las recomendaciones para la atención de esta población se orientan principalmente a hacerlas visibles, respetar sus derechos humanos, desarrollar programas con perspectiva de género y promover la búsqueda de atención. De parte de los servicios de atención a salud mental, se requiere también que el personal se sensibilice sea capaz de detectar, intervenir y canalizar esta población.

En el capítulo 10, “VIH y salud mental”, se explican antecedentes del virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, la cantidad de personas infectadas en nuestro país, el grupo de personas que se encuentra en mayor riesgo, los problemas a los que los enfermos se enfrentan, como el estigma, no sólo por padecer la enfermedad sino por otros factores como pobreza, sexismo y racismo. Estos factores intervienen en la atención y el acceso a tratamiento, y contribuyen a la presencia de trastornos mentales, entre los que destacan los relacionados con el afecto, los de ansiedad y aquéllos por uso de sustancias. Por lo anterior, se hace una propuesta para las políticas públicas para la atención que involucre la de carácter médica y la no médica, así como la detección de trastornos psiquiátricos

La sección IV del libro aborda el tema de modelos de intervención para los trastornos psiquiátricos y la conforman siete capítulos. El primero de éstos, el capítulo 11, “Las guías de práctica clínica”, destaca la importancia de contar con estándares adecuados de tratamiento para enfermedades mentales graves, como la depresión. Para ello se han desarrollado modelos y la creación y utilización de guías de práctica clínica, definidas como recomendaciones sistemáticas para que el profesional de la salud y el paciente tomen las mejores decisiones de acuerdo con determinada situación clínica. Las guías pueden contribuir a mejorar la calidad e igualdad de la atención al estandarizar los procedimientos –considerando la aplicabilidad en distintos servicios de atención, los factores socioeconómicos, la comorbilidad médica, las preferencias del paciente a intervenciones – y tener en cuenta la rehabilitación integral del paciente.

El capítulo 12, “El tratamiento farmacológico de la depresión”, hace una reseña histórica de los avances de psicofarmacología y el estudio de los mecanismos neurobiológicos de los antidepresivos que dan como resultado evidencia de la efectividad de los medicamentos. Complementa la información con una serie de indicaciones para

el uso de antidepresivos considerando los objetivos del tratamiento, grupo farmacológico, dosis terapéuticas y características farmacocinéticas, severidad del episodio depresivo, consideraciones específicas como su prescripción en el embarazo y a adolescentes con riesgo; que permitan evaluar la respuesta al medicamento y seleccionar el tratamiento idóneo.

El capítulo 13, “Los casos resistentes. Caso clínico”, de manera didáctica ejemplifica los casos resistentes con un diagnóstico de trastorno depresivo mayor. El caso va guiando en la identificación de un caso resistente, las posibilidades de tratamiento y la necesidad o no de canalización a servicios de especialidad. Inicia definiendo cuáles son las causas probables de la depresión resistente, la forma de identificar y evaluar los casos considerando elementos fisiológicos, recomendaciones de tratamiento y las fases para establecerlo. Por último, la recomendación consiste en reconocer la importancia de detectar temprano los casos para brindar un tratamiento oportuno, en especial en el primer nivel de atención, y en la necesidad de conocimiento de los médicos generales y de otras especialidades para detectar y canalizar en forma adecuada.

El capítulo 14, “Manejo psicoterapéutico de la depresión y otros trastornos psiquiátricos”, destaca la importancia de los tratamientos psicológicos en la atención de los trastornos mentales, describe las peculiaridades de estos tratamientos como: un diseño muy particular para cada paciente considerando el propio padecimiento, su personalidad y aspectos de su ambiente. Describe las herramientas que la psicoterapia médica emplea basándose en la relación médico-paciente, terapia de grupo, trabajo con familiares o dependiendo de la etapa de vida, niñez, adolescencia y adulzete. Destaca la importancia de la psicoterapia de apoyo y la facilidad de aplicación por personal médico, enfermería y trabajo social; puede ser aplicable en diferentes casos, como en situación de crisis, trauma, catástrofe. También aborda la utilidad de la terapia conductual, que ha tenido resultados exitosos en especial en el tratamiento de fobias, ansiedad y trastornos psicóticos, entre otros. Explica la terapia cognitiva, que permite identificar patrones de pensamiento desadaptativos para lograr un mejor funcionamiento de la persona, y aborda también las terapias de corte psicodinámico, que se enfocan en fomentar cambios en el pensamiento y la conducta con una mayor adaptación y percepción de uno mismo. El objetivo del capítulo es destacar la utilización de estos métodos como tratamientos eficaces, hacer hincapié en la necesidad de hacer adaptaciones de estas técnicas, de manera breve, para que puedan ser aplicadas en las

instituciones, y en la necesidad de capacitación de los profesionales de salud en su aplicación.

El capítulo 15, “La atención de la familia y el cuidado de las personas con enfermedad mental”, reviste gran importancia. Un alto porcentaje de pacientes con trastornos psiquiátricos vive con su respectiva familia, son ellas, en especial las mujeres, quienes se encargan del cuidado de los pacientes y también se ven afectadas. El capítulo aborda cuáles son las necesidades de las familias, por ello la necesidad de generar una política para la atención de las familias, por último, plantea estrategias que se pueden implementar, como la remuneración, la participación de los familiares en los servicios sanitarios y la inclusión a la sociedad civil.

Los últimos dos capítulos de esta sección abordan el tema de los trastornos esquizofrénicos. El capítulo 16, “La rehabilitación psiquiátrica integral”, describe el panorama de los servicios de atención en salud mental en México. Muestra cómo, a pesar de la existencia de un Programa de Atención en Salud Mental, del aumento en la cobertura gracias al Seguro Popular y de la integración de una red de salud mental, se requiere un mayor número de unidades de atención para diferentes poblaciones, el incremento en la asignación de presupuesto, buscar la forma de que se incremente la utilización de servicios por parte de la población, que las personas tarden menos tiempo en recibir atención y encontrar una forma de articular los procesos para que la rehabilitación psiquiátrica sea integral e ininterrumpida. Una propuesta para mejorar la rehabilitación psiquiátrica es un programa desarrollado en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, que se detalla en el capítulo, que básicamente plantea un abordaje interdisciplinario y que tiene como objetivo identificar, diagnosticar, tratar y rehabilitar a las personas que sufren de manera persistente y recurrente trastornos esquizofrénicos.

El capítulo 17, “Desarrollo de habilidades en personas con esquizofrenia”, último de esta sección, explica la importancia para el ser humano del desarrollo de habilidades a lo largo de la vida y cómo este proceso se puede ver afectado en las personas que padecen esta enfermedad, pues no sólo retrasa su adquisición y compromete las habilidades que ya habían sido adquiridas, sino que también implica enfrentarse a las consecuencias de la enfermedad, tanto para el paciente como para la familia, como se vio en el capítulo anterior. Esta problemática se ha abordado con una variedad de tratamientos psicosociales en todo el mundo y existe consenso de las áreas que deben ser atendidas, la metodología para aplicarlas

y los resultados. El capítulo, a modo de ejemplo, describe dos áreas de intervención. Finaliza con las recomendaciones, entre las que se encuentran la necesidad de un amplio repertorio de habilidades e intervenciones psicosociales e integrar estas intervenciones dentro de los tratamientos.

La sección V del libro aborda el tema de políticas públicas para la atención de los trastornos psiquiátricos. Se integra por diez capítulos. Inicia con el capítulo 18, “Cobertura universal de la atención de las enfermedades mentales” (en los tres niveles de atención), que recopila y detalla elementos sobre la situación de la salud mental de las personas de nuestro país que han sido analizados en capítulos anteriores, como: la carga de la enfermedad mental, los principales trastornos, la brecha de la atención, condiciones de la infraestructura de la atención psiquiátrica, los esquemas propuestos por la Secretaría de Salud y una lista de las políticas de salud mental que se requieren. En consideración de lo anterior, los servicios de atención psiquiátrica de la Secretaría de Salud Federal elaboraron un Programa de Atención Integral, que se detalla en el capítulo, con base en nueve prioridades.

En la primera parte del capítulo 19, “Infraestructura para la atención de la depresión”, se explica la importancia de abordar la brecha de tratamiento como antecedente. Complementa lo abordado en capítulos anteriores sobre la brecha con cifras de la región de las Américas y, por supuesto, de nuestro país, además de datos sobre los años vividos con discapacidad. Asimismo, se describe la estructura actual del sistema de salud mental y los factores culturales, sociales e individuales que retrasan el acceso a la atención. La segunda parte se enfocan en la depresión y en la mejor manera de atenderla, describe los procesos que pudieran emplearse, que han sido efectivos y la importancia de la atención en el primer nivel, además de un modelo colaborativo y cómo ha sido la experiencia de México. Finaliza con las recomendaciones de hacia dónde pueden dirigirse los esfuerzos y cuáles son los retos a enfrentar.

El capítulo 20, “Los estándares de calidad”, trata sobre calidad de la atención y aborda la paradoja de la insatisfacción en la atención médica, que ocurre a pesar de los avances en el conocimiento de las enfermedades y en las herramientas disponibles para su atención. Aquí se atribuye esa insatisfacción a factores como un mayor conocimiento de los pacientes sobre su enfermedad, la fragmentación de la atención por especialidades y la información errónea que aparece en medios de comunicación. Estos factores, entre otros, han deteriorado la relación médico-paciente, de ahí la importancia de

trabajar sobre los principios de calidad de la atención cuyo origen fue la satisfacción del usuario. Se hace un recorrido por los principios de calidad, explicando el tema de los estándares y las necesidades especiales de las personas con trastornos mentales.

El capítulo 21, “El Seguro Popular”, describe los antecedentes para la creación e implementación de este servicio de salud, los avances y cuáles enfermedades mentales han podido ser incluidas en su sistema de atención. Siendo éste un esfuerzo más tendiente a cumplir con el artículo cuarto constitucional, que establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

El capítulo 22, “Discriminación y políticas públicas sobre enfermedades mentales”, que trata de la discriminación y el estigma, explica los diversos tipos que pueden enfrentar las personas con enfermedades mentales, desde un estigma social, el autoestigma –es decir, el que las personas se aplican a ellas mismas–, el que pueden enfrentar los familiares o personas cercanas y el estigma institucional. Presentan resultados con base en investigaciones que dan cuenta de la existencia de los tipos de estigma descritos, de quienes lo ejercen, así como de las necesidades para erradicarlo. Destaca la labor de la sociedad civil en esta tarea y retoma experiencias en otros países con intervenciones autoestigma, que promueven un nuevo paradigma que implican involucrar a diferentes sectores, participación activa, reconocimiento de los derechos de las personas y acceso a medicamentos.

El capítulo 23, “Intervenciones selectivas en salud mental”, presenta resultados de investigación epidemiológica y psicosocial sobre una estrategia de transferencia tecnológica para la diseminación de intervenciones en salud mental dirigidas a grupos de población en condición de vulnerabilidad. Esta estrategia consiste en un proceso de desarrollo innovador de intervenciones, su diseminación y aplicación, con base en el uso de tecnologías de información y comunicación, tanto para difusión como capacitación. Su objetivo es atender necesidades de salud mental de grupos sociales vulnerables y en contextos donde los recursos y los profesionales de salud escasean, dirigiendo la atención hacia servicios de base comunitaria.

El capítulo se enfoca en los resultados de la estrategia de modelos de intervención en salud mental, adicciones y violencia. Éstos siguen las recomendaciones de la OMS, en cuanto a apegarse al ciclo de investigación y han seguido un proceso de transferencia tecnológica que implica la interacción entre el productor y el usuario del conocimiento, abarcando procesos de traducción, diseminación e implementación de intervenciones. Finaliza con las

recomendaciones de emplear estos modelos por los beneficios que ofrecen en cuanto al potencial de cobertura de atención que ofrecen, por ello es necesario diseminar las estrategias, implementarlas y evaluarlas, en especial en los servicios de atención primaria o en ámbitos comunitarios.

El capítulo 24, “Suicidio”, tiene como objetivo presentar los aspectos básicos de la epidemiología de este fenómeno en México, con apoyo en cuadros y figuras que indican que las tasas de suicidio han aumentado en nuestro país, a diferencia de lo que está ocurriendo en el resto del mundo. Se abordan los factores de riesgo, que requieren ser estudiados en México; sin embargo, la literatura internacional reporta algunos que pueden ser similares. Posteriormente se abordan algunas estrategias implementadas en nuestro país y los fundamentos para desarrollar una estrategia nacional para la prevención del suicidio, su importancia y recomendaciones para su implementación.

El capítulo 25, “El marco legal”, aborda este complejo tema, no sólo por las implicaciones de la protección a la salud, sino también por los aspectos sociales, políticos y civiles. Analiza la regulación internacional y nacional de la atención de los trastornos mentales, así como leyes, políticas, programas y recursos para la salud representan una manera de mejorar la vida de personas con trastornos mentales, considerando los derechos humanos.

El capítulo 26, “La ética en psiquiatría” analiza el tema, que consiste en el desarrollo de principios que guían la práctica clínica y la aplicación de reglas morales al campo y la práctica de la salud mental. Se revisan los códigos de ética que sustentan la práctica clínica de la psiquiatría, se describen los principios éticos y aspectos éticos del diagnóstico y el tratamiento que pueden dar lugar a dilemas éticos. La solución de los dilemas éticos, en el campo del diagnóstico y el tratamiento de la depresión, así como también otros trastornos mentales.

La obra culmina con el capítulo 27, que presenta un conjunto de recomendaciones para la política de salud y posicionamiento de la ANM. Tales recomendaciones se encuentran agrupadas según el ámbito al que atañen: paradigma de atención, atención a lo largo del ciclo vital, componentes de la atención, concepto de salud positiva, promoción de la salud y prevención de enfermedades, brecha de tratamiento, trastornos asociados, grupos en mayor rezago, guías de práctica clínica, evaluación, investigación, generación del conocimiento y aplicación en la comunidad, políticas de investigación, formación de recursos humanos, marco normativo y ética.

IDENTIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

I

LA ENFERMEDAD MENTAL EN MÉXICO

María Elena Medina Mora

Tania Real

Nancy Amador

1

15

La invitación de la Academia a escribir un texto sobre la depresión y otras enfermedades mentales es sin duda un importante reconocimiento al lugar que la salud mental debe ocupar en el quehacer médico y en su importancia para la salud integral de la población. Esta invitación se convierte así en una oportunidad para hacer una reflexión sobre los condicionantes de la diferencia en la atención de este grupo de enfermedades que son frecuentes, que ocupan un lugar importante en la carga global de enfermedad, que se acompañan de mucho sufrimiento y cuya atención refleja un importante rezago, a pesar de contar con tratamientos efectivos.

En este capítulo, la atención se centra en los retos y oportunidades para una mejor calidad de vida en el contexto de la enfermedad mental en México.

¿Cuál es el problema al que nos enfrentamos?

En el mundo actual, México no es la excepción, las enfermedades mentales ocupan los primeros lugares en la carga de enfermedad, son responsables de 7.5% de la carga global, lo que representa 15 millones de días perdidos por mortalidad prematura o por discapacidad; ocupan en el mundo el lugar 11 de 88 condiciones analizadas, con un avance de cuatro lugares si se le compara con el lugar 15 que ocupaban en 1990, en la región de América Latina Central, en donde México ocupa el quinto lugar (Murray *et al.*, 2012).

En México los trastornos mentales son responsables de 25% de años de vida asociados con discapacidad (AVD) en los hombres y de 23% en las mujeres; la depresión ocupa el primer lugar entre

todas las causas de AVD en las mujeres y el segundo en los varones, después de la lumbalgia (Lozano *et al.*, 2013).

Las enfermedades mentales impactan de manera importante la calidad de vida de la población y afectan el curso de otras enfermedades crónicas; por ejemplo, la depresión afecta el pronóstico y la sobrevida de pacientes con enfermedades del corazón o con cáncer (Satin, 2009; Doyle, 2010). La depresión es 3.4 veces más frecuente entre quienes cursan con una condición de dolor (Ohayon, 2003). Según datos de la Encuesta Mundial de Salud Mental, el riesgo de tener depresión cuando se tiene diabetes es 2.2 veces más frecuente que cuando no existe esta condición, y se tiene 2.8 veces más probabilidad cuando se trata de obesidad; en México la presencia de ansiedad es 4.4 veces mayor cuando se trata de obesidad grave (IMC 35+), en comparación con una obesidad media (IMC 30-34.9). La frecuente coocurrencia de condiciones crónicas y trastornos del afecto y de la ansiedad y la necesidad de una terapéutica combinada refuerzan la conveniencia de integrar los servicios de atención a la salud mental a los servicios de salud en los tres niveles de atención.

A pesar de su alta prevalencia –12% de la población entre 18 y 65 años (Medina-Mora *et al.*, 2003)–, sólo una pequeña proporción de los enfermos recibe tratamiento (17.7%), que se duplica (34.4%) en los casos de trastornos graves, que incluyen cualquiera de las siguientes condiciones: la presencia de un trastorno bipolar tipo I, medición antipsicótica, intento suicida, al menos un día de hospitalización o cualquier diagnóstico con una evaluación global de funcionamiento igual o mayor a 40, que indica un nivel de moderado a grave de discapacidad (Borges *et al.*, 2007). Aun así, la mayor parte de los enfermos no recibe atención.

El tiempo que transcurre entre que ocurre la enfermedad y que se llega a tratamiento es largo, con 15 años en promedio para los trastornos del afecto, 25 años para trastornos del impulso y ansiedad y más de 25 años en promedio entre que aparece el trastorno por abuso de sustancias y se llega a tratamiento. La mayor proporción de los casos son atendidos en tercer nivel de atención (Wang, 2007).

El tratamiento más frecuente lo ofrecen especialistas no médicos (9%), seguidos por la medicina alternativa (6%); 4.7% de los casos con trastorno en los últimos 6 meses fue atendido por médicos generales y sólo 1.7%, por psiquiatras. En la atención de casos graves participa con mayor frecuencia el psiquiatra, 5%, proporción más cercana a la atendida por otras especialidades (5.7%); estos casos son atendidos en mayor proporción por los médicos generales (7.9%) (Borges *et al.*, 2006).

La brecha de tratamiento coincide con la falta de psiquiatras en el país con una tasa de 3.47 psiquiatras por cada 100 000 habitantes, por debajo del promedio mundial de 4.1 y con la falta de programas de capacitación para médicos generales (Heinze *et al.*, 2012). También es bajo el presupuesto dedicado a la salud que alcanza 2% similar al que se otorga en los países con nivel bajo de desarrollo, sólo 2% de las camas está en hospitales generales, 77% de los hospitales psiquiátricos está en grandes ciudades o cerca de ellas y una proporción importante (67%) de los ingresos es involuntaria debido a la condición de gravedad con la que llegan a los hospitales (Berenzon *et al.*, 2013).

El reto es ampliar el presupuesto y la cobertura y modificar la manera en que se proporciona la atención con un énfasis comunitario y con un programa de detección, tratamiento y referencia en el primer nivel de atención, pero también acercar el tratamiento a los enfermos en donde el entendimiento de las barreras de la atención y la lucha contra el estigma, temas tratados en capítulos posteriores de este libro, desempeñan un papel importante.

También es necesario avanzar hacia la prevención, es decir, hacia la salud mental bajo una visión a largo plazo, que requiere acciones inmediatas con las poblaciones más jóvenes. El desafío es grande, México atraviesa por un momento difícil, la inseguridad y los problemas económicos afectan la calidad de vida de la población e incrementan su estrés.

En el continente americano la tasa global de homicidios es casi cuatro veces más alta en los hombres (29.3 por 100 000 habitantes) que el promedio mundial (9.7 por 100 000 habitantes). Esto se debe en gran parte a los niveles más altos de homicidios relacionados con el crimen organizado y pandillas en esta región, más de 1 de cada 7 son hombres entre 15 y 29 años que viven en este continente. La tasa en las mujeres es menor, pero en las Américas la tasa (3.7/100 000 habs.) también es superior al promedio mundial (2.7/100 000 habs.) (UNODC, 2013). En México, el homicidio en los hombres es responsable de 9.2% del total de años de vida perdidos, que pasa del cuarto lugar con 6.8% de los días perdidos en 1990, al primero en 2010 (Lozano *et al.*, 2013).

La exposición a la violencia o el haber sido testigo de ella aumenta el riesgo de padecer una enfermedad mental entre 1.4 y 2.8 veces; la conducta criminal de los padres incrementa en 2.2 veces el riesgo de problemas de conducta y 6.6 veces el desarrollo de un trastorno por abuso de sustancias en sus hijos (Benjet, 2010). A esto hay que agregar que alrededor de 15% de la población de entre 3 y 12

años de edad presenta problemas de conducta (Sandoval y Richard, 2005), siendo ésta una de las principales causas por las que se requiere atención psicológica o psiquiátrica y sobre la que la mayoría de los niños no recibe atención oportuna, lo que se traduce en una evolución a problemáticas más complejas, como son: conductas delictivas, consumo de sustancias, violencia, etc., con consecuencias reflejadas en costos a nivel salud, con un presupuesto insuficiente para cubrir esta demanda. Un estudio realizado en México reportó que de los casos en que los niños eran identificados con alguna problemática de salud mental, sólo 26% de los padres consideró que su hijo requería ayuda (Caraveo, *et al.*, 2002).

La exposición a las condiciones estresantes de desigualdad y adversidad social aumenta el riesgo de enfermar; a su vez, la presencia de un trastorno mental implica menores oportunidades de desarrollo individual y social, y menores opciones de tratamiento generan un ciclo de reproducción de la pobreza (Medina-Mora *et al.*, 2013). Sin embargo, los trastornos mentales sobrepasan los límites de las clases sociales y afectan la calidad de vida en todos los estratos.

Este panorama llama a repensar la manera en que se enfrenta este problema para reducir la carga de la enfermedad y la brecha de atención. En los siguientes apartados se hace un breve recorrido por los conceptos de salud y enfermedad –con sus componentes de promoción y protección de la salud, prevención de enfermedades, tratamiento, habilitación y rehabilitación– y por el sistema de salud y las reformas en cuanto a financiamiento y modificación de la distribución del gasto que harán posible cerrar la brecha de atención. Se plantean también los determinantes sociales que aumentan el riesgo de enfermar y de no recibir atención y se concluye con una propuesta de posicionamiento para la Academia Nacional de Medicina con el convencimiento de que cuenta con los elementos para mejorar la salud mental y el bienestar de la población, tarea urgente si se consideran los retos del momento actual.

¿Hay lugar para un cambio de paradigma?

La manera como conceptualizamos la salud mental debe revisarse. La Organización Mundial de la Salud define la salud mental como un estado de completo bienestar y no como la mera ausencia de enfermedad; sin embargo, el uso más común de este término hace referencia a la enfermedad, subyace un concepto antiguo que supo-

nía que había un riesgo biológico para la enfermedad mental y que la acción iniciaba en su aparición, para evitar que escalara a grados de mayor gravedad. Esta concepción cambió por una que considera que la vulnerabilidad genética con que nacen algunas personas se manifiesta por experiencias en el medio ambiente, que las vicisitudes por las que pasa una persona pueden ponerla en riesgo de enfermar cuando el nivel de estrés es superior al que puede manejar y que el abuso de sustancias psicoactivas aumentaba también el riesgo, por lo tanto, se abrieron las puertas a la prevención en sus dimensiones de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Algunas iniciativas buscan cambiar el término paciente por usuario de servicios, el de enfermedad por condición y revisar el concepto de la autonomía en la toma de decisiones, incluido el internamiento en condiciones graves; estas revisiones de los conceptos redundarán sin duda en mejores formas de atender el problema. Hoy nos ocupa la necesidad de promover la salud, de prevenir la enfermedad y la discapacidad y de asegurar un tratamiento con calidad, con base en evidencia científica, con estricto respeto a los derechos humanos de las personas afectadas y su rehabilitación. Buscamos atender el problema con un enfoque de salud pública en el que se reconoce que la salud mental es una parte integral de la salud y que entiende que la promoción de la salud está íntimamente relacionada con los determinantes de la salud mental y que la prevención de la enfermedad se interesa por sus causas (Davies, 2014).

La Organización Mundial de la Salud propone que abordar el problema desde un enfoque de salud pública puede definir las acciones para mejorar la salud mental y reducir los costos de la mala salud, ya que incorpora las tres dimensiones de promoción, prevención y tratamiento.

El *Reporte anual sobre prioridades de la salud mental y la inversión en la evidencia del Reino Unido* (Davies, 2014) define la *promoción de la salud mental* como el conjunto de actividades que llevan a crear las condiciones individuales, sociales y del contexto que favorecen el desarrollo psicológico y psicofisiológico óptimo, buscan lograr la salud mental en su concepto positivo, fortaleciendo la calidad de vida y disminuyendo la brecha entre grupos de la sociedad para las personas y con ellas, cuyo reto principal es un enfoque sectorial, ya que involucra acciones en el ámbito social y de desarrollo. Asimismo, concibe la *prevención* como aquellas acciones que buscan reducir la incidencia, la prevalencia y la recurrencia de trastornos mentales, el tiempo que se pasa la vida con síntomas y

las condiciones que aumentan el riesgo de enfermar, por medio de prevenir o retrasar las recurrencias y reducir el impacto de la enfermedad en la persona afectada, en su familia y en la sociedad.

El reporte citado considera que las condiciones para que la prevención sea posible incluyen una política nacional, la formación de recursos humanos, la gestión, la investigación, recursos financieros, infraestructura y colaboración sostenida entre organizaciones. Esto implica la existencia de un liderazgo efectivo, la integración de los servicios, la puesta en operación de estrategias de promoción y prevención y el fortalecimiento de los sistemas de información y de la investigación transdisciplinaria que desarrolle y evalúe indicadores de bienestar y salud mental, que provea la evidencia y evalúe las acciones que informarán la necesidad de reforzamiento de acciones, cambios requeridos y maneras de enfrentar retos emergentes.

20

La promoción de la salud mental

La promoción de la salud mental atiende los determinantes sociales de la enfermedad, éstos pueden ser *estructurales*, que derivan de la posición social de las personas (como los relacionados con la actividad laboral, el nivel de educación y de ingresos), o *intermedios* (que incluyen las condiciones materiales, el ambiente social y el sistema de salud) (WHO, 2007). Tales determinantes inciden en inequidad en la distribución de la enfermedad mental, en la discapacidad asociada y en el acceso a tratamiento; se explican en seguida.

- 1) *El contexto y la posición socioeconómica.* Éstos se materializan con una baja prioridad en los presupuestos de salud, políticas que estimulan la inequidad, el estigma y la falta de oportunidades e influyen en el tipo, magnitud y distribución de la salud en las poblaciones, el nivel de gobernanza, las políticas sociales y macroeconómicas, la cultura y los valores sociales.

Para reducir la inequidad, pueden incluirse dentro de las políticas de alimentación y desarrollo social que se llevan a cabo acciones que incluyan visitas a los hogares para dar seguimiento al estado de salud de las mujeres embarazadas, de estimulación temprana de los recién nacidos, de entrenamiento para madres, padres y otros cuidadores en prácticas de crianza positiva, de desarrollo de habilidades psicopedagógicas en docentes para la creación de ambientes seguros de aprendizaje libres de violencia, del desarrollo de habilidades en los niños, adolescentes y jóvenes para

el desarrollo de las tareas implicadas en su etapa de desarrollo, educación en la tolerancia de las diferencias, identificación y solución pacífica de conflictos, identificación y comunicación de sentimientos, prevención de violencia en el noviazgo y del embarazo no deseado y del apoyo social que puede brindarse a las personas de la tercera edad, a los familiares de enfermos, el empoderamiento de las mujeres y de la promoción de los derechos humanos de las personas con un trastorno mental

2) Exposición diferencial a los riesgos. Ésta se manifiesta en que las personas en las posiciones de menor nivel socioeconómico estén más expuestas a vivienda y condiciones de trabajo poco saludables, falta de disponibilidad de alimentos de calidad, exclusión social, poca información y educación que les permita estilos de vida orientados a adoptar conductas saludables. Las personas en condiciones de marginación vivirán en ambientes menos urbanizados, con menos servicios y oportunidades de trabajo, con mayor disponibilidad de drogas y de armas, con mayor índice de delitos y violencia. De ahí que la relación con los sectores encargados del desarrollo social son fundamentales, integrar acciones de mejoramiento de las viviendas, áreas verdes, ambientes seguros, oportunidades de empleo ha dado resultados prometedores junto con las campañas de intercambio de armas por bienes y de disminución de la probabilidad de un inicio temprano en el consumo de sustancias psicoactivas, antes de la mayoría de edad, la reducción de la disponibilidad de alcohol y de la prevención de ocasiones de abuso. Entre los factores de protección que pueden promoverse se encuentran el empoderamiento de los grupos, la integración de las minorías marginadas, el desarrollo de interacciones interpersonales positivas, la responsabilidad social y la tolerancia, los servicios sociales y la promoción de redes comunitarias de apoyo.

3) Diferencias en la vulnerabilidad. Los riesgos asociados son mayores para los menores de edad y los adolescentes, para las mujeres, para quienes viven en pobreza y marginación y para quienes padecen una enfermedad mental. Por ello los programas que se enfocan en las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad reducen la inequidad, los programas que inciden en los riesgos especiales de los migrantes, de las poblaciones indígenas, las que viven en la marginación y que incluyen habilidades de manejo de estrés y apoyo social, que han sido desarrollados con la participación de los grupos a los que van dirigidos y consideran las condiciones socioculturales de la comunidad, han mostrado buenos resultados.

La intervención en casos de violencia familiar, problema que trasciende a las clases sociales, juega también un papel importante.

Los modelos de prevención

La prevención de la enfermedad mental se enfoca en aquellos que están en mayor riesgo de enfermar. Nuevas formas de conceptualizar la prevención han llevado a identificar modelos de *prevención universal*, que son aplicables a toda la población; *intervenciones selectivas*, dirigidas a grupos en los que el riesgo de enfermar es superior al promedio, o *intervenciones indicadas*, cuando las personas han empezado a mostrar signos de enfermedad (Mrazek & Haggerty, 1994). Este nuevo concepto se basa en la identificación de los factores que aumentan la probabilidad de enfermar y de aquellos que en presencia del riesgo protegen al individuo. Los primeros indican el foco de la prevención y los segundos, sus contenidos.

Son recomendables los programas que identifican y dan atención a personas que han perdido un ser querido –sobre todo si el evento ocurre en condiciones traumáticas o la persona afectada es menor de edad o dependiente–, a individuos afectados por el suicidio de un familiar o amigo o a quienes pasan por condiciones difíciles. La OMS ha recomendado la identificación y entrenamiento de guardianes (*gatekeepers*), que son personas de la comunidad, escuela, trabajo que pueden identificar a quienes requieren apoyo especial y canalización a los programas de ayuda.

Los programas exitosos para la atención de quienes han vivido desastres naturales o causados por conflictos provocados por humanos cuidan que las intervenciones externas, aun cuando tengan buenas intenciones, no incrementen el riesgo de enfermar. Los programas que han mostrado mejores resultados son aquellos que otorgan apoyo psicosocial y ayuda humanitaria durante las crisis emocionales, comunes durante las primeras 72 horas después del evento, fortalecimiento del apoyo familiar y comunitario en el primer mes, cuando hay tristeza, duelo y nerviosismo, es decir, programas que identifican los miembros de la comunidad que requieren apoyo psicosocial focalizado para atender el estrés postraumático (que en algunos casos desemboca en duelos no resueltos, depresión y riesgo suicida), a quienes debe darse el apoyo emocional que necesitan y que empiezan a manifestarse a partir de los tres meses. Los programas deben atender también a las personas que ya tenían una enfermedad, pues suelen

descompensarse en circunstancias adversas y en algunos casos se ven afectadas por el desbasto de medicamentos (OMS, 2006). La atención de las personas que han pasado por experiencias de explotación, tratos inhumanos, tortura y por alguno de los miles de duelos suspendidos, derivados de la condición de desaparecidos, merece especial atención.

Acciones encaminadas a promover la salud mental materno-infantil a partir de una crianza proactiva positiva que promueva un vínculo de apego sano, interacciones más positivas en la familia, uso de estrategias de disciplina efectiva, solución de problemas, estrategias de supervisión y de comunicación, pueden ayudar a prevenir el comportamiento negativo y el uso posterior de sustancias en niños y adolescentes (Barlow & Parsons, 2007; Kaminski *et al.*, 2008).

La evidencia sobre las intervenciones dirigidas a la familia y a los padres sostienen que la interacción con la familia, puede convertirse en un agente terapéutico potente para reducir conductas indeseables y prevenir recaídas, lo que se traduce en un beneficio para la salud mental tanto del niño como de la madre o del padre (Lundahl *et al.*, 2008; Patterson *et al.*, 2002; Woolfenden, 2007). Ejemplo de este tipo de intervenciones es el programa de entrenamiento para padres “Criando con Amor, Promoviendo Armonía y Superación en México” (CAPAS-mx), que fue adaptado culturalmente y evaluado mediante un ensayo clínico aleatorizado a partir del cual se obtuvieron resultados alentadores sobre la reducción de la sintomatología de problemas de conducta en los niños y en la salud mental de los cuidadores.

La evidencia sobre los programas de prevención de adicciones para niños y adolescentes refieren la importancia de dirigir los esfuerzos hacia programas de múltiples componentes que incorporen acciones en la comunidad, la familia y la escuela. La prevención del consumo de sustancias debe centrarse en niño(a)s en edad escolar y adolescentes, antes de que se establezcan sus creencias y expectativas acerca del consumo de sustancias. Los modelos más exitosos incorporan el desarrollo de habilidades sociales, la respuesta afectiva, uso de técnicas interactivas, como el juego de rol y la participación de pares como transmisores de mensajes preventivos (Faggiano *et al.* 2006).

El tratamiento

La Secretaría de Salud ha propuesto nuevos esquemas para atender a los pacientes en atención primaria; uno de ellos permitiría la detección, tratamiento y canalización a servicios especializados más

efectivos, cerrando así la brecha de atención, el *Catálogo Universal de Servicios de Salud* (CAUSES). Éste ha incluido las principales enfermedades con hospitalización breve, atención ambulatoria, farmacoterapia y psicoterapia; el tratamiento ambulatorio y la medicación se proporcionan en primer nivel, pero hay pocos servicios con equipo de salud mental que puedan hacer frente a la creciente demanda. A pesar de importantes variaciones nacionales, hoy por hoy pocos enfermos elegibles surten sus recetas, por lo que es necesario desarrollar y evaluar mejores esquemas. Como se verá en un capítulo posterior, la familia de las personas que enferman requiere también de atención (Rascón *et al.*, 2014). Se cuenta también con métodos costo-efectivos para atender las principales enfermedades (Lara *et al.*, 2010a, 2010b; OMS, 2008).

24

El reto es aumentar la cobertura de atención y revertir la distribución del gasto con énfasis en la atención comunitaria y primer nivel, para avanzar hacia la universalidad y atender las necesidades de los grupos en condiciones de mayor rezago, pero también proponer nuevos y mejores tratamientos, asegurar que llegan a la población y que reciban el mejor tratamiento posible y construir un puente entre las necesidades sentidas por la población y la oferta de servicios que redunden en una mejor búsqueda de atención y apego al tratamiento, es decir, avanzar también en la reducción de la brecha entre la generación del conocimiento y la aplicación de éste en la comunidad.

Recomendaciones

- 1) *Ampliar el concepto de salud mental para abarcar su sentido positivo e integrar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, junto con el tratamiento y la rehabilitación, incluyendo la atención de las necesidades de las familias con énfasis en los cuidadores de los enfermos*
- 2) *Apoyar la integración de los sectores en torno a un Programa Nacional de Salud Mental de la Población, elaborado dentro de un marco de salud pública que modifique el paradigma de la atención, para que se desarrolle con base en un modelo de atención comunitaria y con énfasis en el primer nivel y las primeras etapas de vida*
- 3) *Incluir la atención a la enfermedad mental en hospitales generales y de especialidad*

- 25
- 4) Fortalecer y ampliar los programas de atención a víctimas
 - 5) Establecer los lineamientos para el desarrollo de un observatorio de salud mental que incluya la vigilancia del problema y también el avance en los programas y la evaluación de las acciones a partir de indicadores medibles sobre el impacto directo en la salud física y mental de las personas
 - 6) Fomentar la investigación por misión y de responsabilidad social orientada a enfrentar los principales retos, a desarrollar y evaluar modelos adaptados a las necesidades de los grupos a los que van dirigidos, incentivando su participación en su creación, y apoyar la divulgación de los resultados y la traducción del conocimiento, con el fin de que llegue a la comunidad, cerrando así la brecha entre la generación del conocimiento y su aplicación
 - 7) Incorporar a economistas de la salud en la evaluación de programas que muestren costo beneficio e impacto de la modificación del paradigma de la atención
 - 8) Incidir en la formación de médicos y otro personal de salud con el fin de que incorpore la atención de la salud mental y su educación continua con base en las guías desarrolladas por la OMS fundamentadas en la evidencia existente (mhGAP)
 - 9) Incorporar estrategias para la identificación y atención temprana de problemas de salud mental que permitan retrasar la progresión de los síntomas
 - 10) Desarrollar estrategias de vinculación de acciones preventivas entre la comunidad, el sector salud y educativo
 - 11) Crear los mecanismos para la reinversión de los recursos de ciencia y tecnología en acciones de política pública para llevar a cabo la transferencia tecnológica de intervenciones psicosociales en las comunidades más vulnerables

Bibliografía

1. Barlow J, Parsons J. Programas grupales de entrenamiento para padres para mejorar el ajuste emocional y conductual en niños de cero a tres años de edad. (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus, 2007;4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2007;4.)
2. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME. Chronic childhood adversity and onset of psychopathology during three life stages: Childhood, adolescence and adulthood. J Psych Res. 2010;44(11):732-40.

3. Berenzon S, Saavedra N, Medina-Mora ME, Aparicio V, Galván J. Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? Rev Panam de Salud Pública. 2013;33(4):252-8.
4. Borges G, Medina-Mora ME, Wang P, Lara C, Berglund P, Walters E. Treatment and adequacy of treatment for mental disorders among respondents to the Mexico national comorbidity survey. Am J Psych. 2006;163(8):1371-8.
5. Borges G, Wang PS, Medina-Mora ME, Lara C, Tat ChW. Delay of first treatment of mental and substance use disorders in Mexico. Am J Public Health. 2007;97(9):1638-43.
6. Caraveo-Anduaga J, Colmenares E, Martínez NA. Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de México. Salud Pública Mex. 2002;44(6):492-8.
7. Davies S. Annual Report of the Chief Medical Officer 2013. Public Mental Health Priorities: Investing in the Evidence; 2014.
8. Doyle F, Conroy R, McGee H, Delaney M. Depressive symptoms in persons with acute coronary syndrome: specific symptom scales and prognosis. *J Psychosom Res.* 2010;68(2):121-30.
9. Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Versino E, Zambon A, Borracino A, Lemma P. Prevención del consumo de drogas ilegales en las escuelas. (Revisión Chocrane Traducida). Oxford: Biblioteca Chocrane Plus; 2006;1.
10. Heinze G, Chapa G, Santisteban JA, Vargas I. Los especialistas en psiquiatría en México: su distribución, ejercicio profesional y certificación. Salud Mental. 2012;35:279-85.
11. Kaminski JW, Valle LA, Filene JH, Boyle CL. A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. J Abnormal Child Psychol. 2008;36(4):567-89.
12. Lara-Muñoz MC, Robles-García R, Orozco R, Real T, Chisholm D, Medina-Mora ME. Estudio de costo efectividad del tratamiento de la depresión en México. Salud Mental. 2010;33(4):301-8.
13. Lara-Muñoz MC, Robles R, Orozco R, Saltijeral MT, Medina-Mora MT, Chisholm D. Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la esquizofrenia en México. Salud Mental. 2010;33(3):211-8.
14. Lozano R, Gómez-Dantés H, Garrido-Latorre F, Jiménez-Corona A, Campuzano-Rincón JC, Franco-Marina F, et al. La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. Salud Pública Mex. 2013;55:580-94.
15. Lundahl BW, Tollefson D, Risser H, Lovejoy MC. A meta-analysis of father involvement in parent training. Research on Social Work Practice. 2008;18(2):97-106.
16. Mrazek PJ, Haggerty RJ (ed). Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research. Washington: National Academy Press; 1994.

17. Medina-Mora ME, Borges G, Lara Muñoz C, Benjet C, Blanco Jaimes J, Fleiz Bautista C, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. Salud Mental. 2003;26(4):1-16.
18. Medina-Mora ME, Robles R, Berenzon SH. Pobreza y Salud Mental. En: Cano L (ed). La enfermedad mental en México tiene rostro de pobreza e inequidad en Pobreza y desigualdad Social. UNAM; 2013.
19. Murray C; Global Burden of Disease Group. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012;380(9859):2197-223.
20. Patterson J, Barlow J, Mockford C, Klimes I, Pyper C, Stewart-Brown S. Improving mental health through parenting programmes: block randomized controlled trial. Arch Dis Childhood. 2002;87(6):472-7.
21. Rascón ML, Valencia M, Domínguez T, Alcántara H, Casanova L. Necesidades de los familiares de pacientes con esquizofrenia en situaciones de crisis. Salud Mental. 2014;4(37):239-46. 27
22. Sandoval JM, Richard MP. La salud mental en México. DC: Servicio de Investigación y Análisis División de Política Social; 2005.
23. Satin J, Linden W, Phillips MJ. Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients: a meta-analysis. Cancer. 2009;115:5349-61.
24. OMS, OPS. Guía práctica de salud mental en desastres. Serie Manuales y Guías sobre Desastres. Washington, DC; 2006.
25. OMS. mhGAP Programa de acción para superar las brechas en salud mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias; 2008.
26. Ohayon MM, Schatzberg AF. Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population. Arch Gen Psychiatry. 2003 Jan;60(1):39-47.
27. United Nations Office on Drug and Crime. Global Study on Homicide. Trends, Context, Data. Viena: United Nations Publications; 2013.
28. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ, et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. Lancet. 2007;8(370):841-50.
29. WHO. A conceptual framework for action on the social determinants of health. World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health. Ginebra, Suiza: Word Health Organization; 2007.
30. Woolfenden SR, Williams K, Peat J. Intervenciones dirigidas a la familia y a los padres en niños y adolescentes con trastorno de conducta y delincuencia con edades entre 10 y 17 años. (Revisión Cochrane traducida). Biblioteca Cochrane Plus; 2007(4). Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de: The Cochrane Library, Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

LA COMORBILIDAD ENTRE LOS TRASTORNOS MENTALES Y OTRAS ENFERMEDADES

María del Carmen Lara Muñoz

2

29

La comorbilidad es la presencia de más de un trastorno o enfermedad al mismo tiempo. Es frecuente entre las personas con trastornos mentales y puede involucrar más de uno de éstos o un trastorno mental y una o más condiciones físicas. Las personas con trastornos múltiples presentan mayor discapacidad, más sufrimiento y hacen mayor uso de los servicios de salud mental, que aquellos con un solo trastorno.

Las vías que conducen a la comorbilidad de los trastornos mentales y médicos son complejas y bidireccionales. Los trastornos médicos pueden dar lugar a otros de carácter mental. Las condiciones mentales pueden colocar a una persona en riesgo de trastornos médicos, y los trastornos mentales y médicos pueden compartir factores de riesgo comunes.

Hoy en día, las enfermedades no transmisibles, principalmente las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, las enfermedades respiratorias crónicas y el cáncer son la principal amenaza para la salud y el desarrollo humanos. Estas cuatro enfermedades son las principales causas de muerte en el mundo, provocan un estimado de 35 millones de muertes cada año –60% de todas las muertes a nivel mundial–, con 80% en países de bajos y medianos ingresos (World Health Organization, 2009).

Por otro lado, se ha observado que a nivel mundial, la depresión es la principal causa de años de vida vividos con discapacidad y ocupa el cuarto lugar de años de vida ajustados por discapacidad, medida que considera la mortalidad prematura.

El costo social de la depresión es enorme, por ser una condición crónica y discapacitante (Lara *et al.*, 2007) y produce una gran carga en el contexto de la enfermedad médica. Está ampliamente demostrada la coexistencia de depresión con muchas enfermedades médicas crónicas (Benjet, 2013). El inicio de una condición médica

incapacitante es, comprensiblemente, un factor de riesgo para un episodio depresivo en las personas vulnerables. Sin embargo, en la actualidad se reconoce que la propia depresión puede ser un factor causal en diferentes enfermedades, como la enfermedad isquémica del corazón, diabetes y enfermedades cerebrovasculares. También se ha demostrado la eficacia de los antidepresivos y la psicoterapia en el tratamiento de la depresión en pacientes con enfermedades médicas.

Sin embargo, esas evidencias no se han traducido en una mejora en la atención a los pacientes. Muchos de ellos médicaamente enfermos a menudo permanecen deprimidos y sufren innecesariamente. Algunas barreras impiden que los enfermos reciban tratamiento adecuado: 1) los médicos, pacientes y familias trivializan o no aprecian las implicaciones de los trastornos del estado de ánimo en la creencia de que la depresión es una consecuencia esperada e inevitable de una enfermedad grave y también sucede que la condición médica sustituye la preocupación por el trastorno mental; 2) la depresión y el trastorno bipolar pueden ser particularmente difíciles de diagnosticar en pacientes con múltiples síntomas somáticos y cognitivos; 3) el estigma alrededor de los trastornos mentales continúa siendo un problema, a pesar de los logros que se han alcanzado por medio de muchos esfuerzos y campañas educativas y 4) la creencia de que las cuestiones de calidad de vida son poco importantes en los pacientes con enfermedades crónicas o terminales.

En esta revisión se abordará la comorbilidad de la depresión con las principales enfermedades no transmisibles en México y el mundo: enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus y cáncer.

Enfermedades cardiovasculares

La depresión aumenta el riesgo de aparición de enfermedad coronaria por 1.64 veces y la incidencia de enfermedad isquémica de 1.5 a 2.0 veces; también predice la morbilidad y la muerte en pacientes con enfermedad cardiaca existente. Se ha demostrado que la depresión empeora el pronóstico después de un infarto del miocardio.

El riesgo de muerte cardiaca en los 6 meses después de un infarto de miocardio agudo es aproximadamente 4 veces mayor en los pacientes con depresión en comparación con los sujetos control sin depresión. Cinco años después de un infarto agudo del miocardio, la depresión o la sintomatología depresiva aumenta 3.5 veces el riesgo de muerte cardiaca.

En México, la depresión se ha asociado con un aumento de riesgo de enfermedad cardiovascular de 3.3, si bien esta cifra debe tomarse con reserva, ya que corresponde a un estudio transversal con datos obtenidos por autorreporte (Benjet *et al.*, 2013).

Prevalencia

La frecuencia de depresión en pacientes con enfermedad coronaria, angina de pecho inestable, infarto agudo de miocardio, insuficiencia cardiaca congestiva o cirugía coronaria es de 17 a 27%. Además, muchas personas con enfermedad cardiaca tienen síntomas depresivos subclínicos, lo que sugiere que la frecuencia de comorbilidad podría ser más elevada.

31

Mecanismos de comorbilidad

Los mecanismos de comorbilidad son fisiológicos y de comportamiento. El estrés psicológico puede aumentar el riesgo de isquemia miocárdica. Los cambios en la función autonómica asociados con la depresión, tales como taquicardia ventricular, aumento de la variabilidad del intervalo QT y la disminución de la variabilidad de la frecuencia cardiaca, son mecanismos plausibles por los que la depresión podría aumentar el riesgo de mortalidad cardiaca.

En la depresión puede haber niveles elevados de citoquinas proinflamatorias, las cuales son factores causales en el desarrollo y progresión de la aterosclerosis. La depresión también se ha ligado a aumento de la activación de plaquetas e hipercoagulabilidad.

Hay evidencia de alteración de los mecanismos neurohormonales como hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y aumento de cortisol plasmático en la depresión, lo que podría asociarse con la insuficiencia cardiaca congestiva.

Además, los pacientes con depresión tienen conductas que aumentan el riesgo de enfermedad cardiaca, por ejemplo tabaquismo, no realizar cambios en la dieta y falta de adherencia al tratamiento.

Tratamiento

La eficacia y la seguridad de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) en pacientes cardíacos con depresión se han evaluado en varios estudios.

Aunque eficaces para el tratamiento de la depresión, los antidepresivos tricíclicos están relativamente contraindicados en pacientes con cardiopatías, ya que son antiarrítmicos tipo 1A y su uso podría aumentar la mortalidad en los pacientes con cardiopatía isquémica.

Diabetes

32

Se ha demostrado que la depresión es un factor de riesgo independiente para la diabetes tipo 2, además se asocia con la falta de adherencia a los hipoglucémicos orales, al mal control glucémico, al aumento de los costos de atención y a la progresión y aparición más temprana de complicaciones microvasculares y macrovasculares, discapacidad y muerte (Riley *et al.*, 2009).

La depresión está asociada con factores biológicos, tales como el aumento de glucocorticoides en suero, catecolaminas y hormona de crecimiento (que contrarresta los efectos de la insulina), resistencia a la insulina y secreción de citoquinas inflamatorias, condiciones que podrían facilitar el desarrollo de la diabetes.

La diabetes también es un factor de riesgo para depresión, y este aumento del riesgo se asocia con la adversidad socioeconómica, el sexo femenino, un mal control glucémico y complicaciones de la diabetes.

Prevalencia

Aunque muchos estudios epidemiológicos han evaluado la frecuencia de depresión en los pacientes diabéticos, las inconsistencias metodológicas no han permitido una estimación exacta.

Las frecuencias son más bajas en los estudios donde se determina la depresión a través de entrevistas diagnósticas en comparación con aquellos en los que se utilizan instrumentos de auto-reporte de síntomas.

Aunque la diabetes es común en los afroamericanos, latinoamericanos y los nativos americanos, hay pocos datos de prevalencia de depresión concomitante en estos grupos (Lara *et al.*, 2014).

En México se ha estimado un aumento en el riesgo de diabetes en pacientes con depresión de 2.8, aunque como se mencionó en el caso de los trastornos cardiovasculares, son resultados de un estudio transversal con diagnóstico mediante auto-reporte.

Diagnóstico y tratamiento

El diagnóstico de la depresión en pacientes con diabetes no es sencillo. Los síntomas compartidos como la fatiga y la pérdida de peso dificultan el reconocimiento de la depresión en estos pacientes.

La depresión se ha asociado con el aumento de los síntomas de diabetes en los pacientes diabéticos con depresión en comparación con aquellos que no están deprimidos.

Los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS) son la opción de primera línea para el tratamiento de la depresión. Son tan eficaces como los antidepresivos tricíclicos, con menos efectos adversos y se han estudiado en el tratamiento de la depresión de los pacientes con diabetes, así como en la evolución de la propia diabetes y en el autocuidado. La fluoxetina, sertralina y paroxetina son eficaces en el tratamiento de la depresión en este grupo de pacientes; la fluoxetina y la paroxetina también se asocian con mejor calidad de vida. Hay poca evidencia de la superioridad de un ISRS sobre otro ISRS, aunque los pacientes tratados con fluoxetina experimentan una reducción en la severidad de la depresión 2 semanas antes que aquellos que reciben paroxetina (Riley *et al.*, 2009).

La fluoxetina también se ha asociado con pérdida de peso moderada; el efecto de otros ISRS en el peso ha sido inconsistente. Aunque los ISRS se asocian con muchos menos efectos anticolinérgicos y cardiovasculares, deben tenerse en cuenta otros efectos secundarios frecuentes en los pacientes con diabetes como la disfunción sexual, los problemas gastrointestinales y la agitación.

Varios ensayos controlados aleatorios han demostrado una tendencia a la mejoría en los niveles de HgbA1c con ISRS. También se ha observado que el efecto metabólico de los ISRS sobre ciertos agentes hipoglucemiantes orales puede aumentar el riesgo de hipoglucemia, aunque no se ha reportado interacción clínica de estos medicamentos.

Si bien la mayoría de los estudios de tratamiento han sido de 8 a 12 semanas de duración, en un estudio de mantenimiento de un año después de un tratamiento exitoso con sertralina, se encontró que los pacientes que tomaron el medicamento tenían menos probabilidades de experimentar depresión recurrente que los que recibieron placebo. Además, la mejora inicial en el control de la glucemia durante el tratamiento fue constante durante todo la fase de mantenimiento.

Los resultados de estas investigaciones indican que los ISRS pueden prescribirse para tratar la depresión de los pacientes con diabetes,

con la confianza de que el medicamento no va a empeorar el curso de la diabetes e incluso puede contribuir a un mejor control de la glucemia.

Es necesario realizar estudios de detección de diabetes en los pacientes que experimentan un aumento de peso al estar en tratamiento con antidepresivos, en especial en individuos cuyo antidepresivo se complementa con antipsicóticos o anticonvulsivantes.

Cáncer

La depresión suele ser comórbida con cáncer; se asocia con mal pronóstico y con un aumento de la morbilidad. Simplemente recibir un diagnóstico de cáncer y soportar el declive del estado físico, el dolor y las terapias oncológicas invasivas aumentan el uso de servicios de salud mental.

Por otro lado, la depresión también puede ser una consecuencia directa de la terapia antineoplásica. Los pacientes con cáncer pueden desarrollar síntomas depresivos relacionados con la activación de citoquinas proinflamatorias secundarias a la carga de células tumorales, a la destrucción de los tejidos, a los tratamientos de radiación y a la quimioterapia. Los pacientes con depresión tienden a tener poca adherencia al tratamiento del cáncer, además de presentar conductas nocivas para la salud (por ejemplo, fumar).

Aunque el malestar emocional se ha asociado con tiempos de supervivencia más cortos en pacientes con cáncer, los estilos de afrontamiento psicológico no están asociados con el aumento de la supervivencia del cáncer.

Los estudios sobre la relación de la depresión con la aparición del cáncer han arrojado resultados controvertidos. Dos grandes estudios prospectivos sugieren que la depresión crónica o eventos de la vida estresante podrían incrementar el riesgo de cáncer, lo cual si bien resulta intrigante, de ninguna manera es definitivo. Entre casi 5 000 personas de edad avanzada, aquellas con depresión crónica tenían una razón de riesgo ajustada para cáncer de 1.88 (IC 95%, 1.13 a 3.14) a los 6 años de seguimiento. En otro estudio de casi 11 000 mujeres durante un periodo de 20 años, la presencia de estrés grave (por ejemplo, la muerte del cónyuge) se asoció con una razón de riesgo ajustada de 1.35 (IC 95%, 1.09-1.67) para el cáncer de mama. Los pacientes con antecedentes de depresión tienen un riesgo 2.6 veces mayor de morir a causa de cáncer que aquellos sin depresión previa (Evans *et al.*, 2005).

La depresión se ha asociado con la inmunosupresión, lo que podría aumentar el riesgo de cáncer en individuos susceptibles.

Prevalencia

La depresión es común en pacientes con cáncer, sin embargo, los estudios disponibles han evaluado poblaciones heterogéneas, con diferentes diagnósticos oncológicos, con sistemas de estadificación ausentes o variables, sin definiciones estandarizadas de depresión y muestras pequeñas, lo que limita una estimación precisa de la prevalencia. A pesar de esto, se reconoce que la depresión es más frecuente en los pacientes con cáncer que en la población general, pudiendo ser hasta cuatro veces más frecuente. La frecuencia de depresión es mayor en el cáncer pancreático, orofaríngeo y mamario, con prevalencias de 20 a 50% (Evans *et al.*, 2005).

35

El diagnóstico de la depresión en pacientes con cáncer es complicado. Los síntomas asociados con el cáncer y su tratamiento, tales como la alteración del sueño, anorexia, pérdida de peso, retraso psicomotor y deterioro cognitivo, a menudo se superponen con los síntomas depresivos.

Es difícil diferenciar la depresión de las reacciones de duelo o tristeza. Hay controversia en cuanto a las ventajas de un enfoque de diagnóstico excluyente (es decir, los síntomas que se traslanan no se toman en cuenta para el diagnóstico de la depresión) frente a un enfoque incluyente (todos los síntomas se consideran al hacer el diagnóstico). En la investigación suele recomendarse el enfoque excluyente, en tanto que el enfoque incluyente se recomienda en entornos clínicos.

Se ha observado que las intervenciones psicosociales, que en algunos estudios redujeron los síntomas depresivos, han dado lugar a una supervivencia más larga. Sin embargo, en otros estudios que no mostraron ningún beneficio de supervivencia, sólo dos manifestaron el alivio de los síntomas psicológicos (Evans *et al.*, 2005).

Es posible que en los estudios que muestran un efecto del tratamiento de la depresión en la supervivencia, éste pudiera haber influido en la adherencia al tratamiento antineoplásico o en el uso de la atención médica.

Algunas intervenciones reducen la angustia, pero no específicamente los síntomas depresivos; por lo tanto, el papel mediador de la mejora en la depresión no se ha demostrado en forma definitiva. Se necesitan estudios adicionales que demuestren la efectividad de las

intervenciones psicoterapéutica para el tratamiento de la depresión en pacientes con cáncer.

Hay un creciente número de ensayos de tratamiento con anti-depresivos en pacientes con cáncer. La evidencia disponible sugiere que la depresión de estos pacientes responde a antidepresivos tricíclicos (ATC), ISRS, mirtazapina y mianserina.

Un nuevo enfoque implica el uso de antidepresivos para prevenir el desarrollo de la depresión en los pacientes que reciben medicamentos, conocido por causar síntomas depresivos graves. En un estudio controlado con placebo, la paroxetina se administró a pacientes con melanoma maligno antes del tratamiento con dosis altas de interferón, un agente conocido por causar depresión. El resultado fue una notable disminución de los síntomas de depresión, ansiedad y neurotoxicidad. Es importante destacar que con el pre-tratamiento antidepresivo fueron más los pacientes que continuaron con el interferón que los que fueron pretratados con placebo y que descontinuaron el interferón debido a la neurotoxicidad y a los síntomas depresivos. Los investigadores advierten, sin embargo, en contra del uso profiláctico de antidepresivos de rutina en pacientes con cáncer, muchos de quienes no presentan síntomas depresivos graves y prefieren no tomar más medicamentos.

36

Recomendaciones

En la actualidad, los esfuerzos en la prestación de servicios de salud se dirigen a mejorar la calidad y la eficiencia en los sistemas de atención. Sin embargo, el gasto y la cobertura en la prestación de servicios no se distribuyen de manera uniforme en toda la población y existe una variación considerable en la calidad de la atención a través de diferentes condiciones. Por lo tanto, para mejorar la calidad y la eficiencia es necesario enfocarse en los subgrupos con mayor riesgo de altos costos y mala calidad de la atención, por ejemplo, las personas con trastornos mentales y condiciones médicas comórbidas.

Las enfermedades descritas se pueden prevenir. Hasta 80% de enfermedades del corazón, enfermedades cerebrovasculares y diabetes tipo 2, además de un tercio de cánceres, podrían prevenirse mediante la eliminación de los cuatro factores de riesgo compartido: consumo de tabaco, alimentación no saludable, inactividad física y consumo perjudicial de alcohol. Estos factores de riesgo tienen

como característica común el ser formas de comportamiento que, por un lado, pueden modificarse, pero por otro lado se ven influidas por factores emocionales, en particular por la depresión.

Es recomendación de la Organización Mundial de la Salud incluir de manera explícita la salud mental en las políticas, planes y programas de investigación generales y prioritarios, conjuntamente con las enfermedades no transmisibles,

Los trastornos mentales tienen características comunes con otras enfermedades crónicas no transmisibles, incluyendo enfermedades del corazón, diabetes y cáncer:

- *Comparten muchas causas subyacentes y las consecuencias generales*
- *Son altamente interdependientes y tienden a coocurrir*
- *El tratamiento es mejor mediante enfoques integrados*
- *El reto no es simplemente ampliar los servicios de salud existentes, sino transformarlos mediante la implementación de manejos basados en la evidencia para la atención integrada, eficaz y eficiente de los trastornos mentales y otras enfermedades crónicas*
- *Es necesario actuar dentro y fuera del sector de la salud para llevar a cabo esta integración.*

37

Bibliografía

1. Benjet C, Casanova L, Borges G, Medina-Mora ME. Impacto de los trastornos psiquiátricos comunes y las condiciones crónicas físicas en el individuo y la sociedad. *Salud Pública Mex.* 2013;55:248-56.
2. Evans DL, Charney DS, Lewis L, Golden RN, Gorman JM, Krishnan KR, et al. Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biol Psychiatry.* 2005;58(3):175-89.
3. Lara MC, Medina-Mora ME, Borges G, Zambrano J. Social cost of mental disorders: disability and work days lost. Results from the Mexican survey of psychiatric epidemiology. *Salud Mental.* 2007;30:4-11.
4. Lara Muñoz MC, Jacobs EA, Escamilla MA, Mendenhall E. Depression among diabetic women in urban centers in Mexico and the United States of America: a comparative study. *Rev Panam Salud Pública.* 2014 (aceptado para publicación).
5. Riley AA, McEntee ML, Gerson L, Dennison CR. Depression as a comorbidity to diabetes: implications for management. *J Nurse Practitioners.* 2009;5(7):523-35.
6. World Health Organization; 2008-2013. Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2009.

COMORBILIDADES EN LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

Rodrigo Marín-Navarrete
María Elena Medina-Mora

3

Introducción

39

En el presente capítulo, se analizan las comorbilidades en los trastornos por consumo de sustancias como un desafío para los servicios de salud en México. Al igual que la diabetes, la obesidad, las cardiopatías y las enfermedades crónicas del hígado, los *trastornos por consumo de sustancias* (TCS), junto con *otros trastornos psiquiátricos* (OTP), figuran entre los primeros diez padecimientos que contribuyen a la carga de enfermedad mundial, ya que se les atribuye 183.9 millones de años de vida perdidos por discapacidad (DALY) del total de la carga del mundial (153.5-216.7 millones 95% IC) o 7.4% (6.2-8.6); 0.5% (0.4-0.7) del total de años perdidos por muerte prematura (YLL) y la primera causa mundial de años de vida productiva perdidos por discapacidad (YLD) [22.9% (18.6-27.2)].¹

La causa de este escenario puede ser una transición demográfica y social que trae consigo el aumento en la densidad poblacional y en la expectativa de vida, por lo tanto, un rápido incremento de la prevalencia de condiciones crónicas, donde los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos psiquiátricos ocupan un lugar importante.²

En este sentido, el problema se vislumbra de mayores dimensiones cuando revisamos la evidencia documentada de la comorbilidad existente entre los TCS con OTP, misma que se define como la coexistencia o concomitancia de dos o más trastornos psiquiátricos a lo largo de la vida de una persona; condición que establece una relación clínica de mayor impacto que si se expresaran de manera aislada.³

El presente capítulo tiene por objetivo presentar una revisión del estudio de la comorbilidad entre trastornos por consumo de sustancias (TCS) con otros trastornos psiquiátricos (OTP), abordando aspectos conceptuales, epidemiológicos, etiológicos y las barreras a tratamiento más importantes de esta población. Asimismo, se mencionarán los retos y las recomendaciones para dar respuesta a este fenómeno de salud mental pública en México.

Generalidades de la comorbilidad entre los TCS con OTP

40

En Psiquiatría al igual que en el resto de las especialidades médicas, el análisis de la comorbilidad aporta información valiosa para la comprensión de la etiología, así como para el desarrollo de mejores estrategias de prevención y tratamiento de los trastornos y las enfermedades de estudio.⁴⁻⁶

Un claro ejemplo es la prevalencia de hipertensión arterial en pacientes con diabetes tipo 2, que alcanza hasta 60% de los casos; la literatura reporta que la población diabética tiene una probabilidad de desarrollar hipertensión de 1.5 a 3 veces más que quienes no la tienen. La hipertensión contribuye al desarrollo y la progresión de las complicaciones crónicas de la diabetes tipo 2. En estos pacientes, la hipertensión puede presentarse durante el diagnóstico o incluso antes de desarrollarse la hiperglicemia, y a menudo es parte de un síndrome que incluye intolerancia a la glucosa, resistencia a la insulina, obesidad, dislipidemia y enfermedad arterial coronaria, constituyendo el denominado síndrome X o síndrome metabólico, entre otras complicaciones.^{7,8}

El ejemplo anterior ilustra que la concomitancia entre ambas condiciones médicas (hipertensión y diabetes tipo 2), aumenta el deterioro físico y psicológico, además de incrementar el riesgo de complicaciones médicas y mortalidad asociadas.

En psiquiatría, una de las comorbilidades más estudiadas y tratadas ha sido la que se presenta entre los trastornos afectivos y ansiosos,⁹ pues se sabe que es muy frecuente encontrar en la práctica clínica a pacientes que padecen trastorno depresivo mayor (TDM) con sintomatología ansiosa, así como pacientes con trastorno de ansiedad generalizada (TAG) con sintomatología afectiva.

Lo anterior ha llevado al desarrollo de guías y algoritmos que presentan procedimientos estándar de evaluación y tratamiento

que coadyuvan al manejo de estos pacientes, lo que implica un claro avance en la compresión de esta comorbilidad, ya que provee de certidumbre a los clínicos que atienden a esta población.^{10,11}

Sin embargo, existen otras comorbilidades en psiquiatría que no corren con la misma suerte. En las tres últimas décadas se ha enfatizado en el estudio de la comorbilidad entre los TCS junto con OTP, lo que posiblemente se deba al impacto negativo en la salud pública del consumo nocivo de sustancias de abuso. Este interés ha propiciado el desarrollo de múltiples líneas de investigación como las: epidemiológicas, nosológicas y de tratamiento.^{3,12,13}

Para tener una idea de la magnitud del problema, estudios internacionales en epidemiología psiquiátrica realizados en *población general* reportan que la prevalencia a lo largo de la vida de este tipo de comorbilidad puede oscilar entre 41 y 66%, mientras que los estudios efectuados en *población clínica* reportan prevalencias mayores que van desde 50% para la *comorbilidad coocurrente* (actual), hasta 80% en la comorbilidad a lo largo de la vida.^{3,14,15}

Este fenómeno de comorbilidad psiquiátrica se vuelve un tema prioritario de salud mental pública, ya que al potencializar la sinergia entre ambas condiciones, deteriora de manera significativa la calidad de vida y el funcionamiento biopsicosocial del individuo, al presentar mayores tasas de: gravedad de la adicción y de la sintomatología psiquiátrica comórbida; ideación, conducta suicida y suicidio consumado; recaídas en personas que buscan la abstinencia y mayor utilización de servicios de medicina general, psiquiatría, hospitalización y urgencias; tratamientos incompletos; consumo de drogas inyectables; conductas sexuales de riesgo (*múltiples parejas y sexo sin protección*); contagio de VIH, VHB, VHC y otras ETS; conducta violenta, delictiva y criminal; encarcelamiento; indigencia y vagabundeo; problemas de ajuste social, laboral y escolar; problemas financieros y carga familiar.

En resumen, se trata de personas con altos niveles de gravedad psicopatológica, médica y social que, además de deteriorarse biopsicosocialmente, presentan otras condiciones significativas como vulnerabilidad biológica, marginación y violencia.^{3,5,6,16,17}

41

Aproximaciones teóricas

Diversos han sido los términos reportados en la literatura especializada para nombrar esta comorbilidad:³

- Mentally Ill Chemically Addicted (MICA)
(Enfermedad mental químicamente adictiva)
- Chemically Abuse Mentally Ill (CAMI)
(Enfermedad mental que abusa de químicos)
- Mentally Ill Substance Abuse (MISA)
(Enfermedad mental y abuso de sustancias)
- Substance Abuse and Mentally Ill (SAMI)
(Abuso de sustancias y enfermedad mental)
- Mentally Ill Chemically Dependent (MICD)
(Enfermedad mental químicamente dependiente)
- Co-Ocurring Addictive and Mental Disorders (COAMD)
(Trastornos mentales y adictivos coocurrentes)

Sin embargo, los términos más empleados por clínicos e investigadores son: “trastorno dual”, “condición dual”, “patología dual”, “diagnóstico dual” (*dual diagnosis*) y “trastorno coocurrente” (*co-occurring disorder*), este último es el más recomendado por los autores contemporáneos.^{3,6,12,18,19}

Para fines del presente documento, se emplearán los términos *comorbilidad a lo largo de la vida* y *comorbilidad coocurrente* para hablar de la sintomatología diagnóstica actual, con el objetivo de presentar una postura neutral ante la falta de consenso conceptual.

Probablemente esta falta de consenso conceptual responda a algo más complejo que a una simple ausencia nominal, y se deba a la diversidad de posturas nosológicas de la comorbilidad y por lo general de la psicopatología.

Mucho se ha aprendido y avanzado gracias a la evidencia epidemiológica, ya que, además de reportar tasas elevadas de comorbilidad en población tanto general como clínica, ha permitido identificar el consumo de sustancias a edades más tempranas como un factor de riesgo para de desarrollar OTP, mientras que las personas con OTP premórbidos a los TCS presentan alrededor de tres veces más probabilidad de desarrollarlos.¹⁴

Además, resultados preliminares de estudios de genética conductual exponen que los TCS presentan asociaciones más robustas con los trastornos externalizados (*trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno disocial y de personalidad antisocial*) particularmente en hombres, mientras que los trastornos internalizados (*trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno de ansiedad generalizada*) presentan asociaciones más robustas en mujeres.²⁰

Sin embargo, aún existen muchos vacíos de conocimiento en el estudio de este fenómeno, por lo que se han postulado diversas aproximaciones etiológicas, como las que se explican a continuación (Figura 3.1).

- a) **Modelo de factores comunes.** Este modelo, que se muestra en la Figura 3.1, propone que las altas tasas de comorbilidad son el resultado de compartir una base común de características premórbidas que marcan una vulnerabilidad para ambas entidades psicopatológicas, mismas que se han estudiado en subgrupos de pacientes con distintas combinaciones de comorbilidad, a saber: antecedentes heredofamiliares patológicos, factores ambientales, desarrollo infantil, estatus socioeconómico, funcionamiento cognitivo, rasgos de personalidad y vulnerabilidad neurobiológica y genética.^{21,22}
- b) **Modelo de OTP secundarios a TCS.** Este modelo se explica mejor en función de que los TCS incrementan el riesgo de desarrollar OTP, de tal forma que los síntomas psiquiátricos pueden presentarse como resultado directo del consumo de sustancias de abuso. En otras palabras, *funcionan como coadyuvantes y disparadores de OTP en personas que tengan predisposición (por ejemplo, el consumo de cannabis como factor precipitante para un trastorno psicótico) o pueden causar un cambio neurofisiológico y estructural permanente que origine un trastorno crónico (por ejemplo, el consumo grave de inhalables destruye el tejido de la corteza cerebral, de modo que disminuye la densidad y el tamaño encefálico, lo que deriva en deterioro cognitivo y psicosis).*

Este modelo ha generado dificultades y discrepancias en relación con los efectos agudos del consumo de sustancias de abuso, como: los estimulantes, alucinógenos y *cannabis*, ya que sus efectos a corto plazo son de tipo psicotomiméticos, es decir, se confunden y enmascaran con la sintomatología inicial de OTP (*por ejemplo, el consumo grave de cocaína puede desarrollar sintomatología maníaca; lo que complicará el diagnóstico diferencial, pues es importante reconocer si los síntomas se explican mejor por el consumo de cocaína, en lugar de un episodio maníaco independiente*).^{21,22}

- c) **Modelo TCS secundario a OTP.** Este modelo se entiende mejor en función de que los OTP incrementan el riesgo de desarrollar TCS, de tal forma que los síntomas de enfermedad psiquiátrica pueden presentarse como consecuencia directa del consumo de sustancias de abuso. Este modelo puede entenderse mejor desde los estudios basados en: riesgo psicosocial (automedicación, disforia, multifactorial) e hipersensibilidad biológica.^{21,22}

La teoría de la automedicación propuesta por Khantzian en 1985 se define por el consumo de sustancias de abuso en función de un proceso selectivo que mantiene una relación entre la predisposición psicobiológica, los antecedentes psicopatológicos del sujeto y los efectos psicofarmacológicos de las sustancias.

En otras palabras, probablemente una persona dependiente de los opiáceos sostiene su preferencia a esas sustancias debido a su acción poderosa sedativa, que impacta de manera directa en sus sentimientos excesivos de enojo, frustración y agresión. Asimismo, una persona dependiente de la cocaína es probable que haya basado su elección en la capacidad psicoestimulante de la cocaína para inducir estados de hipomanía e hiperactividad, y así aliviar el malestar asociado con los síntomas afectivos.²³

La crítica más fuerte a la teoría de la automedicación es que posee una base conceptual de componentes psicodinámicos, por lo que otros autores han propuesto el modelo de mejoramiento de la disforia –en el entendido de que la conducta de consumo presenta relaciones significativas con síndromes ansiosos, afectivos y cognitivos–, sin embargo no aporta mucho más.^{21,22}

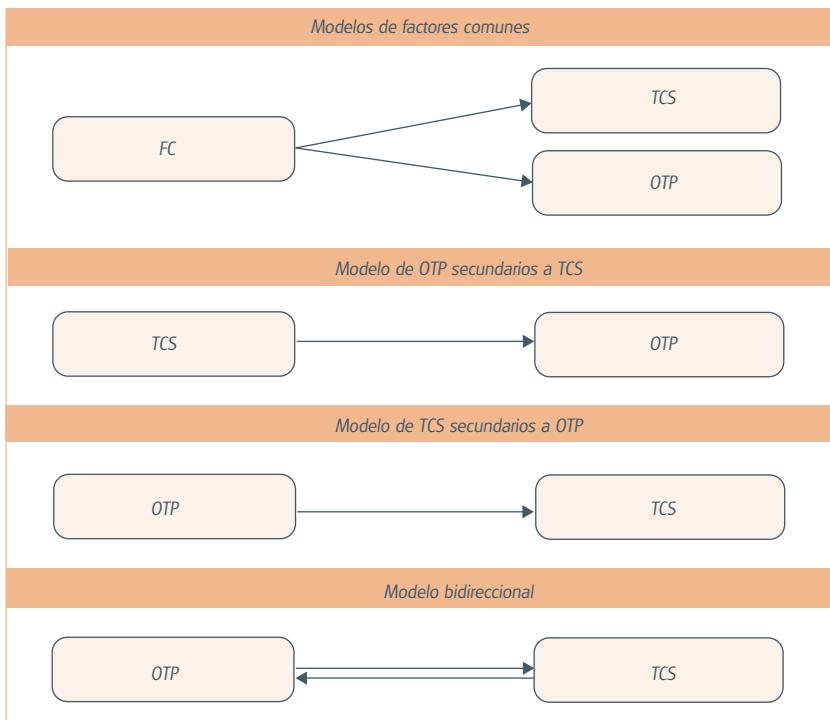
44

Otro modelo es el *multifactorial*, que postula la existencia de múltiples variables y factores de riesgo que fungen en forma de motivación, dentro de los que se distinguen: habilidades deficientes de interacción social, deficiencias cognitivas, fracaso académico y vocacional, pobreza, ajuste pobre a los roles de la vida adulta, deficiente estructura en las actividades cotidianas, disponibilidad de sustancias en el contexto social y el vecindario.^{21,22}

Por último, el modelo de *hipersensibilidad biológica* proviene de los modelos de estrés-vulnerabilidad propuestos para la esquizofrenia. De acuerdo con él, la vulnerabilidad psicobiológica es determinada por una combinación de eventos genéticos y ambientales tempranos que interactúan con el estrés ambiental, ya sea para precipitar el inicio de un trastorno psiquiátrico o para desencadenar una recaída.²⁴

En el caso del consumo de sustancias de abuso, la vulnerabilidad puede incrementarse, además existe la posibilidad de experimentar efectos más potentes debido a esta hipersensibilidad, por lo que los pacientes con enfermedad mental grave son más propensos a experimentar consecuencias negativas del uso de cantidades relativamente pequeñas de sustancias, en comparación con la población general.^{21,22}

d) *Modelo bidireccional.* Este modelo sugiere efectos de interacción en curso entre OTP y TCS, pues dan cuenta de un aumento de las tasas de comorbilidad. Por ejemplo, un TCS podría desencadenar en OTP en una persona biológicamente vulnerable que se mantiene en un continuo del TCS debido a factores cognitivos y de aprendizaje social, tales como creencias, expectativas y motivaciones por uso de sustancias. A pesar de su atracción intuitiva y de que prue-



45

Figura 3.1. Aproximaciones etiológicas.

Fuente: Elaborado con base en Mueser et al., 2003

ba que los TCS empeoran el curso de los OTP, el modelo bidireccional posee poca evidencia que lo soporte.^{21,22}

Los anteriores modelos son buenos intentos de comprender la comorbilidad; sin embargo, es evidente la necesidad de generar más evidencia para una mejor comprensión. Por lo general, la ciencia se encuentra en un proceso de cambio en el entendimiento de los trastornos psiquiátricos, en virtud de que la *praxis* clínica exige ir más allá de los limitados reduccionismos categóricos, pues requiere de nuevos paradigmas semiológicos basados en estructuras dimensionales cimentadas en evidencias neurobiológicas y genéticas sólidas, que a su vez permitan entender los trastornos en un continuo específico y evolutivo durante la vida de las personas.^{4,5,6}

La dificultad para integrar un entendimiento de la comorbilidad tiene su explicación, pues por lo general los trastornos psiquiátricos son padecimientos sindromáticos, lo que implica que obedecen a patrones cognitivos, emocionales y conductuales, y no a

fisiopatologías identificadas con claridad por marcadores biológicos que funjan como *estándares de oro* para la elaboración de diagnósticos. De este modo, la elaboración fiable y atinada de los diagnósticos en esta población comórbida representa un reto aún mayor, pues los efectos agudos y crónicos del consumo de sustancias de abuso presentan comportamientos psicotomiméticos, es decir, sindromáticamente similares a los de otros trastornos psiquiátricos, situación que dificulta de manera significativa la elaboración del diagnóstico diferencial.⁵

De ahí que la diferenciación de los trastornos inducidos frente a trastornos independientes tenga implicaciones tan relevantes para la comprensión de la comorbilidad, ya que los trastornos inducidos evolucionan clínicamente distinto a los trastornos independientes, situación que de manera invariable impacta en las estrategias y algoritmos de tratamiento. Esto pone en evidencia la necesidad de saber qué trastorno fue precedente y cuál subsecuente, acción que permite tomar decisiones pertinentes para el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de la comorbilidad.

Estudios de comorbilidad en los TCS en México

En México, como en el resto del mundo, los *trastornos por consumo de sustancias (TCS) junto con otros trastornos psiquiátricos (OTP)* se ubican entre las principales causas de morbimortalidad y carga de enfermedad en la población en general.^{25,26}

Sin embargo, en México se cuenta con pocos estudios que tengan por objeto estimar la comorbilidad de TCS con OTP (Cuadro 3.1). El más representativo es la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP, 2003) que reportó que 28.6% de la población mexicana presentó al menos un trastorno psiquiátrico a lo largo de la vida, siendo los más frecuentes los trastornos de ansiedad (14.3%), seguidos por los TCS (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%).^{27,28} Asimismo, el análisis de comorbilidad refiere que las personas con trastornos afectivos y trastornos ansiosos presentan 2.7 y 2.4 veces más probabilidad de desarrollar TCS (respectivamente), donde las mujeres, M, mostraron mayor riesgo en comparación con los hombres, H (M:3.7/H:4.1; M:7.3/H:2.6). Además, 67% de los hombres y 97% de las mujeres presentaron los trastornos afectivos y ansiosos primero que los TCS.²⁹

Otro reporte es el derivado de la colaboración con el Consorcio Internacional en Epidemiología Psiquiátrica (ICPE), donde se pre-

senta un análisis de la comorbilidad entre los TCS con OTP de una encuesta realizada en hogares de la ciudad de México.^{30,31}

Los resultados reflejaron lo que se describe en seguida.

- *En la mayoría, los trastornos psiquiátricos anteceden el consumo de sustancias. Esto se observó mayormente con los trastornos de ansiedad, seguidos de los trastornos afectivos*
- *Existe una relación directa entre el número de comorbilidades y el aumento en la gravedad del consumo de sustancias, además de que esta última incrementa la probabilidad de desarrollar OTP. Esta relación se presenta con más frecuencia con el consumo de drogas que con el de alcohol*

Ambos estudios presentan similitudes con los reportes internacionales puesto que se realizaron en población general y compartieron metodologías similares. Adicionalmente sugiere que, a pesar del posible efecto cultural, existen características biológicas y humanas que establecen un vínculo entre los TCS y OTP.

Otra relación que amerita ser revisada es la del consumo de sustancias, el desarrollo de TCS y el riesgo de presentar ideación, planeación o conductas suicidas. En México, resultados de encuestas realizadas tanto en población adulta general como en adolescentes, han revelado que el abuso de alcohol, la dependencia al alcohol, el abuso de drogas y cualquier TCS aumentaron el riesgo de presentar conductas suicidas; independientemente del tipo y categoría de los OTP coocurrentes.³² No obstante, los estudios realizados en población clínica arrojan otro tipo de resultados complementarios para el entendimiento de la comorbilidad en México.

Al igual que los estudios en población abierta, en México existen pocas investigaciones que tengan por objetivo reportar la comorbilidad psiquiátrica entre los TCS con OTP en población clínica. Sin embargo, y conforme a la evidencia disponible, se observa un problema significativo de salud mental pública.

Un primer estudio que tuvo por objetivo estimar la prevalencia de comorbilidad de los TCS con OTP a lo largo de la vida, con una muestra de participantes de sexo masculino ($n = 346$) que se encontraban recibiendo atención en tres Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones (CRAMAA) de la ciudad de México, reportó que 75.72% de los participantes cumplía con criterios de comorbilidad psiquiátrica a lo largo de la vida, siendo los grupos diagnósticos más prevalentes los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador (56.94%), seguidos por el grupo de los trastornos de la ansiedad (43.4%), los trastornos afec-

tivos (23.99%) y, con menor frecuencia, el juego patológico (12.14%) y el grupo de los trastornos de la conducta alimentaria (6.07%).³³ En la mayoría de los casos (83.59%), los OTP antecedieron a los TCS; además de que los OTP presentaron tres veces más probabilidad de desarrollar TCS a múltiples sustancias.^{33,34}

Un segundo estudio evaluó la *comorbilidad coocurrente (actual)* en 30 CRAMAA de cinco entidades de la República Mexicana (Distrito Federal, Estado de México, Puebla, Querétaro e Hidalgo) en una muestra de $n = 657$ participantes de ambos sexos. El reporte presenta prevalencias totales de comorbilidad coocurrente hasta de 62.6%, siendo los trastornos externalizados (47.3%) más prevalentes que los internalizados (46.8%). Un hallazgo significativo de este estudio es que un número elevado de participantes requerían de atención farmacológica prioritaria, pues se encontró que: 30% presentaba trastorno depresivo mayor; 12%, trastornos psicóticos; 10%, trastorno de ansiedad generalizada; 9.2%, trastorno de estrés postraumático; 2.7%, trastorno bipolar, esto sin mencionar que 41 participantes fueron excluidos del estudio por presentar sintomatología psicótica, maníaca y/o de deterioro cognitivo que los inca-

Cuadro 3.1. Estudios de comorbilidad en México.

Nombre	Población	Objetivo
Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) ²⁵⁻²⁷	Hogares ($n = 5\,826$) Hombres y mujeres	Describir prevalencia de trastornos psiquiátricos, comorbilidad, variaciones en distribución geográfica, correlatos sociodemográficos y utilización de servicios en la población urbana adulta.
Consortio Internacio-nal en Epidemiología Psiquiátrica (ICPE) ^{28,29}	Hogares ($n = 1\,734$) Hombres y mujeres	Conocer la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en términos del DSM-III-R y su comorbilidad con TCS.
Estudio en CRAMAA(1) ^{31,32}	Centros residenciales ($n = 346$) Hombres	Estimar la prevalencia de comorbilidad a lo largo de la vida en hombres que se encontraban recibiendo atención en tres CRAMAA.
Estudio en CRAMAA (2) ³³	Centros residenciales ($n = 657$) Hombres y mujeres	Evaluar la comorbilidad (actual) en 30 CRAMAA de cinco estados de la República Mexicana.
Estudio en CRAMAA (3) ^{34,35}	Centros residenciales ($n = 50$) Mujeres	Conocer aspectos de comorbilidad y necesidades de tratamiento farmacológico en mujeres de un CRAMAA.

pacitaba para continuar con los procedimientos del estudio. Por último, se encontró que al igual que en los reportes internacionales, los pacientes que presentan comorbilidad coocurrente tienen mayor riesgo de suicidio (47.1%/OR = 3.9), mayores conductas sexuales de riesgo, mayores necesidades de servicios de tratamiento profesional pero con pobre adherencia.³⁵

Un último reporte de investigación realizado en mujeres internadas en un CRAMAA ($n = 50$), reportaron que los trastornos psiquiátricos del eje I (DSM-IV-TR) más prevalentes encontrados en esta pequeña muestra fueron los afectivos (34.9%), psicóticos (32.6%) y de ansiedad (20.9%); eje II (DSM-IV-TR) trastorno límite de la personalidad. Asimismo, las participantes reportaron que las sustancias de mayor consumo fueron: el alcohol (86%), seguido de marihuana (62.8%), cocaína (51.2%) y anfetaminas (37.2%). La prevalencia de la comorbilidad coocurrente para el eje I fue de 69.8% y hasta 97.7%, incluyendo el eje II.³⁶

Un objetivo secundario de este estudio fue la descripción de la historia de tratamientos previos, donde 65.1% de la muestra reportó haber estado previamente en internamiento a causa del consumo de

49

Resultados

Los porcentajes encontrados fueron: 28.6% con al menos un trastorno psiquiátrico a lo largo de la vida; 14.3% con trastornos de ansiedad; 9.2% con TCS y 9.1% con trastornos afectivos. Las personas con trastornos afectivos y ansiosos presentan el doble de probabilidad de desarrollar TCS. Las mujeres mostraron mayor riesgo en referencia a los hombres. Del total, 67% de los hombres y 97% de las mujeres presentaron los trastornos afectivos y ansiosos primero que los TCS.

En la mayoría, los trastornos psiquiátricos anteceden el consumo de sustancias, principalmente los de ansiedad. Existe una relación entre el número de trastornos coocurrentes y la gravedad del consumo de sustancias.

75.72% presentó comorbilidad psiquiátrica a lo largo de la vida: trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador (56.94%), trastornos de ansiedad (43.4%), trastornos afectivos (23.99%), juego patológico (12.14%) y trastornos de la conducta alimentaria (6.07%). En 83.59%, los OTP antecedieron a los TCS; además de que los OTP presentaron 3.326 veces más probabilidad de desarrollar TCS a múltiples sustancias.

Prevalencias de comorbilidad de 62.6%; trastornos externalizados (47.3%) e internalizados (46.8%): 30% trastorno depresivo mayor, 12% trastornos psicóticos, 10% trastorno de ansiedad generalizada, 9.2% trastorno de estrés postraumático y 2.7% trastorno bipolar. Los pacientes con comorbilidad presentaron mayor riesgo de suicidio, mayores conductas sexuales de riesgo, mayores necesidades de servicios de tratamiento profesional y menor adherencia.

La prevalencia de la comorbilidad coocurrente para los trastornos del eje I del DSM-IV-TR fue de 69.8% y hasta 97.7%, incluyendo el eje II. Los trastornos psiquiátricos del eje I más prevalentes fueron: afectivos (34.9%), psicóticos (32.6%) y de ansiedad (20.9%); y del eje II, el trastorno límite de la personalidad.

sustancias; cuya media en el número de internamientos fue de 1.8 (DE = 2.1) y la edad promedio en que ingresaron por primera vez a un centro residencial fue de 16.8 años (DE = 14.5). La principal causa de internamiento fue presión de la familia (90.7%). Por otro lado, 51.2% de la muestra refirió haber requerido hospitalización debido, al consumo de sustancias (32.6%) y que 60% ya había recibido tratamiento farmacológico previo a la evaluación en el centro residencial, de los cuales tan sólo 10% se apegó al tratamiento hasta por un año, lo que implica que la gran mayoría no concluyó su atención farmacológica o no la había recibido. Por último, los autores reportaron un incremento de 20% en la necesidad de atención farmacológica posterior a la evaluación especializada.³⁷

50

Barreras de acceso al tratamiento

Las personas que presentan comorbilidad coocurrente se enfrentan a diversas barreras para acceder al tratamiento indicado, mismas que van desde la estructura de los servicios, competencias del personal clínico, costos, hasta aspectos de estigma y rechazo. Algunas de las principales barreras que se han identificado son las que se describen a continuación.

- *Existe evidencia suficiente que demuestra que las personas con comorbilidad coocurrente se benefician de manera significativa con una atención integral e interdisciplinaria que atienda ambas condiciones. No obstante la mayoría de los servicios públicos y privados ofertan atención seriada o paralela. Según la evidencia, este modelo es poco eficaz y muy costoso; lo que se traduce en el incremento del riesgo de recaída y la tasa de abandono de tratamiento y genera mayor desgaste al paciente y al personal clínico^{3,5,38,39}*
- *Los pacientes con comorbilidad coocurrente presentan altos niveles de gravedad sintomatológica, por lo que la mayor parte del tiempo se mantienen en fases agudas. Es por ello que frecuentemente requieren de atención residencial para la estabilización de la sintomatología, procedimiento que es más costoso que el ambulatorio y por lo general está fuera del alcance de la mayoría de las personas, en particular en los países de bajos y medianos ingresos (LMIC, Low and Middle Income Countries)^{40,41}*
- *La gran mayoría de los pacientes con comorbilidad coocurrente requieren de tratamiento psicofarmacológico, y en los países de bajos y medianos ingresos el acceso a los medicamentos puede*

presentar grandes obstáculos económicos, ya que los tratamientos farmacológicos son muy costosos para la mayoría de las personas, situación que en muchos de los casos es un obstáculo para el inicio, mantenimiento y finalización de la medicación⁴⁰

- *La gran mayoría de las clínicas privadas de atención residencial basan su esquema de tratamiento en estancias más o menos cortas (28 días), con modelos que se sustentan en gran medida en la filosofía de los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos (AA), o bien, en modelos predominantemente psicosociales, donde la atención del médico sólo se limita al manejo agudo de la desintoxicación, por lo que se ven limitadas para la atención de personas con comorbilidad coocurrente³*
- *Las personas que, además de la comorbilidad coocurrente, son diagnosticadas con VIH, VHB, VHC u otras ETS reportan una demanda mayor de servicios médicos para la atención de todo el espectro de enfermedad, pero con pobre adherencia a tratamiento^{3,5,16}*
- *El desconocimiento del manejo clínico de las personas con comorbilidad coocurrente y la ausencia de profesionales calificados en esta especialidad generan una atmósfera de mala praxis, rechazo y estigmatización de las personas afectadas, situación que reduce las opciones de atención^{3,5,16}*
- *La ausencia de algoritmos estandarizados para la evaluación, referencia y contrarreferencia a las distintas ofertas profesionales y comunitarias disponibles de acuerdo con el nivel de atención y la gravedad sintomatológica entorpece la atención oportuna al postergar el inicio de tratamiento, lo que impacta en la salud integral de las personas^{3,5,16}*

51

Disponibilidad de servicios para la atención de la comorbilidad coocurrente

En los últimos diez años el sistema de salud en México ha experimentado períodos de disminución e incremento del consumo de sustancias, lo que ha conllevado el aumento de la demanda de servicios de salud por parte de consumidores tanto experimentales como graves.

Para responder a las necesidades de atención derivadas de los TCS y sus problemas asociados, se ha integrado una estructura de servicios provenientes del sector público, la iniciativa privada y la ayuda-mutua.⁴²

El sector público, cuenta con amplia oferta de centros ambulatorios para la atención de los TCS y OTP, no obstante ambos

sistemas son mutuamente excluyentes, es decir los centros que atienden a personas que buscan tratamiento para TCS no atienden OTP, y los que atienden a individuos que solicitan tratamiento para OTP no atienden TCS,⁴⁰ lo que indica una ausencia de integración de las unidades públicas de tratamiento ambulatorio y residencial. Posiblemente esta separación de servicios se asocie con la poca disponibilidad de personal capacitado para la atención de los pacientes con comorbilidad coocurrente,⁴¹ pues se ha estimado que en el sector público por cada 100 000 habitantes hay 1.5 psiquiatras, 1 médico no especializado, 3 enfermeras, 1 psicólogo, 0.53 trabajadores sociales, 0.19 terapeutas y 2 profesionales/técnicos de salud.⁴³

La oferta profesional privada se integra por clínicas especializadas que ofrecen atención residencial y ambulatoria que en la mayoría de los casos es muy costosa para la mayoría de la población afectada, esto aunado a la inexistencia de pólizas de seguros de gastos médicos mayores que contemplan la cobertura de trastornos psiquiátricos, incluidos los TCS.⁴²

Por último, en México se cuenta con una activa participación de las organizaciones de la sociedad civil, representada de modo predominante por los grupos tradicionales de ayuda mutua (AA, NA), así como otros esfuerzos inspirados en la ayuda mutua pero dirigidos en la atención residencial como lo son los llamados *anexos*, también conocidos como Centros Residenciales de Ayuda Mutua para la Atención de las Adicciones (CRAMAA).⁴⁰ Los anexos/CRAMAA han resultado ser una opción muy popular y utilizada por personas con comorbilidad coocurrente, en virtud de la poca oferta pública para el tratamiento residencial que sea accesible para la mayoría de las personas.^{33,44}

La situación de los anexos/CRAMAA merece atención particular, puesto que en nuestro país existen aproximadamente 2 239 establecimientos, de los cuales sólo 30% cumple con la normatividad indicada por la Secretaría de Salud estipulada en la NOM-028-SSA2-2009.⁴⁵

Los anexos/CRAMAA presentan una serie de características *su generis*, entre las que destaca la heterogeneidad de su infraestructura, ya que algunos cuentan con instalaciones amplias, mientras que otros tienen espacios muy reducidos y presentan hacinamiento y condiciones insalubres. Otra característica es que su funcionamiento y gestión descansan en una estructura jerárquica de servicio voluntario (padrinos y servidores), misma que se integra por individuos que han logrado mantenerse sin consumo por mayor

tiempo y buscan compartir su experiencia como agentes de cambio para la recuperación de otros. Esta situación evidencia la falta de adiestramiento de los padrinos/servidores para manejar a personas con comorbilidad coocurrente, lo que promueve el incremento del deterioro biopsicosocial de las personas ingresadas, al no recibir la atención adecuada.⁴⁴

Discusión y conclusiones

Por lo general, hay cuatro aspectos inapelables que se basan en la evidencia científica para la atención de la comorbilidad entre los trastornos por consumo de sustancias (TCS) con otros trastornos psiquiátricos (OTP). Tales aspectos se explican en seguida.

53

- *Primero, a pesar de las discrepancias teóricas, conceptuales y metodológicas, la comorbilidad entre los TCS y OTP es prevalente e incidente, ya que estudios realizados en hogares, universidades y centros de tratamiento la reportan*
- *Segundo, las personas con comorbilidad entre los TCS y los OTP tienden a presentar mayores niveles de severidad sintomatológica que los que no la tienen, aspecto que se asocia con una variedad de resultados negativos como: incremento del riesgo de suicidio, de recaída, hospitalización, violencia, encarcelamiento, indigencia y de contagio de VIH, VHB, VHC y otras ETS*
- *Tercero, existen diversas barreras para el tratamiento. No obstante, es claro que las opciones de atención seriada y paralela resultan poco efectivas y más costosas*
- *Cuarto, desde principios de la década de los años ochenta del siglo pasado, surgieron diversos grupos de especialistas que comenzaron a hacer innovaciones en los abordajes clínicos, al combinar estrategias de rehabilitación psiquiátrica que contemplaran ambos padecimientos de forma integral. No obstante, existe una gran brecha entre las buenas prácticas disponibles con base en evidencias y su adopción y diseminación*

A partir de las evidencias anteriores y contrastando los reportes epidemiológicos hechos en México, encontramos que los datos son muy similares en población tanto general como clínica; situación que señala un importante problema de salud mental pública, lo que marca un reto de gran relevancia para el sistema de salud, donde se requiere del fortalecimiento de los sistemas disponibles

de atención para aumentar la capacidad de respuesta a las necesidades de las personas que sufren de comorbilidad entre TCS y OTP de manera efectiva.

Asimismo, otro problema que se vislumbra es el relacionado con los anexos/CRAMAA, ya que la coordinación, certificación y supervisión de 2 291 centros representa un enorme reto. Paradójicamente la aportación de estas organizaciones es significativa, a pesar de que la gran mayoría no cuenta con la infraestructura física y humana especializada para responder a la enorme demanda de las personas que sufren de comorbilidad entre TCS y OTP.

Recomendaciones

54

Ante la complejidad del escenario, resulta recomendable reflexionar y realizar acciones para lograr las siguientes metas.

- *Establecer un consenso académico, científico y de política pública para la homogenización de criterios y estrategias para el estudio, investigación y atención de la comorbilidad coocurrente, que coadyuve a la implementación de acciones para el mejoramiento de los servicios disponibles del sistema de salud*
- *Fomentar la diseminación del conocimiento acerca de la comorbilidad coocurrente tanto en los profesionales no especializados como en los no profesionales*
- *Fomentar el desarrollo de recursos humanos especializados en evaluación y tratamiento de la comorbilidad coocurrente*
- *Proponer programas que busquen integrar la atención de salud mental y adicciones en un paradigma basado en las personas, más que en los trastornos, con soporte de la basta evidencia clínica*
- *Consolidar una red interinstitucional para la atención de las adicciones tomando en cuenta la gravedad de la adicción y de la patología psiquiátrica comórbida*
- *Desarrollar y poner en marcha algoritmos de detección, referencia y contrarreferencia de las personas atendidas en centros residenciales que no cuenten con el apoyo de un equipo clínico capacitado*
- *Fomentar, apoyar y articular la sinergia de grupos de investigación nacionales con participación internacional para el desarrollo e implementación de proyectos que se orienten a:*
 - *Desarrollar y validar herramientas de evaluación y tamizaje de comorbilidad coocurrente*

- *Validar e implementar modelos de tratamiento farmacológico y conductual para atender las múltiples combinaciones de comorbilidad coocurrente*
- *Elaborar proyectos para caracterizar con mayor precisión las múltiples expresiones de comorbilidad, tomando en cuenta las distintas poblaciones vulnerables donde se expresa (por ejemplo: personas en presión, mujeres, adolescentes, indigentes, discapacidad, adultos mayores, personas infectadas con VIH, VHB, VHC y otras ETS)*
- *Desarrollar estudios en epigenética y neurobiología de la comorbilidad*

Bibliografía

55

1. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2013;382:1575-86. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)
2. Atun R, Monteiro de Andrade LO, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenco T, Frenz P, et al. Health-system reform and universal health coverage in Latin America. Lancet. 2014; Online First. doi:10.1016/S0140-6736(14)61646-9 [Epub ahead of print].
3. Substance Abuse and Mental Health Services Administration and Center for Substance Abuse Center. Substance abuse treatment for persons with co-occurring disorders: a treatment improvement Protocol TIP 42. United States: Department of Health and Human Service; 2005.
4. Volkow N. Drug abuse and mental illness: progress in understanding comorbidity. Am J Psychiatry. 2001;1181-3.
5. Torrens M. Patología dual: situación actual y retos de futuro. Adicciones. 2008;20(4):315-9.
6. Szerman N, Martínez-Raga J, Peris L, Roncero C, Basurte I, Vega P, Ruiz P, Casas M. Rethinking dual disorders/pathology. Addictive Disorders & Their Treatment. 2013;12:1-10.
7. Arauz-Pacheco C, Parrot MA, Raskin P. The treatment of hypertension in adult patients with diabetes (Review). Diabetes Care. 2001;24(1):134-47.
8. American Diabetes Association. Standards of medical care for patients with diabetes mellitus (position statement). Diabetes Care. 2001;24(1):S33-4.
9. Bittner A, Goodwin RD, Wittchen H, Beesdo H, Höfle M, Lieb R. What characteristics of primary anxiety disorders predict subsequent major depressive disorder? J Clin Psychiatr. 2004;65:618-26.

- 56
10. Heinze G, Camacho PV. Guía clínica para el manejo de la depresión. Serie: Guías clínicas para la atención de los trastornos mentales. México: Instituto Nacional de Psiquiatría; 2010.
 11. Heinze G, Camacho PV. Guía clínica para el manejo de la ansiedad. Serie: Guías clínicas para la atención de los trastornos mentales. México: Instituto Nacional de Psiquiatría; 2010.
 12. Drake R, Wallach MA. Dual diagnosis: 15 years of progress. *Psychiatr Serv.* 2000;51(9):1126-9.
 13. Teesson M, Degenhardt L, Proudfoot H, Hall W, Lynskey M. How common is comorbidity and why does it occur? *Aust Psychol.* 2005;40(2):81-7.
 14. Kessler RC. The epidemiology of dual diagnosis. *Biol Psychiatry.* 2004;56:730-7.
 15. Sacks S, Sacks J, De Leon G, Bernhardt AI, Staines GL. Modified therapeutic community for mentally ill chemicals “abusers”: background; influences; program description; preliminary findings. *Subst Use Misuse.* 1997;32(9):1217-59.
 16. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Report to congress on the prevention and treatment of co-occurring substance abuse disorders and mental disorders. United States: Department of Health and Human Service; 2002.
 17. Szerman N, López-Castroman J, Arias F, Morant C, Babín F, Mesías B, et al. Diagnosis and suicide risk in a Spanish outpatient sample. *Subst Use Misuse.* 2011;48:1-7.
 18. Osher FC, Drake RE. Revising a history of unmet needs: Approaches to care for persons with co-occurring addictive and mental disorders. *Am J Orthopsychiatry.* 1996;66(1):4-11.
 19. San Molina L. Consenso de la SEP sobre Patología Dual. Sociedad Española de Psiquiatría. España: Ars Médica; 2004.
 20. Kendler KS, Jacobson KC, Prescott CA, Neale MC. Specificity of genetic and environmental risk factors for use and abuse/dependence of cannabis, cocaine, hallucinogens, sedatives, stimulants, and opiates in male twins. *Am J Psychiatry.* 2003;160:687-95.
 21. Musser KT, Drake RE, Wallach MA. Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addict Behav.* 1998;23(6):717-34.
 22. Musser KT, Noordsey DL, Drake RE, Fox L. Integrated treatment for dual disorders: a guide to effective practice. New York: The Guilford Press; 2003.
 23. Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *Am J Psych.* 1985;142(11):1259-64.
 24. Liberman RP, Mueser KT, Wallace CJ, Jacobs HE, Eckman T, Massel HK. Training skills in the psychiatrically disabled: Learning coping and competence. *Schizophrenia Bull.* 1986;12:631-47.
 25. Lozano R, Gómez H, Garrido F, Jiménez A, Campuzano JC, Franco F, et al. La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. *Salud Mental.* 2013;55(6):580-94.

26. Murray CJL, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2197–223.
27. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz, C, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 2003;26(4):1–16.
28. Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C, Lara C, Berglund P. Psychiatric disorders in Mexico: lifetime prevalence in a nationally representative sample. *British J Psychiatr*. 2007;190:521–8.
29. Medina-Mora ME, Rojas-Guiot E, Borges G, Vázquez-Pérez L, Fleiz-Bautista C. Real T-comorbidity: depression and substance abuse. En: Aguilar-Gaxiola SA, Gullota TP (ed). Depression in Latinos. 1a ed. EUA: Springer; 2008: pp. 73–91.
30. Caraveo-Anduaga J, Colmenares E. Los trastornos psiquiátricos y el abuso de sustancias en México: panorama epidemiológico. *Salud Mental*. 2005;25(2):9–15.
31. Merikngas KR, Mehta RL, Molnar BE, et al. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addictive Behaviors*. 1998;23(6):893–907.
32. Borges G, Loera CR. Alcohol and drug use in suicidal behaviour. *Curr Opin Psychiatry*. 2010;23(3):195–204.
33. Marín-Navarrete R, Benjet C, Borges G, Nanni-Alvarado R, Eliosa-Hernández A, Ayala-Ledesma M, et al. Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos mentales en centros residenciales de ayuda-mutua para la atención de las adicciones. *Salud Mental*. 2013;36:471–9.
34. Marín-Navarrete R, Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Villalobos-Gallegos L. Lifetime Co-occurring disorders in a Mexican clinical sample: a cross sectional study. Unpublished results.
35. Marín-Navarrete R, Villalobos-Gallegos L, Medina-Mora ME. Co-occurring disorders in mutual-aid residential centers for addiction care in Mexico: Results of a cross-sectional study. Unpublished results.
36. De la Fuente-Martín A, Cano-Arrieta G, Eliosa Hernández A, Pérez-Vázquez E, Marín-Navarrete R. CARTEL: Aproximación del perfil de mujeres con comorbilidad psiquiátrica y adicciones. XXIII Congreso de la Asociación Mexicana de Psiquiatría; 2013.
37. De la Fuente-Martín A, Cano-Arrieta G, Eliosa Hernández A, Pérez-Vázquez E, Marín-Navarrete R. CARTEL: Trayectoria de tratamiento de mujeres en Centros residenciales para las adicciones. XXIII Congreso de la Asociación Mexicana de Psiquiatría, México; 2013.
38. Drake R, Mueser K, Brunette M, McHugo G. A review of treatment for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatr Rehabil J*. 2004;27(4):360–74.

- 58
39. Minkoff K. Developing standards of care for individuals with co-occurring psychiatric substance use disorders. *Psychiatr Serv.* 2001;524:597-9.
 40. Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet.* 2007;370:878-9.
 41. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Secretaría de Salud. Informe sobre el sistema de salud mental en México. Ginebra, Suiza; 2011.
 42. Marín-Navarrete R, Medina-Mora ME, Tena-Suck A. Breve panorama del tratamiento de las adicciones en México. TSOP: Orientación psicológica y adicciones. 2014;(VIII):1-7.
 43. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud & SSA. Perfil Epidemiológico de la Salud Mental en México. Inner Traditions en Español Rochester, México, 2012.
 44. Marín-Navarrete R, Eliosa-Hernández A, Lozano-Verduzco I, Fernández-De la Fuente C, Turnbull B, Tena-Suck A. Estudio sobre la experiencia de hombres que han sido atendidos en Centros Residenciales de ayuda mutua para la atención de las adicciones. *Salud Mental.* 2013;36:393-402.
 45. Comisión Nacional Contra las Adicciones, Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. Diagnóstico Nacional de Servicios de Tratamiento Residencial de las Adicciones: Perfil del recurso humano vinculado al tratamiento de personas con problemas relacionados con el abuso y la dependencia de drogas y perfil del usuario. México: Comisión Nacional Contra las Adicciones; 2011.

LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y DE LA SALUD MENTAL

Manuel Urbina Fuentes

4

59

Introducción

Los determinantes sociales de la salud y de la salud mental constituyen una dicotomía que aún no se toma en cuenta en el diseño e implementación de políticas públicas y programas de salud para ver desde otro horizonte la magnitud, el impacto y el costo económico y social de los problemas de salud mental y, en particular, la atención de la depresión y otros trastornos que afectan el curso de vida de un amplio porcentaje de la población en nuestro país. La *equidad en salud* es un concepto ético e indicador fundamental de justicia social, se refiere a la creación de las mismas oportunidades para la salud, así como a la reducción de las diferencias en salud al nivel más bajo posible. La salud mental es también la clave para entender el impacto de la inequidad en materia de salud y otros resultados. La inequidad se transmite de generación en generación y es estructural porque se perpetúa por medio de las instituciones políticas, económicas y sociales. Valorar los logros o las injusticias sociales que disfruta o que padece una determinada población implica observar no sólo sus condiciones de salud, sino también la situación de la inequidad en salud, es decir, de aquellas diferencias en salud que cabe considerar como injustas, innecesarias, arbitrarias y que son remediables y evitables.

Los determinantes sociales de la salud

El estado de salud de una población caracteriza las diferencias entre los países del mundo y de los grupos sociales de población y

áreas geográficas dentro de cada país. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), el estado de salud y el bienestar de la población dependen de los determinantes sociales de la salud (DSS), que define como “*las condiciones en que las personas nacen, crecen, se alimentan, viven, se educan, trabajan, se divierten, envejecen y mueren*” y en las que influyen, según su edad y sexo, los estilos de vida, las actitudes y conductas de riesgo que afectan su salud. Estas condiciones intervienen y condicionan su salud, el riesgo de enfermar, rehabilitarse y la esperanza de vida.^{1,2}

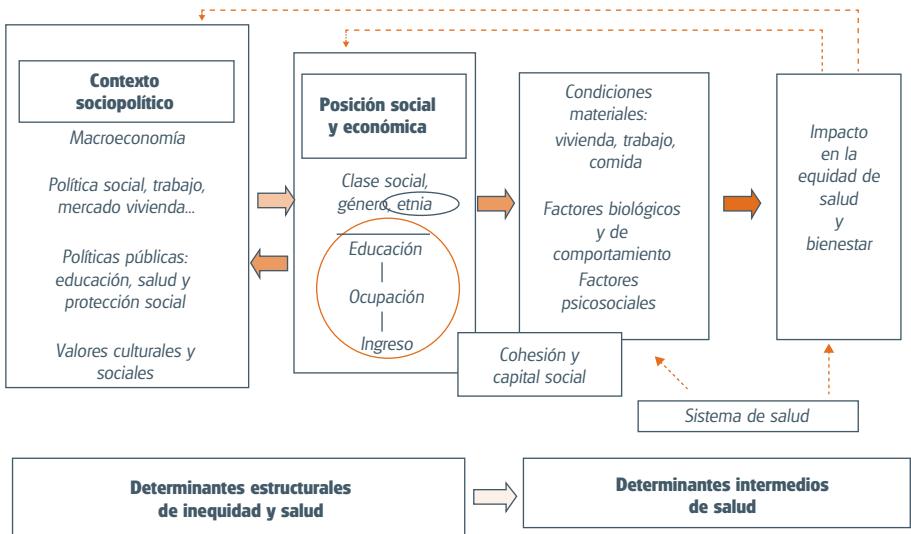
Los grupos sociales desfavorecidos sufren una carga más pesada de enfermedad que otros en mejores condiciones, experimentan el comienzo de las enfermedades y discapacidades a edades tempranas y tienen menos oportunidades de supervivencia. De igual manera, existen grandes brechas en mortalidad y morbilidad entre poblaciones urbanas y rurales e indígenas y diferentes regiones en un mismo país.³

Los determinantes sociales de la salud limitan y rebasan la capacidad de respuesta que pueden dar el equipo médico y las instituciones responsables de los servicios para mantener la salud individual y colectiva para prevenir, atender y rehabilitar las enfermedades. Asimismo, explican la mayor parte de *las inequidades en salud*, consideradas como diferencias injustas y evitables, observadas entre los países y entre ellos en lo que respecta a su situación de salud y bienestar.

Ante la creciente preocupación suscitada por estas inequidades persistentes y cada vez mayores en todos los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2005 se creó la Comisión sobre Determinantes Sociales (CDS) de la Salud, con el propósito de que ofreciera opciones y asesoramiento con respecto a la manera de mitigarlas. En el informe final de dicha comisión, presentado por el profesor sir Michael Marmot en agosto de 2008,¹ se propusieron tres recomendaciones generales:

1. *Mejorar las condiciones de vida cotidiana*
2. *Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos*
3. *Medir y analizar el problema*

Estas recomendaciones de la CDS para lograr la equidad en salud y la adopción de las intervenciones para implementarlas fueron ratificadas por jefes de Estado, ministros y representantes de go-



61

Figura 4.1. Determinantes estructurales e intermedios de la equidad y salud.

Fuente:¹ OMS-CDSS, 2008.

biernos, en 2011 con la *Declaración Política de Río sobre Determinantes Sociales de la Salud*, mediante la actuación sobre los determinantes sociales de la salud y del bienestar, aplicando un enfoque intersectorial integral.⁴

Las intervenciones directas para implementar esas recomendaciones abarcan los dos componentes básicos de los determinantes sociales de la salud: a) el sociopolítico y la situación socioeconómica, como *determinantes estructurales de la inequidad en salud*, y b) el de las condiciones materiales, los factores biológicos y psicosociales, la cohesión social, el capital social y el vínculo con los sistemas de salud, como *determinantes intermedios o sociales de la salud* (Figura 4.1).

Los *determinantes estructurales* que se dan en el contexto sociopolítico y macroeconómico de un país acentúan la generación de las desigualdades e inequidades en salud. Son aquellos factores, mecanismos y atributos que crean o fortalecen la estructura y clases sociales que configuran no sólo los resultados, sino también las oportunidades de salud. Las personas experimentan una exposición y vulnerabilidad diferencial ante factores que ponen en riesgo su salud. Son los que definen la posición social, económica y jerárquica, el prestigio, el poder político y la clase socioeconómica e influyen en la

multicausalidad de la pobreza, el acceso a la educación, salud, vivienda y empleo, así como a la disponibilidad de recursos conforme al género, la edad, la raza, la etnicidad y la ubicación geográfica.

Los determinantes estructurales de la inequidad en salud se profundizan por tres megatendencias: la transición demográfica y epidemiológica; la migración y el crecimiento urbano acelerado que afectan, influyen y condicionan la magnitud de los *determinantes intermedios de la salud o determinantes sociales de la salud*, que son las condiciones materiales, como la calidad de la vivienda y su ubicación en la colonia, barrio o vecindario; las posibilidades de consumo y los medios financieros para adquirir alimentos saludables, ropa apropiada y contar con un entorno seguro y digno de trabajo e ingresos como consecuencias de las diferencias sociales, económicas y de salud de las personas, familias, y comunidades. Aquí se incluyen también las diferencias en exposición y vulnerabilidad ante las circunstancias que comprometen la salud; a las conductas y los factores de riesgo, a las circunstancias de la vida cotidiana, las relaciones estresantes, el apoyo de las redes sociales para los factores psicológicos y biológicos, la cohesión social y las fortalezas o debilidades de los sistemas de salud, de acuerdo con las coberturas, acceso, disponibilidad, calidad y costos.

La salud es un derecho humano y la equidad en salud, el concepto ético e indicador fundamental de justicia social. Valorar los logros o las injusticias sociales que disfruta o padece la población de un país, de un estado o de un municipio y sus localidades implica observar no sólo sus condiciones de salud, sino también la situación de las desigualdades en salud, es decir, las diferencias que se consideran como indignas, remediables y evitables. La equidad en salud se logra por medio de políticas públicas coordinadas, con planes y programas de tipo económico, social y cultural.⁵

Los determinantes sociales de la salud mental y de los trastornos de salud mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental de la siguiente manera:

“Un estado de bienestar en el que cada individuo se da cuenta de su propio potencial, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

Las dimensiones de la salud mental (SM), como en el caso de los determinantes sociales de la salud mental (DSSM) y la inequidad en salud, muestran un patrón similar en relación con el abatimiento del nivel de salud.

Los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales (DTM) incluyen no sólo características individuales, tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad. La exposición a las adversidades en edades tempranas es un factor de riesgo prevenible y bien establecido de los trastornos mentales.

Dependiendo del contexto local, algunas personas y grupos sociales pueden correr un riesgo significativamente mayor de sufrir problemas de salud mental. Entre estos grupos vulnerables, se encuentran las familias que viven en la pobreza, las personas con problemas de salud crónicos, los niños expuestos al maltrato o al abandono, los adolescentes que consumen drogas, los grupos minoritarios, las poblaciones indígenas, las personas de la tercera edad, los individuos sometidos a discriminaciones y violaciones de los derechos humanos, los homosexuales, bisexuales y transexuales, los prisioneros o las personas expuestas a conflictos, desastres naturales u otras emergencias humanitarias.

La OMS enfatiza la importancia de la salud mental y el desarrollo y recomienda que a las personas con TSM se les considere también como un grupo vulnerable, debido a que casi tres cuartas partes de la carga mundial de trastornos neuropsiquiátricos se producen en países de bajos y medianos ingresos.⁶ Los trastornos mentales comunes (depresión y ansiedad) se distribuyen de acuerdo con un gradiente de desventaja económica en sociedad, y los pobres sufren desproporcionadamente más trastornos mentales comunes y sus consecuencias. Una revisión de la evidencia mundial que realizó la CDS mostró pruebas convincentes de que la posición socioeconómica baja se asocia de manera sistemática con el aumento de las tasas de depresión.⁷

Los costos de estos trastornos para los individuos, las familias, las sociedades y las economías son enormes porque tienden a ser de un inicio temprano y crónicamente incapacitantes; además, interfieren en forma sustancial con la capacidad de los niños en el apren-

dizaje y la capacidad de los adultos para funcionar en las familias, en el trabajo y en la sociedad en general.

Salud mental y trastorno de salud mental no son opuestos; la salud mental “no es sólo la ausencia de trastorno mental”. La ausencia de trastornos mentales no significa necesariamente la presencia de una buena salud mental. Las personas que viven con trastorno mental también pueden lograr buenos niveles de bienestar –viviendo de manera satisfactoria, significativa, dentro de las limitaciones de los síntomas dolorosos, angustiosos o debilitantes–.⁸

En el contexto de la salud mental (SM) y los trastornos de salud mental (TSM), sorprende el poco avance en políticas, programas y financiamiento, así como el rezago de décadas para intervenir de manera exhaustiva en su atención, no obstante que desde la constitución de la OMS, en 1948, se hizo énfasis en la importancia de la salud mental como parte integral de la salud y el bienestar, tal como refleja la definición de salud de la Organización: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

En 1992, por iniciativa de Richard Hunter, entonces secretario general de la Federación Mundial de Salud Mental, se promueve que el 10 de octubre sea el día de mundial de la salud mental, ante la necesidad de involucrar a todos los países por medio de acciones específicas para su atención.

En 2001, en la quincuagésima cuarta asamblea de la OMS se aceptó que: “No hay desarrollo sin salud y no hay salud sin salud mental”; los ministros de salud se comprometieron a realizar acciones de salud mental y atender los trastornos de salud mental.⁹⁻¹¹ Sin embargo, es hasta mayo de 2012, en la LXV Asamblea Mundial de la Salud, que se adoptó la resolución WHA65.4 sobre la carga mundial de trastornos mentales y la necesidad de un plan de acción integral para dar una respuesta de manera coordinada, que abarcara los servicios, políticas, leyes, planes, estrategias y programas, con la participación de los sectores sanitario y social de los países miembro.¹² En la resolución de la LXVI Asamblea Mundial de la Salud (en mayo de 2013) se adopta el *Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020*, propuesto para todos los asociados internacionales, regionales y nacionales.¹³

La magnitud del problema

Dentro del contexto de la salud mental, los trastornos de salud mental, TSM (también descritos como trastornos mentales, TM) se caracterizan por alteraciones en la cognición, la emoción o el humor o los aspectos integradores del comportamiento más elevados, como las interacciones sociales o la planificación de las actividades futuras. Los trastornos de salud mental son la depresión, la ansiedad, el estrés, el trastorno de hiperactividad y déficit de atención, la esquizofrenia, la bipolaridad, el alcoholismo y la drogodependencia. La depresión, un trastorno mental común y una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo, la padecen unos 400 millones de personas de todas las edades, siendo las mujeres más afectadas que los hombres. La depresión puede ser de larga duración o recurrente, de tal modo que afecta sustancialmente la capacidad de las personas para desempeñarse en el trabajo o la escuela y para hacer frente a la vida cotidiana. En su forma más grave, la depresión puede conducir al suicidio. Cada año se suicidan más de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad. Hay indicios de que por cada adulto que se suicida hay más de 20 que lo intentan. Del total de actos suicidas que terminan en muerte, 75% tiene lugar en países de ingresos bajos y medios. Los trastornos mentales y el consumo nocivo de alcohol contribuyen a muchos suicidios. La identificación precoz y el tratamiento eficaz son fundamentales para garantizar que estas personas reciban la atención que necesitan.^{14,15}

65

Una revisión sistemática de la literatura epidemiológica sobre los trastornos mentales comunes y la pobreza en países de ingresos bajos y medios encontró que de los 115 estudios revisados más de 70% informó asociaciones positivas entre una variedad de medidas de pobreza y trastornos mentales comunes.¹⁶

Las desigualdades drásticas dominan a nivel mundial e involucran a los países ricos y pobres por igual, siendo la región de Latinoamérica la de mayor desigualdad social en el mundo. La sobre población y el consecuente incremento de la pobreza constituyen el detonador de las inequidades en salud en todo el mundo. En 2013 afectaron a 28.1% de la población de América Latina y el Caribe, donde el número de pobres alcanzó los 165 millones de personas, de acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), de las cuales 69 millones se encontraban en situación de pobreza extrema.¹⁷

En México, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) estimó que hay 53.3 millones de pobres, 45.5 %, y que de éstos 11.5 millones son pobres extremos. En los cien municipios con mayor marginación, predominantemente indígenas, 1 millón de mexicanos son los más pobres del país, la mayor parte en Chiapas (30%), Oaxaca (20%), Guerrero (17%) y Veracruz (15%). Además, la cifra de las niñas y niños con riesgo de morir antes de cumplir 1 año es 1.7 veces mayor que el promedio nacional; la esperanza de vida de las mujeres alcanza 51 años, mientras que la de los hombres es de 49 años, siendo el promedio nacional de 77.4 y 72.6 años, respectivamente. Las desigualdades de género son marcadas, 2.5 millones más de mujeres que hombres viven en condiciones de pobreza. Hay 8 millones más de mujeres que hombres que trabajan y no tienen seguro médico ni derecho a una pensión. En el país, 6.9% de la población mayor de 15 años no sabe leer ni escribir: 5.6% está compuesto por hombres y 8.1% por mujeres. En cuanto a la población indígena mayor de 15 años, 32.5% es analfabeta, el triple del porcentaje correspondiente a los hombres indígenas.¹⁸

En contraste con la pobreza, las mejoras en la salud física y en la reducción de las tasas de mortalidad en la mayoría de los países a lo largo del siglo pasado y el actual, el componente mental de la salud se ha visto que en muchos lugares no se mejora.¹⁹ Los problemas de salud mental afectan a la sociedad como un todo, y no sólo un pequeño segmento aislado. Es uno de los principales desafíos para el desarrollo global y ningún grupo es inmune a los trastornos mentales, pero el riesgo es mayor entre los pobres, sin hogar, los desempleados, las personas con bajo nivel de educación, las víctimas de la violencia, migrantes y refugiados, poblaciones indígenas, niños y adolescentes, víctimas de abusos, las mujeres y los ancianos abandonados.²⁰

Las personas con trastornos de salud mental, a diario objeto de estigma y discriminación, experimentan índices extremadamente altos de victimización física y sexual. También encuentran restricciones en el ejercicio de sus derechos políticos y civiles y en su capacidad para participar en los asuntos públicos. También están restringidas en su capacidad para acceder a los servicios esenciales de atención sanitaria y social, incluyendo los servicios de ayuda en emergencias. La mayoría de ellas enfrentan barreras desproporcionadas para asistir a la escuela y encontrar empleo. Pocos países cuentan con un marco legal que proteja en forma

debida los derechos de las personas con trastornos mentales.^{19,21} Como consecuencia de todos estos factores, aquéllas están mucho más propensas a experimentar discapacidad y a morir de manera prematura, en comparación con la población general.⁶

De acuerdo con los datos del *Atlas de Salud Mental* de la OMS, se calcula que aproximadamente 20% de los niños y adolescentes del mundo tiene trastornos o problemas mentales. Cerca de la mitad de los trastornos mentales se manifiestan antes de los 14 años. En todas las culturas se observan tipos de trastornos similares. Los trastornos neuropsiquiátricos figuran entre las principales causas de discapacidad entre los jóvenes. Sin embargo, las regiones del mundo con los porcentajes más altos de población menor de 19 años son las que disponen de menos recursos de salud mental. La mayoría de los países de ingresos bajos y medios cuenta con un solo psiquiatra infantil por cada millón a cuatro millones de personas. Los trastornos mentales y los ligados al consumo de sustancias son la causa de cerca de 23% de los años perdidos por discapacidad.²²

La guerra y las catástrofes tienen efectos importantes en la salud mental y el bienestar psicosocial. La incidencia de los trastornos mentales tiende a duplicarse después de las emergencias. Asimismo, los trastornos mentales figuran entre los factores de riesgo importantes de otras enfermedades como la infección por VIH, las enfermedades cardiovasculares o la diabetes, y viceversa, así como de lesiones no intencionales o intencionales.²³

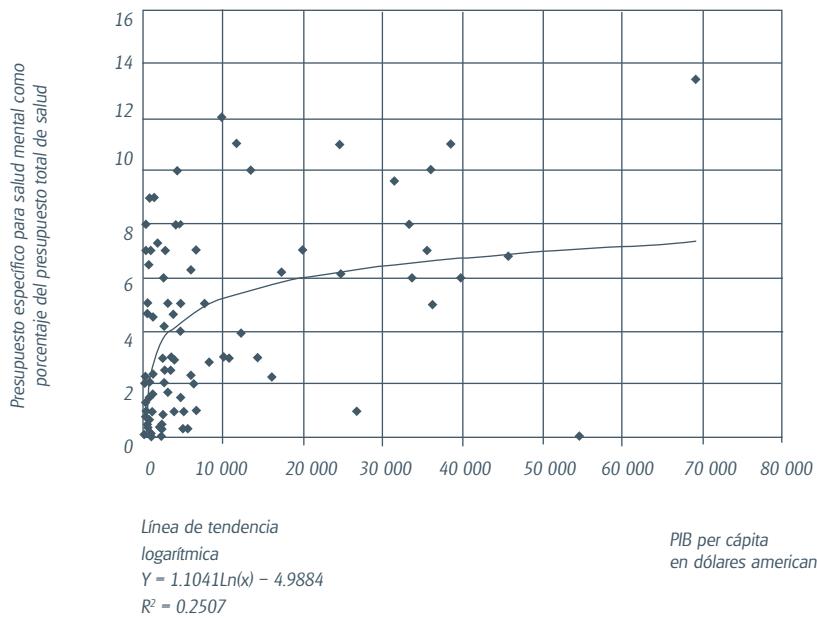
En el mundo se estima que las personas sufren en cualquier momento dado de algún tipo de trastorno mental, incluyendo el abuso de sustancias que afectan la salud. La salud mental no es sólo esencial para el bienestar individual, sino también para mejorar el desarrollo humano, incluyendo el crecimiento económico y la reducción de la pobreza. Sin embargo, la salud mental simplemente no ha recibido hasta ahora el nivel de visibilidad, el compromiso y los recursos que se justifican por la magnitud de la carga de salud mental. Sólo un porcentaje muy pequeño de los presupuestos nacionales de salud en la mayoría de los países se invierte en salud mental. Una consecuencia de esta inadecuada atención es la “brecha en el tratamiento”, el abismo entre la gran cantidad de personas que necesitan tratamiento y la pequeña minoría que lo recibe. Más de 40% de los países no tiene políticas explícitas de salud mental y más de 30% no tiene programas. Incluso los países que sí cuentan con este tipo de políticas a menudo presentan negligencia en la

atención de las poblaciones más vulnerables y más de 90% de los países carece de una política de salud mental que incluya a los niños y adolescentes.^{8,24}

Pese a disponer de tratamientos eficaces, existe la creencia de que no es posible tratar los trastornos mentales o que las personas que los padecen son difíciles, poco inteligentes o incapaces de tomar decisiones. Esa estigmatización puede dar lugar a malos tratos, rechazo y aislamiento, y privar de atención médica y apoyo a los afectados. Dentro del sistema de salud, es muy frecuente que éstos reciban tratamiento en instituciones que parecen más almacenes humanos, que lugares para curarse. En la mayoría de los países son frecuentes las denuncias de violaciones de los derechos humanos de las personas con discapacidad mental o psicológica. Esas violaciones incluyen la coerción física, la reclusión y la privación de las necesidades básicas y la intimidad.¹⁹

En el ámbito económico, los recursos financieros que se necesitan para que aumenten los servicios son relativamente modestos. Los gobiernos, los donantes y los grupos que representan a los agentes de salud mental, los enfermos mentales y sus familiares tienen que buscar recursos para tener acceso a los servicios de salud mental, sobre todo en los países de ingresos bajos y medios.¹⁸ Los recursos financieros son relativamente modestos: 2 dólares americanos por persona y año en los países de ingresos bajos y de 3 a 4 dólares americanos, en los de ingresos medios (Figura 4.2).

La no disponibilidad de servicios de salud mental por lo general se debe a la no inclusión o baja prioridad de la atención de salud mental en los programas de salud pública y las consiguientes consecuencias desde el punto de vista de la financiación. La actual organización de los servicios de salud mental; la falta de integración de la salud mental en la atención primaria; la escasez de recursos humanos para la atención de salud mental, y la falta de iniciativa en el terreno de la salud mental pública son los principales retos desde el punto de vista de la gestión y administración de servicios de salud.^{6,19} Asimismo, existen grandes diferencias en el mundo en la distribución de profesionales competentes en atención de salud mental. La escasez de psiquiatras, enfermeras psiquiátricas, psicólogos y trabajadores sociales son algunos de los principales obstáculos que impiden ofrecer tratamiento y atención en los países de ingresos bajos y medios. Los países de ingresos bajos cuentan con 0.05 psiquiatras y 0.42 enfermeras psiquiátricas.



69

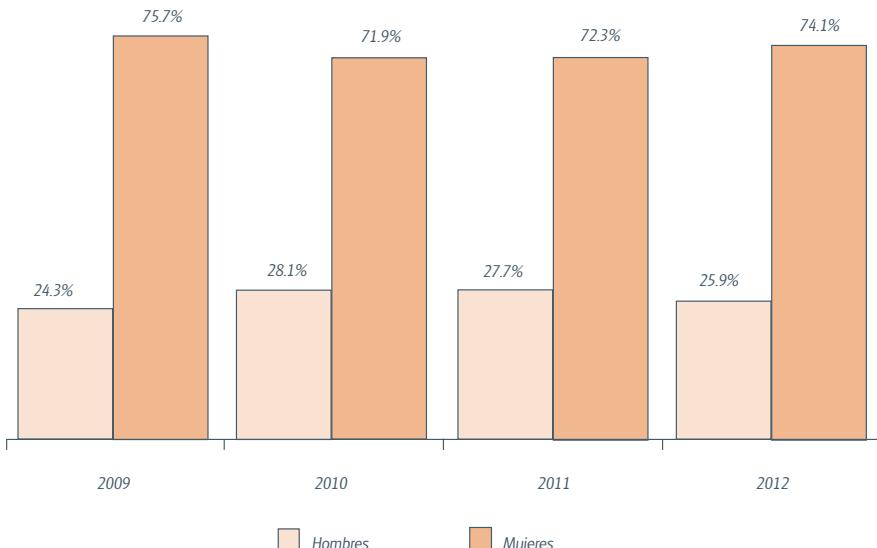
Figura 4.2. Asociación entre el presupuesto específico para salud mental como proporción del presupuesto total de salud y el producto interno bruto (PIB) per cápita correspondiente a 101 países
Fuente: OMS. Atlas de Salud mental OMS, 2005.

cas por cada 100 000 habitantes, mientras que en los países de ingresos altos la tasa de los psiquiatras es 170 veces mayor y la de las enfermeras es 70 veces mayor.²⁵

El género también es importante, los trastornos mentales son más comunes en las mujeres, quienes con frecuencia experimentan los factores sociales, económicos y ambientales de diferentes maneras de las de los hombres. En muchas sociedades los trastornos mentales están relacionados con la marginación y el empobrecimiento, la violencia y el maltrato doméstico, el exceso de trabajo y el estrés, en especial para la salud de la mujer. En México, el patrón de distribución social de los trastornos mentales comunes se observa como un gradiente de clase social, más marcado en las mujeres que en los hombres²⁶ (Figura 4.3).

Existe una relación bidireccional entre los trastornos mentales y el estatus socioeconómico: los trastornos mentales conducen a la reducción de los ingresos y el empleo, lo que afianza la pobreza y, a su vez, estas relaciones aumentan el riesgo de trastornos mentales. Los patrones de inequidad en la distribución social surgen antes de

Pacientes con diagnóstico de depresión
Distribución por género y año



70

Figura 4.3. Pacientes con diagnóstico de depresión y distribución por género (INPRFM).

la edad adulta. Una revisión sistemática de la literatura encontró que la prevalencia de la depresión de ánimo o ansiedad era 2.5 veces mayor entre los jóvenes de 10 a 15 años, con nivel socioeconómico bajo que entre los jóvenes con estatus socioeconómico alto.²¹

Las personas con trastornos mentales presentan tasas desproporcionadamente elevadas de discapacidad y mortalidad. Las personas con depresión mayor o esquizofrenia tienen una probabilidad de muerte prematura un 40 a 60% mayor que la población general, debida a los problemas de salud física, que a menudo no son atendidos (por ejemplo, cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes e infección por VIH), así como mayor tendencia al suicidio, segunda causa más frecuente de muerte en los jóvenes.

Los trastornos mentales influyen a menudo en otras enfermedades, tales como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares o la infección por el VIH/sida y, a su vez, se ven influidos por ellas, por lo que requieren servicios integrales y recursos comunes. Por ejemplo, hay pruebas de que la depresión predispone al infarto del miocardio y a la diabetes, que a su vez aumentan la probabilidad de sufrir depresión. Muchos factores de riesgo, tales como

el bajo nivel socioeconómico, el consumo de alcohol o el estrés, son comunes a los trastornos mentales y a otras enfermedades no transmisibles.²⁷

Recomendaciones

Hay una necesidad considerable y demanda social para elevar la prioridad política y estratégica en la prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental por medio de la acción relacionada con los determinantes sociales de la salud.

Es necesario un cambio de énfasis en la prevención de los trastornos mentales comunes, como la depresión y la ansiedad, para que se actúe sobre los determinantes sociales de la salud, así como mejorar el tratamiento de las condiciones existentes. Se debe actuar de manera integral, ya que muchas de las causas desencadenantes de los trastornos mentales están en las esferas sociales, económicas y políticas y en las condiciones de la vida cotidiana. Inevitablemente, el rediseño sistemas y servicios de salud hacia la atención integral plantea graves desafíos a la infraestructura existente, presupuestos y personal de salud. Las medidas sobre los determinantes sociales de la salud para reducir las inequidades en salud exigen una ejecución sostenida, cuyos beneficios pueden percibirse en el corto plazo.

El paso inicial es lograr que la población entienda por qué son las inequidades en salud y los determinantes sociales de la salud, lo que se conoce como las “causas de las causas”. La equidad en la salud y el bienestar deben ser un objetivo prioritario para el gobierno y la sociedad en general, por lo que es esencial garantizar la coordinación y la coherencia de las medidas sobre los determinantes sociales de la salud. Un enfoque basado en éstos no equivale a la puesta en marcha de un “programa”, sino que requiere una visión holística que incorpore los elementos fundamentales aplicados en toda la sociedad a través de políticas públicas y programas con recursos financieros y el monitoreo de indicadores y evaluación de los resultados.

Mejorar la salud mental en la población y reducir las inequidades, que se consideran evitables y que además son injustas, implica tomar como base para las intervenciones la perspectiva del curso de vida útil, porque se demuestra que los factores de riesgo en las etapas iniciales y formativas de la vida pueden afectar el bienestar

mental o predisponer hacia el desorden mental de muchos años o incluso décadas después, dado que los factores de riesgo y de protección para salud mental se dan en diferentes niveles. Las respuestas a ellos necesitan ser en varias etapas y, además de lo intersectorial, deben ser interinstitucionales e interdisciplinarias y en los tres ámbitos de acción: el sector público, el sector privado y con la sociedad civil, así como en los tres niveles de gobierno: el federal, el estatal y el municipal.

Abordar los determinantes sociales de la salud de los trastornos mentales implica considerar las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, educan, trabajan y envejecen, así como las diferencias sistemáticas por sexo, edad, etnia, ingresos, educación y el área geográfica urbana o rural en donde viven y se distribuyen de acuerdo con un gradiente de desventaja económica en sociedad y que los pobres sufren desproporcionadamente más trastornos mentales comunes y sus consecuencias. La propuesta de la OMS para la salud mental y los trastornos de salud mental basada en lo que el profesor Michael Marmot plantea por los resultados obtenidos en el Reino Unido, retoma el esquema de intervenciones a lo largo del proceso de vida de las personas, familias y comunidades,^{7,28} como se ilustra en el esquema de la Figura 4.4.

La ANM considera dicho esquema como una referencia de apoyo para el Programa de Acción Específico de Salud Mental 2013-2018 (PAE de SM) del Programa Sectorial de Salud 2013-2018 y su implementación en los sistemas estatales y municipales de salud en el país.

Las recomendaciones específicas que se proponen se toman de la selección de un gran número de referencias difundidas en los últimos años, como los diferentes estudios y análisis publicados por el Instituto Nacional de Psiquiatría Dr. Ramón de la Fuente, la OMS y otros organismos internacionales, así como organizaciones de la sociedad civil, que proponen estrategias, intervenciones y plantean iniciativas que se pueden adaptar al contexto nacional. Adicionalmente, nuestro país ha adquirido algunos compromisos internacionales para llevarlas a cabo.

Recomendación 1

Planear e implementar acciones a lo largo del curso de las etapas de la vida para mejorar la salud mental de la población y para reducir

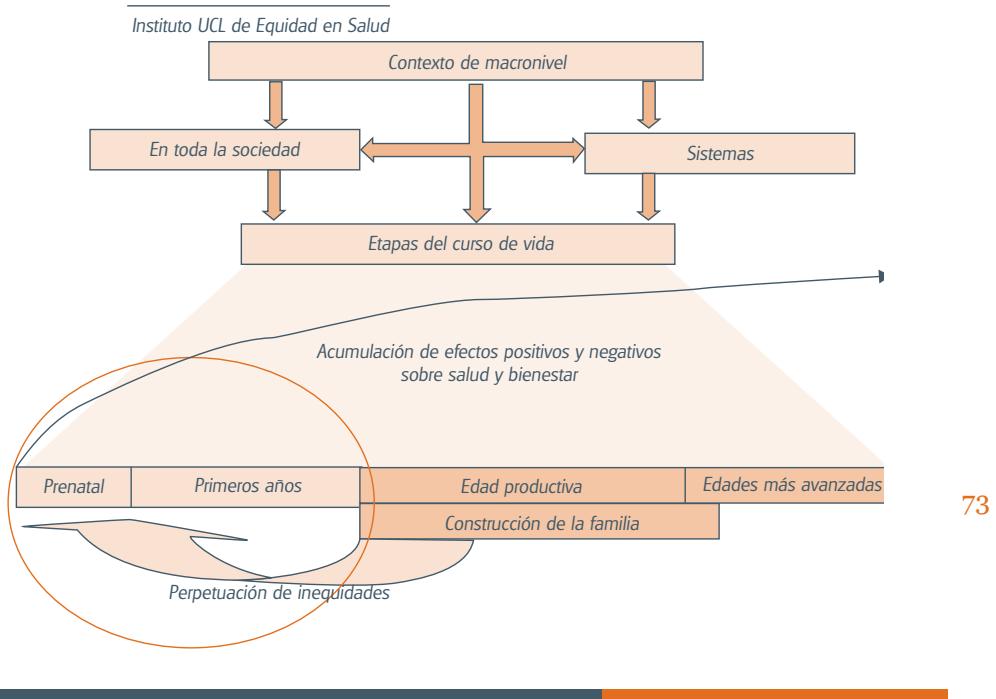


Figura 4.4. Ámbitos para las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud (DSS) y los trastornos de salud mental (TSM).

Fuente: Marmot Review Team, 2010.

el riesgo de aquellos trastornos mentales que están asociados con las desigualdades sociales, identificando las evidencias sobre los determinantes de la salud mental y cómo ésta se ve afectada por las circunstancias sociales de las personas, para reducir la carga de los trastornos de salud mental y mejorar la salud mental y el bienestar para todos. Un principio clave es el universalismo proporcional. Centrarse exclusivamente en las personas más vulnerables y desfavorecidas no permitirá alcanzar la reducción de las desigualdades en salud, que son necesarias para reducir la pendiente del gradiente social en salud mental. Se debe intervenir en los factores de riesgo e incrementar los de protección que actúan a diferentes niveles, incluyendo el individual, el familiar, el comunitario, el estructural y el demográfico. El enfoque, en los determinantes sociales de la salud requiere que las acciones se lleven a cabo por medio de múltiples sectores y niveles.^{7,28}

Recomendación 2

Promover y apoyar financieramente lo siguiente: campos y estudios de investigación sobre resiliencia, inequidades y trastornos de salud mental, utilizando distintas metodologías que logren aumentar y mantener las emociones positivas; la atenuación de perturbaciones de la salud o adaptación mejorada y recuperación; el papel crucial de la maquinaria epigenética en la regulación de las respuestas de adaptación al estrés y la capacidad de recuperación; la investigación experimental en animales en los mecanismos moleculares y celulares de la capacidad de resistencia y el impacto de un factores estresantes en comparación con grupos no expuestos.^{28,29}

74

Recomendación 3

Evaluando el progreso de las intervenciones en la integración de las personas con enfermedad mental en la sociedad y la proporción del PIB gastado en salud mental, comparando las treinta y dos entidades federativas del país, utilizando los veinticinco indicadores del *índice de integración de salud mental* que se obtiene de dieciocho indicadores base y siete de apoyo agrupados en cinco categorías. Prácticamente todos los indicadores en el índice son cualitativos, es decir, se desarrollaron con los datos con base en la puntuación realizada para reflejar el desempeño de cada estado en cada indicador. Las evaluaciones, a su vez, se basan en una amplia investigación sobre las condiciones y políticas en cada estado:

- **Medio ambiente (cinco).** En esta categoría se considera la presencia o ausencia de políticas, programas y condiciones que permiten a las personas con enfermedad mental disfrutar una vida hogareña y familiar estable. Esto incluye indicadores tales como beneficios y control financiero, desinstitucionalización, cuidados en el hogar, derechos de los padres y la custodia, así como familia y cuidadores de apoyo
- **Acceso (cinco).** En esta categoría se considera la presencia o la ausencia de políticas y condiciones que permiten el acceso y el conocimiento de las personas con enfermedad mental a la atención médica y servicios sociales. Esto incluye indicadores tales como acceso adecuado, personal de salud mental, defensa dentro del sistema salud y apoyo en las cárceles
- **Oportunidades (tres).** En esta categoría se considera la presencia o ausencia de medidas políticas que ayudan personas con enferme-

- dad. Incluye regreso al trabajo, esquemas, los sistemas de trabajo de colocación y el manejo y atención del estrés laboral*
- *Gobierno (ocho).* Esta categoría considera la presencia o ausencia de medidas políticas para luchar contra el estigma de las personas con enfermedad mental. Incluye indicadores como el tratamiento involuntario, protección de los derechos humanos, políticas transversales, cambio de actitudes y evaluación desde la perspectiva del paciente
 - *Indicadores de apoyo (siete).* discriminación, tasa de suicidio, gasto en salud, gasto en salud mental, tamaño de la población, PIB y PIB per cápita en salud mental
 - *La comparación de los estados se hace mediante una puntuación para cada uno basada en un conjunto de indicadores aplicados de manera uniforme en todos ellos. La puntuación de cada estado se puede ver por niveles como la suma de sus puntuaciones en todos los 25 indicadores, así como en las categorías. De esta manera, los estados se pueden comparar tanto en general como en cada categoría^{30,31}*

Recomendación 4

Proponer una declaración de posición sobre la salud mental en la agenda de desarrollo post-2015. Con la participación individual, instituciones del sector, la academia, la sociedad civil, de todas las disciplinas profesionales y usuarios de servicios y cuidadores, abogar por un lugar para la salud mental.^{32,33}

Recomendación 5

Actualizar manuales de organización y procedimientos en los tres niveles de atención para el ejercicio de las funciones asignadas a los Servicios de Salud Mental, la cual integra acciones de enfermería, psiquiatría, psicología, trabajo social, administrativa y de intendencia.^{33,34}

Recomendación 6

Cumplir con la NOM, el Sistema de Evaluación del Desempeño y contar con la MIR e indicadores de monitoreo y evaluación, verificando que los indicadores propuestos correspondan a cada uno de los objetivos, estrategias y líneas de acción del Programa de Acción Específica de Salud Mental 2013-2018.^{35,36,37}

Bibliografía

- 76
1. World Health Organization: Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO; 2008: 1-232.
 2. World Health Organization. Closing the gap: policy into practice on social determinants of health. Discussion paper. Río de Janeiro, Brazil: World Conference on Social Determinants of Health; 2011:1-46.
 3. Marmot Review Team. Fair society, healthy lives: strategic review of health inequalities in England post-2010. London: Marmot Review; 2010:15-233.
 4. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Río de Janeiro, Brasil: Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud; 19-21 de octubre de 2011.
 5. Urbina FM, González MA. La importancia de los determinantes sociales de la salud en las políticas públicas. INSP-ANMM; 2012:11-129.
 6. Funk M, et al. Salud mental y desarrollo: poniendo a las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable. Organización Mundial de la Salud; 2010:7-65
 7. World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. Geneva: World Health Organization; 2014:6-44.
 8. Organización Mundial de la Salud. Salud mental fortalecer nuestra respuesta. Nota descriptiva No. 220. Agosto 2014.
 9. World Health Organization: Mental Health. A Call for Action by World Health Ministers. Ministerial Round Tables. 54th World Health Assembly. WHO; 2001.
 10. World Health Organization: The World Health Report 2001-Mental Health: new understanding, new hope. Ginebra, Suiza: OMS; 2001.
 11. World Health Organization: Mental Health. A Call for Action by World Health Ministers. Ministerial Round Tables. 54th World Health Assembly, WHO; 2001.
 12. Organización Mundial de la Salud. Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país. 65^a Asamblea Mundial de la Salud; WHA65.4: Punto 13.2 del orden del día; 25 de mayo de 2012.
 13. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Organización Mundial de la Salud; 2013:06-49.
 14. Organización Mundial de la Salud. Los trastornos mentales. Nota descriptiva No. 396; Octubre 2014.
 15. Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio: un imperativo global. 2014:02-88.

16. Dobbins M, Tirilis D. El Exchange. Commissioned Reports. Social Determinants of Health: a synthesis of review of evidence. Health Evidence, McMaster University. PHIRN S1, Issue 2, Fall; 2011:1-17.
17. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Panorama Social de América Latina 2014. (LC/G.2635-P). Santiago de Chile: 2014: 11-293.
18. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Informe de pobreza en México. 2012:7-124.
19. World Health Organization. Investing in mental health. World Health Organization; 2003:3-48.
20. World Health Organization. MhGAP Programa de acción para superar las brechas en salud mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. WHO; 2008:1-42.
21. Organización Mundial de la Salud. Manual de recursos sobre salud mental, derechos humanos y legislación de la OMS. 2008:1-194.
22. World Health Organization. Mental Health, Atlas; 2005.
23. Kates N, Mach M. Chronic disease management for depression in primary care: a summary of the current literature and implications for practice. Can J Psychiatry. 2007;52:77-85.
24. The global crisis of depression-the low of the 21st century? Kings Place, London: Economist Events. Tuesday, November 25th 2014.
25. Secretaría de Salud de México, OPS-OMS. Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS). 2011;4-53.
26. Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género (CEAMEG). Salud mental. Diagnóstico estadístico sobre la depresión y el estrés en las mujeres mexicanas. Cámara de Diputados LXII Legislatura; Agosto 2013.
27. World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. Integrating the response to mental disorders and other chronic diseases in health care systems. WHO; 2014:6-47.
28. World Health Organization. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Copenhagen: World Health Organization; 2013.
29. Friedli L. Mental health, resilience and inequalities. WHO Regional Office for Europe. WHO; 2009;1-53.
30. Rutten BPF, et al. Resilience in mental health: linking psychological and neurobiological perspectives. Acta Psychiatr Scand. 2013;128:3-20.
31. Mental Health Integration Index. Mental health and integration Provision for supporting people with mental illness: a comparison of 30 European countries. The Economist Intelligence Unit. Janssen; 2014:2-36.

32. Eaton J, et al. A position statement on mental health in the post-2015 development agenda. International J of Mental Health Systems. 2014;8-28
33. Hegerl U, Network EAAD. The European Alliance Against Depression (EAAD): an evidence based cost-effective approach to improve depressed patients care and prevent suicidality. Eur Psychiatry. 2009; 24:164.
34. Hospital General de México. Manual de procedimientos servicio de salud mental; 2011.
35. Diario Oficial de la Federación: Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la *Ley general de salud*, en materia de salud mental. 15/01/2013
36. Secretaría de Hacienda. Sistema de Evaluación del Desempeño. 2014.
37. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico-Salud Mental 2013-2018. Programa Sectorial de Salud. 2015:5-83. (Versión electrónica.)

LA ENFERMEDAD MENTAL EN EL CICLO VITAL

II

LA DEPRESIÓN PERINATAL

*Ma. Asunción Lara
Laura Navarrete
Lourdes Nieto*

5

81

Introducción

En este capítulo se analiza la importancia de la depresión perinatal y se hacen recomendaciones para su atención en México. El periodo perinatal (embarazo y primer año posnatal) es una etapa de cambios y ajuste para las madres, que puede complicarse por la presencia de factores psicosociales estresantes y/o por morbilidad afectiva. La depresión perinatal es un trastorno frecuente que, aunque no más prevalente que en otros momentos de la vida, en éste tiene consecuencias mayores. Una embarazada deprimida tiende a descuidar la atención de su salud y la madre que padece estos síntomas no está en condiciones óptimas de atender las demandas de un infante. Por estos motivos, la depresión perinatal ha recibido atención considerable durante las últimas tres décadas, en particular en países de altos ingresos. En México, apenas comienza a estudiarse y los resultados aún no se ven reflejados en una mayor conciencia de los profesionales de la salud ni de la población ni en políticas públicas que atiendan la salud mental materna.

De acuerdo con el DSM-V,¹ la depresión perinatal es similar a un episodio de depresión mayor con respecto a la sintomatología, lo que la hace particular es sólo el periodo en que aparece, es decir, en el embarazo o en las primeras cuatro semanas posnatales. No obstante, para fines de investigación y atención, se incluye dentro de este periodo desde el inicio de la gestación hasta el primer año posparto.² Es muy frecuente que la depresión perinatal se vea acompañada de ansiedad extrema, de sentimientos de culpa y preocupación por el bebé y conflicto con respecto a las expectativas sociales que se tienen sobre cómo debería sentirse y actuar una mujer embarazada o que recién es madre.

El objetivo de este capítulo es presentar un panorama general sobre la prevalencia, consecuencias, factores de riesgo e intervenciones preventivas y terapéuticas de la depresión pre y posnatal. El capítulo concluye con sugerencias para la atención de este trastorno.

Depresión en el embarazo

Según una revisión de estudios, conducidos mayoritariamente en países desarrollados, entre 2 y 21% de gestantes padece depresión (diagnosticada por medio de entrevista clínica) y entre 8 y 31% presenta sintomatología depresiva (a partir de escalas psicométricas).³ En México se observa que entre 12 y 14% de las embarazadas presenta depresión^{4,5} y entre 21.7 y 30.7%, sintomatología depresiva.^{6,7}

82

Las embarazadas con depresión tienden a adoptar comportamientos poco saludables, por ejemplo, no buscan atención prenatal temprana y tienden a asumir conductas de riesgo, como; abuso de sustancias e inadecuada alimentación materna,³ esto incide en mayor riesgo de que el infante tenga bajo peso al nacer y de sufrir retraso en el desarrollo.⁸ Aunado a lo anterior, la depresión en el embarazo incrementa la probabilidad de padecer depresión posparto.³

Entre los factores más frecuentemente relacionados con la depresión en el embarazo, se encuentra tener historia de depresión y/o de pensamientos suicidas alguna vez en la vida, así como tener antecedentes de abortos, ser multípara, soltera, con escaso apoyo social y no haber planeado o deseado el embarazo.^{3,9} Factores de riesgo muy similares –como historia de depresión e ideación suicida, ser multípara, no haber deseado el embarazo y no contar con apoyo– también se han identificado en madres mexicanas, así como vivir en unión libre *versus* estar casada.^{4,10} La violencia de la pareja también incrementa el riesgo de sintomatología depresiva 6.2 veces,¹¹ y el abuso en la infancia y adolescencia, particularmente la concurrencia de abuso sexual, físico y verbal se asocia con mayor riesgo de sintomatología depresiva (3.1 veces) y ansiosa (3.7 veces) en embarazadas e ideación suicida a lo largo de su vida (13.7 veces).¹²

Depresión posparto

Es importante distinguir la tristeza y la psicosis posparto de la depresión posparto (DPP). La tristeza posparto suele aparecer en la

primera semana posnatal y se calcula que afecta de 26 a 84% de las madres. Se caracteriza por la presencia de labilidad emocional, irritabilidad y ansiedad generalizada; los síntomas suelen resolverse dentro de las dos semanas posteriores a su aparición y no requiere intervención alguna. La psicosis posparto, por su parte, es un trastorno afectivo con síntomas psicóticos, como delirios, cambios repentinos de humor y desorganización conductual; suele aparecer en los dos primeros días posteriores al alumbramiento y se presenta en 1 o 2 de cada 1 000 partos. La psicosis posparto es una condición muy grave que afecta de manera drástica el funcionamiento de la madre y requiere tratamiento inmediato, incluida la hospitalización.¹ Como ya se mencionó, la DPP no es muy diferente de la depresión mayor en otro momento de la vida, pero tiene manifestaciones de ansiedad intensa e incluso crisis de angustia, así como preocupación excesiva por el bebé y se presenta en las primeras cuatro semanas (DSM-V) o durante el primer año posterior al alumbramiento.²

O'Hara y Swain,¹³ con base en un metaanálisis que incluyó 56 estudios, mayoritariamente de países desarrollados, estiman la prevalencia de DPP en 12% antes de los dos meses posnatales. Una cifra de entre 10 y 15% sigue siendo considerada como referente hasta la fecha. En México, aunque algunas estimaciones de DPP se acercan a esta prevalencia, la mayoría es más elevada, de 13.8 a 24%.^{4,14,15} En cuanto a la depresión, estimada con escalas psicométricas, O'Hara y Swain¹³ estiman una prevalencia de 14% y en México se observa en 14%.¹⁶

Las prevalencias referidas no distinguen entre casos de inicio en el posparto de aquellos que se presentaban desde la gestación. En este sentido, pocos estudios miden la incidencia de DPP. Una revisión en estudios de países de alto ingreso refiere 6.5% de casos nuevos a los tres meses posparto¹⁷ y otro, en América Latina, 8.8% a los dos meses posnatales.¹⁸

Los factores psicosociales desempeñan un papel importante en la aparición de la DPP y, aunque algunos factores biológicos podrían estar implicados (como cambios en estradiol y progesterona) los resultados de estos estudios continúan siendo controvertidos.² Uno de los factores psicológicos más sólidamente relacionado con la DPP es la historia de depresión, la ansiedad durante la gestación y la carencia de apoyo social, ya sea en tareas de la vida diaria o como apoyo emocional.² La violencia por parte de la pareja, baja escolaridad, ser menor de 18 años y percibir un ingreso bajo también incrementan el riesgo de DPP.¹⁹ En México, se han identificado factores muy similares, tales como historia previa de depresión, ansiedad prenatal e ingreso económico bajo.^{4,10,14}

La importancia de la depresión posparto radica en que en este momento de la vida afecta de manera negativa tanto la salud como el desempeño de la madre, lo cual impacta, a su vez, el desarrollo cognitivo, conductual y emocional del infante.²⁰ Se ha relacionado la DPP con un mayor uso de los servicios de emergencias, problemas de nutrición, interacciones entre madre e hijo de baja calidad, apego inseguro y mayor riesgo de padecer trastornos psiquiátricos en los infantes.

Depresión perinatal en grupos particulares

84

Las adolescentes que enfrentan la maternidad tienen una situación muy complicada al tener que lidiar, simultáneamente, con el proceso de desarrollo propio de la edad y asumir la responsabilidad de cuidar a un infante. En estas condiciones, la maternidad puede representar una experiencia llena de estrés, no deseada y vivida con culpa, con respecto a la sensación de ver frustradas sus aspiraciones.²¹ Asimismo, hay evidencia de que las jóvenes madres se encuentran en alto riesgo de enfrentar adversidades como violencia, consumo de sustancias, poco o nulo respaldo de su respectivas pareja y familia, deserción escolar y pobreza.²² En México, la prevalencia de sintomatología depresiva grave en adolescentes se estima de 10 a 15% en la gestación y de 3.0 a 24.7% en el primer año posparto. El mayor riesgo se encontró en jóvenes que no estaban en la escuela y en quienes tenían un hijo mayor a un año.²³

Por otro lado, la depresión durante el periodo perinatal también se registra en los padres. Se observa que alrededor de 10.4% de los padres (hombres) presenta depresión perinatal y sólo en algunos casos ésta se mantiene vinculada a la depresión de la madre.²⁴ El único estudio en México que presenta datos a este respecto halla que, durante el embarazo de la pareja, 10% de los padres, es decir, los varones ($n = 80$), cumplió con criterios para depresión, mientras que 4.6% ($n = 43$) y 3.8% ($n = 26$) a la cuarta y octava semanas del posparto, respectivamente.⁴

Un padre con depresión no puede ser soporte para la pareja ni puede proporcionar protección al infante cuando la madre está deprimida, además tendrá dificultad para crear un vínculo afectivo con el infante.

Atención a la depresión perinatal

La presente revisión muestra que la depresión perinatal es frecuente y tiene consecuencias perjudiciales sobre la salud, bienestar y capacidades de la madre en un periodo de la vida de por sí vulnerable, lo que compromete a la vez la salud mental y el desarrollo cognitivo del infante. El embarazo y el periodo posnatal representan oportunidades para implementar programas de educación para la salud, identificar casos e intervenir aprovechando que las madres tienen que acudir regularmente a los servicios de salud y su mayor disposición para hacer cambios en su vida por el bienestar de sus hijos/as.

En países de altos ingresos, en diferentes grados, hay mayor atención a la salud mental perinatal. Estos países, por lo general, cuentan con mayor infraestructura para el cuidado de la salud mental que los países de ingresos medios y bajos,²⁵ lo que facilita la atención de condiciones psiquiátricas/psicológicas dentro de los mismos servicios de atención en el primer nivel, así como por medio de la canalización de casos a servicios especializados. En países con menor desarrollo, la sola demanda de atención al embarazo, parto y puerperio puede rebasar los recursos de los servicios.²⁶ Aunado a esto, los servicios especializados de salud mental no tienen la capacidad para satisfacer las necesidades de atención de la población que lo requiere.²⁷ En este contexto, el esfuerzo que debe hacerse para atender a las madres que requieren atención para su salud mental es enorme, pero puede construirse a partir de la experiencia de países de bajos ingresos.²⁸

Se ha sugerido, que las políticas en salud deben promover la integración de la salud mental a la atención de la salud perinatal para ver avances en su atención.²⁸ En México, el *Proyecto de norma oficial*²⁹ que regula la atención perinatal en los servicios de salud no hace mención de la salud mental, lo que incide en la escasa conciencia acerca de la gravedad de este problema y en ausencia de acciones para su atención. Incluir el cuidado de la salud mental dentro de dicha norma favorecería el reconocimiento de esta problemática y las necesidades de atención que se tienen. Mientras esta medida no se tome, es difícil que se destinen de manera generalizada recursos materiales y humanos, en consecuencia, las acciones se seguirán tomando a discreción de proveedores de servicios según sus posibilidades.

Para favorecer la implementación de dicha norma, es recomendable acompañarla con guías clínicas que brinden información acerca de la detección, prevención y tratamiento de la DPP, similares a las desarrolladas en países de altos ingresos.³⁰

Una tarea que puede llevarse a cabo de inmediato, es asegurar la aplicación puntual de la norma existente,²⁹ que pretende una maternidad saludable, por medio de vigilar el estado de salud de la madre y del infante para prevenir riesgos, brindar los cuidados necesarios y desarrollar acciones de educación. Esta medida puede traer beneficio, no sólo para la salud física sino también para la salud mental de madres e infantes, particularmente donde el cuidado perinatal no sólo es lejano a esta norma, sino que se da en condiciones de maltrato y abuso.³¹

La detección sistemática de la depresión pre y pos natal es una estrategia recomendable en la medida en que se cuente con la posibilidad de atender a la población que sea detectada, ya sea por el personal de salud en los servicios o mediante su canalización a la consulta especializada. Existen diversas escalas para la detección de la depresión perinatal que se utilizan y están validadas en México.^{32,33}

Estrategias de prevención universal por medio de educación sobre la depresión perinatal pueden llevarse a cabo en salas de espera. Asimismo, intervenciones de baja intensidad, como programas en línea, apoyo social y estrategias de autoayuda pueden resultar efectivas en casos de depresión moderada.^{34,35} Estas acciones pueden contribuir a reducir el estigma, tan frecuente en contra de los trastornos mentales, pero en particular, de los trastornos en el periodo perinatal.³⁶

Intervenciones psicológicas más completas, aplicadas por personal de salud no necesariamente especializado han mostrado ser eficaces en la prevención de la DPP.^{37,38} Una de estas intervenciones ha sido desarrollada y evaluada en mujeres mexicanas, con base en psicoeducación, técnicas cognitivoconductuales y estrategias para fortalecer el apoyo social.^{39,40,41}

Se debe procurar tratamiento a las mujeres que presentan depresión perinatal, con el fin de reducir la discapacidad que se genera cuando no es atendida. Los tratamientos psicosociales son preferidos por las madres, ya que es muy generalizado el temor de que los psicofármacos puedan tener efectos secundarios en el feto o que se transmitan por medio de la leche materna.^{36,42} Hay evidencia de que los tratamientos psicosociales y psicológicos pueden ser efectivos para reducir la depresión clínica y los síntomas de depresión postparto.^{34,38} Lo mismo sucede en el caso de intervenciones comunitarias.³⁵ Por su parte, los tratamientos farmacológicos pueden ser seguros si se aplican bajo lineamientos específicos.³⁰

Por último, es necesario acompañar las estrategias anteriores con capacitación y apoyo al personal de salud de los servicios de

primer nivel, obstétricos y pediátricos y apelar a estrategias escalonadas de distribución de tareas para evitar sobrecarga de trabajo.

En conclusión, la depresión perinatal es frecuente y afecta la capacidad de la madre para cuidar a su bebé. Si no es atendida, puede convertirse en una condición crónica y afectar la salud física y emocional del infante. Esta problemática amerita reconocimiento para prevenirla y tratarla. Una de las maneras es pugnar por políticas de salud que integren la salud mental a la atención de la salud en el embarazo, parto y puerperio.

Bibliografía

87

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Ann Rev Clin Psychol.* 2013;9:379-407.
3. Bennet HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Depression during pregnancy: overview of clinical factors. *Clin Drug Invest.* 2004;24(3):157-79.
4. Ocampo R, Heinze G, Ontiveros MP. Detección de depresión posparto en el Instituto Nacional de Perinatología. *Psiquiatría.* 2007;23:18-22.
5. Gómez ME, Aldana CE. Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo. *Psicología y Salud.* 2007;17(1):53-61.
6. Ortega L, Lartigue T, Figueroa ME. Prevalencia de depresión, a través de la escala de depresión perinatal de Edimburgo (EPDS). *Perinatol Reprod Hum.* 2001;15(1):11-20.
7. Lara MA, Navarro C, Navarrete L, Cabrera A, Almanza J, Morales FJ. Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados, en pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de México. *Salud Mental.* 2006;29(4):55-62.
8. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M. Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review. *Infant Behav Dev.* 2006;29:445-55.
9. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;202(1):5-14.
10. Lara MA, Le HN, Letechipia G, Hochhausen L. Prenatal depression in Latinas in the U.S. and Mexico. *Matern Child Health J.* 2009;13(4):567-76.
11. Lara MA, Natera RG, Berenzon S, Juárez GF, Villatoro VJ, Nieto L, et al. Intimate partner violence and depressive symptoms in pregnant Mexican women: national survey results. *Rev Investig Clin.* 2014;66(5). En prensa.

- 88
12. Lara MA, Navarrete L, Nieto L, Le HN. Childhood experiences of sexual, physical and verbal abuse and depressive and anxiety symptoms and history of suicide behavior in pregnant women in Mexico. Revista Brasileira de Psiquiatria. En prensa.
 13. O'Hara MW, Swain AM. Rates and risk of postpartum depression –a meta-analysis. Int Rev Psychiatry. 1996;8(1):1-52.
 14. Alvarado-Esquível C, Sifuentes-Álvarez A, Estrada-Martínez S, Salas-Martínez C, Hernández-Alvarado B, Ortiz-Rocha S, García-López CR, Torres-Castorena A, Sandoval-Herrera F. Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. Gac Med Mex. 2010;146:1-9.
 15. Alvarez EA, Ponce RER, Irigoyen CA. Frecuencia de depresión posparto en pacientes de dos clínicas de medicina familiar en México. Arch Med Fam. 2008;9(4):133-6.
 16. DeCastro F, Hinojosa-Ayala N, Hernández-Prado B. Risk and protective factors associated with postnatal depression in Mexican adolescents. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2011;32(4):210-7.
 17. Gaynes BN, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, Brody S, et al. Depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. Agency for Healthcare Research and Quality. Evidence Report. 2005. Disponible en: www.ahrq.gov
 18. Alvarado R, Rojas M, Monardes J, Perucca E, Neves E, Olea E, et al. Cuadros depresivos en el posparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. Rev Chil Neuro-Psiquiat. 2000;38:84-93.
 19. O'Hara MW, Gorman LL. Can postpartum depression be predicted? Primary Psychiatry. 2004;11(3):42-70.
 20. Surkan PJ, Kennedy CE, Hurley KM, Black M. Maternal depression and early childhood growth in developing countries: systematic review and meta-analysis. Bull World Health Organ. 2011;287:607-15.
 21. Villanueva LA, Pérez-Fajardo M, Iglesias LF. Factores sociodemográficos asociados a la depresión en adolescentes embarazadas. Ginecol Obstet Mex. 2000;68(1):143-8.
 22. Lanzi RG, Bert SC, Jacobs BK. Depression among a sample of first-time adolescent and adult mothers. J Child Adolesc Psychiatr Nurs. 2009;22(4):194-202.
 23. Lara MA, Berenzon S, Juárez F, Medina-Mora ME, Natera G, Villatoro J, et al. A Population study of depressive symptoms and risk factors in pregnant and parenting mexican adolescents. Rev Panam Salud Publica. 2012;31(2):102-8.
 24. Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta-analysis. JAMA. 2010;303:1961-9.
 25. Austin MP. Marcé International Society position statement on psychosocial assessment and depression screening in perinatal women. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2014;28:179-87.

26. Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ.* 2012;90(2):139-49.
27. Borges G, Medina-Mora ME, Wang P, Lara C, Berlund P, Walters E. Treatment and adequacy of treatment of mental disorders among respondents to the Mexico National Comorbidity Survey. *Am J Psychiat.* 2006;163(8):1371-8.
28. Rahman A, Surkan PJ, Cayetano CE, Rwigatare P, Dickson KE. Grand challenges: integrating maternal mental health into maternal and child health programmes. *PLoS Med.* 2013;10(5):e1001442.
29. Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido. (05 de Noviembre del 2012).
30. NICE. Antenatal and postnatal mental health. The Nice Guideline on Clinical Management and Service Guidance. The British Psychological Society. Great Britain: Alden Press; 2007. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG45fullguideline.pdf>
31. Castro R, Ruiz A. Prevalencia y severidad de la violencia contra mujeres embarazadas, México. *Rev Salud Pública.* 2004;38(1):62-70.
32. Lara MA, Navarrete L. Detección de depresión en mujeres embarazadas mexicanas con la CES-D. *Salud Mental.* 2012;35(1):57-62.
33. Alvarado-Esquivel C, Sifuentes-Alvarez A, Salas-Martinez C. Validation of the Edinburgh postpartum depression scale in a population of adult pregnant women in Mexico. *J Clin Med Res.* 2014;6(5):374-8.
34. Dennis CL, Hodnett E. Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(4):CD006116.
35. Dennis CL, Hodnett E, Kenton L, Weston J, Zupancic J, Stewart DE, et al. Effect of peer support on prevention of postnatal depression among high risk women: multisite randomized controlled trial. *BMJ.* 2009;338:a3064.
36. Lara MA, Navarrete Laura, Nieto L, Berenzon S. Acceptability and barriers to treatment for perinatal depression. An exploratory study in Mexican women. *Salud Mental.* 2014;37:293-301.
37. Sockol LE, Epperson CN, Barber JP. Preventing postpartum depression: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2013;33(8):1205-17.
38. Rahman A, Fisher J, Bower P, Luchters S, Tran T, Yasamy MT, et al. Interventions for common perinatal mental disorders in women in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ.* 2013;91(8):593-601.
39. Lara MA, Navarro C, Navarrete L. Outcome results of a psycho-educational intervention in pregnancy to prevent PPD: a randomized control trial. *J Affect Disord.* 2010;122(1-2):109-17.

40. Lara MA, García HT. Prevención de la depresión posparto: Intervención psi-coeducativa. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente; 2013.
41. Lara MA, García HT. Despertando tu amor para recibir a tu bebé. Cómo prevenir la tristeza y depresión en el embarazo y después del parto. México: Editorial Pax; 2009.
42. Goodman JH. Women's attitudes, preferences, and perceived barriers to treatment for perinatal depression. Birth. 2009;36(1):60-9.

LA SALUD MENTAL DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE

Corina Benjet

6

91

Introducción

En el presente capítulo se analiza la salud mental del niño y del adolescente, en relación con la necesidad de un plan estratégico nacional.

La niñez y la adolescencia son etapas críticas para el fomento de la salud mental positiva. Individuos con una salud mental positiva tienen relaciones interpersonales que propician satisfacción personal y convivencia armónica, son capaces de aprender, enfrentar retos y resolver problemas, logran su potencial y contribuyen al bienestar de la sociedad. Para contar con una salud mental positiva, los niños, niñas y adolescentes requieren un entorno que les proporciona seguridad, respeto y amor para desarrollar un concepto positivo de sí mismos y un trato similar con los demás, un entorno con cierta estabilidad que les proporciona suficientes elementos para saber qué esperar de su entorno, oportunidades de crecimiento y consecuencias claras, consistentes y apropiadas de sus acciones.

Sin disminuir la relevancia de los factores individuales, fisiológicos y genéticos en el desarrollo de la psicopatología, se sabe que la salud mental resulta altamente perjudicada por la adversidad social crónica en la cual viven muchos jóvenes,¹ como la violencia en sus hogares, escuelas y comunidades, las familias disfuncionales sin reglas claras, una alta disponibilidad de sustancias ilícitas, un ambiente de impunidad, la explotación en todas sus formas y la falta de oportunidades de desarrollo. Dos terceras partes de los adolescentes de la ciudad de México han vivido adversidad crónica en su niñez.² El nivel de violencia a la cual están expuestos los menores de edad en México está evidenciado en el *Informe nacional sobre violencia y salud*.³

En México, 50% de los trastornos psiquiátricos inicia antes de los 21 años de edad.⁴ Estos trastornos a una edad temprana perju-

dican el alcance educativo y laboral, las relaciones íntimas y la elección de pareja, así como el funcionamiento general como adulto.⁵⁻⁸

Si consideramos el contexto social actual que viven nuestros jóvenes, las edades en las cuales se desarrollan las enfermedades mentales, las consecuencias personales, familiares y para la sociedad de una enfermedad mental en edades tempranas y el hecho de que los menores de edad por sí mismos no pueden exigir respuestas a sus necesidades, la población infantojuvenil debería ser un grupo prioritario en materia de salud mental.

El problema y su atención

92

Hay pocos datos epidemiológicos en México para estimar la magnitud del problema en nuestro país. Un tamizaje en población general estima que la mitad de los niños de 4 a 16 años presenta sintomatología y 16% sintomatología suficiente para requerir atención.⁹⁻¹⁰ En este grupo de edad los problemas más frecuentes son manifestaciones de depresión (11.5%) y *déficit* de atención con hiperactividad (TDAH) (9.7%).

La única encuesta representativa de población adolescente de 12 a 17 años, que evalúa la prevalencia de más de 20 trastornos psiquiátricos, estima una prevalencia en los últimos 12 meses de 25%, excluyendo las fobias específicas y hasta 39.4% incluyendo las fobias específicas.¹¹ Los trastornos individuales más frecuentes son la fobia específica (26.2%), fobia social (12.4%) y depresión mayor (7.6%) en adolescentes del sexo femenino y fobia específica (15.6%), fobia social (10.0%) y trastorno negativista desafiante (3.7%) en adolescentes varones.¹² Otros trastornos en este grupo etario con menor prevalencia pero que generan una discapacidad importante incluyen el abuso de alcohol (2.7%), el TDAH (1.6%), el estrés pos-traumático (1.0%) y la distimia (0.5%).

Las estimaciones de prevalencia para esta generación de niños y adolescentes superan las estimaciones de prevalencia en población adulta (28.6% alguna vez en la vida, 13.9% 12 meses y 5.8% 30 días).¹³ Estas diferencias se podrían explicar, o bien porque los adultos no recuerdan los síntomas que tuvieron de jóvenes, y por ende su prevalencia alguna vez en la vida es subestimada, o porque esta generación de niños y adolescentes está más afectada que las anteriores. El aumento en tasas de suicidios consumados en jóvenes en las últimas décadas a nivel nacional es evidencia indirecta de la segunda explicación.¹⁴

A pesar de la magnitud del problema, pocos niños, niñas y adolescentes reciben atención para tratar sus problemas de salud mental. En el tamizaje de niños, niñas y adolescentes de 4 a 16 años de edad, sólo 13% acudió a solicitar atención.⁹ De manera similar, entre adolescentes de 12 a 17 años de edad, únicamente 13.7% con un trastorno en los últimos 12 meses obtuvo tratamiento en el mismo periodo. Lo que es más preocupante todavía es que de quienes recibieron alguna atención, sólo 60.1% tuvo tratamiento que se puede considerar mínimamente adecuado.¹⁵ Debido a que todas estas cifras reportadas son para niños y adolescentes en la ciudad de México, la brecha de tratamiento para niños y adolescentes en ciudades más pequeñas y en áreas rurales con seguridad es mayor.

Hay tratamientos eficaces para la psicopatología en niños y adolescentes, tanto farmacológicos como psicológicos. Entre los tratamientos farmacológicos se encuentran estimulantes y no estimulantes para tratar el TDAH,¹⁶ inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS) para la depresión¹⁷ y trastornos de ansiedad,¹⁸ antipsicóticos para psicosis, síndrome de Tourette y a veces para el trastorno bipolar,^{19,20} entre otros. Entre las psicoterapias que han demostrado eficacia en menores de edad, se encuentran sobre todo las terapias cognitivoconductuales para trastornos de ansiedad²¹ y depresión,²² la terapia interpersonal para depresión en adolescentes²³ y el entrenamiento conductual de padres para problemas de conducta.²⁴ Sin embargo, en México pocos reciben un tratamiento eficaz debido a muchos factores, incluyendo pero no limitándose a la falta de recursos humanos capacitados para trabajar con niños y adolescentes, poca disponibilidad de tratamientos con base en evidencia y el uso continuo de tratamientos sin evidencia empírica. Aunado a esto, los menores no se pueden llevar a sí mismos a tratamiento, un adulto (por lo general un parente de familia o maestro de la escuela) tiene que detectar el problema y saber a dónde acudir. Cuando los niños, niñas y adolescentes con trastornos psiquiátricos no reciben un tratamiento adecuado, sus problemas tienden a persistir, lo que limita su potencial educativo, social y económico.

Recomendaciones para políticas de salud pública

Se requiere un plan estratégico nacional que tiene como objetivo el mejorar la salud mental y bienestar de los niños, niñas y adolescentes, y disminuir la carga de los trastornos psiquiátricos en

esta población en un marco de los derechos de la infancia. Debería establecer acciones concretas, metas y el compromiso de cumplir las metas en un tiempo determinado y facilitar la colaboración intersectorial entre el sector salud, educativo, social y de justicia, especificando responsabilidades y rendición de cuentas.

Mientras cualquier plan nacional para la salud mental de la población general tendría que considerar aspectos de formación de recursos humanos, la cobertura universal, la disminución de barreras al tratamiento y el mover la atención de las enfermedades mentales a los centros de atención primaria de salud con una atención integral a la salud, las estrategias para los niños, niñas y adolescentes tendrían que tener unas consideraciones particulares para esta población.

94

Colaboración con el sector educativo

En primer lugar, tendría que haber una colaboración y corresponsabilidad fundamental con el sector educativo. Por un lado, la mayoría de menores se encuentra en las escuelas, lo que constituye una oportunidad inmensa de prevención, detección y tratamiento oportuno. Por el otro lado, el proporcionar estrategias, capacitación, infraestructura, etc. para atender esta problemática en las escuelas permitiría un mejor desempeño de las escuelas para realizar su misión, la educación, ya que los problemas emocionales y de conducta les impiden llevar a cabo esta misión. El sector salud tendría que realizar acciones para capacitar a los maestros para la detección temprana, implementar y evaluar programas de prevención en las escuelas, así como proporcionar algunas intervenciones directamente en los espacios escolares y/o tener una red de canalización explícita y formal. El papel de la escuela como promotora de salud mental consta de cinco acciones, mismas que se describen en seguida.

- 1) *Proporcionar un ambiente que fomenta la salud mental, incluyendo el problema del bullying pero sin limitarlo a la reducción y atención de éste, además de otros tipos de violencia en el ámbito escolar, proporcionando habilidades sociales y de resolución de problemas, así como oportunidades de crecimiento artístico, deportivo y recreativo*
- 2) *Identificación de alumnos que requieren atención*
- 3) *Comunicación con las familias. Tener comunicación y trabajo en equipo con las familias brindándoles apoyo beneficia el bienestar de los alumnos*

- 4) *Provisión de atención o canalización a servicios especializados.* Cuando es posible brindar servicios a los alumnos en las escuelas puede ser efectivo en especial con aquéllos cuyas familias cooperan poco o tienen barreras para acceder o utilizar servicios. Cuando los alumnos requieren canalización a servicios de salud la escuela debería dar
- 5) *Seguimiento de la atención o canalización.* Canalizar a los alumnos a servicios de salud no es suficiente. Muchos factores inciden en que los alumnos canalizados nunca reciben servicios o no continúan con el tratamiento recomendado. Es importante que la escuela realice un seguimiento para asegurar que el alumno reciba servicios y que la escuela mantiene comunicación con los especialistas de salud para poder implementar estrategias en el salón que coadyuven en el tratamiento. La realización de estas cinco acciones no sólo fomentará una mejor salud mental en sus alumnos, sino que también facilitará su trabajo de enseñanza

95

Promoción de la salud mental positiva

Un plan para la salud mental de los niños, niñas y adolescentes debería enfocarse en la promoción de la salud mental, no nada más en el tratamiento de trastornos. La promoción de la salud mental de los menores debería considerar tres aspectos pilares, los cuales se explican a continuación.

- 1) *Realizar acciones para apoyar a las familias.* Ejemplos de tales acciones son el apoyo a las madres en el periodo posparto, talleres de prácticas de crianza positiva, etc., e incluirlas como promotoras de salud mental; difícilmente puede estar bien un niño si su familia no lo está
- 2) *Incidir sobre los determinantes sociales de la salud.* Éstos entendidos como las condiciones sociales, económicas y físicas de los entornos donde los individuos nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen²⁵
- 3) *Dar prioridad a la prevención de la violencia contra menores.* Ésta podría incluir, por ejemplo, legislación que prohíba el castigo corporal. Ser víctima de violencia es uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de psicopatología

Servicios en la comunidad, escuelas, atención primaria y vía Internet

De manera similar a la recomendación de mover la mayor parte de los servicios de atención a las enfermedades mentales al primer

nivel de atención y como parte integral de la salud global, la atención de la salud mental de los menores se tendría que ofrecer en la comunidad. Para los niños, niñas y adolescentes, la comunidad se refiere a escuelas, centros de atención primaria e incluso a la Internet. Ya se mencionó el beneficio de ofrecer servicios en las escuelas. En cuanto a los servicios en centros de salud, una acción importante también sería *incorporar la evaluación de salud mental en el control sano de los niños e incluir programas de apoyo a familias y de crianza positiva en atención primaria*. La atención de los adolescentes en centros de salud presenta un reto mayor, debido a que son pocos los que acuden a servicios de salud, es importante llevarles los servicios a ellos, y no esperar a que ellos lleguen a los servicios. Los adolescentes se encuentran en las escuelas y en la Internet. El desarrollo, la implementación y la evaluación de programas en internet es una estrategia viable y de costo reducido que está empezando a mostrar beneficios para menores en otros países.^{26,27} Debido a que la población adolescente es la más abierta a intervenciones en línea, éstas podrían ser una estrategia atractiva para ellos, además de que disminuye barreras como el estigma, el transporte, la distancia de los centros de salud, etc.

Formación de recursos humanos y disponibilidad de servicios con base en evidencia

Resulta obvio que ninguna de las acciones mencionadas con anterioridad es posible sin el aumento y la reestructuración de la formación de recursos humanos para brindarlas y evaluarlas. Considerando la falta de recursos humanos para atender los problemas de salud mental en general, la escasez es aún mayor para atender la población infantojuvenil. Por ejemplo, en 2010 se reportó la existencia de apenas 200 paidopsiquiatras en el país, o sea 0.5 por cada 100 000 niños (en comparación con 6 por cada 100 000 niños en Canadá).²⁸ Más allá de paidopsiquiatras, se requiere una diversidad de profesionales médicos, pediatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, pedagogos capacitados de manera específica para trabajar cuestiones de salud mental con niños y adolescentes. Además, muchos tratamientos con base en evidencia que se utilizan en otros países no están disponibles en México, mientras se siguen ofreciendo, por ejemplo, psicoterapias sin evidencia. Entonces, la formación de recursos humanos tendría que ir acompañada

de cambios de planes académicos para centrarse en programas de promoción, prevención y atención con base en evidencia.

Reducción de las barreras

La brecha de tratamiento tan importante se debe a una combinación de la falta de disponibilidad de servicios, pero también de las barreras para utilizar los que existen. Entre las barreras para la población menor de edad, está la necesidad de detección por parte de un tercero, por lo cual es importante la elaboración de campañas dirigidas a padres de familia y maestros con el objetivo de detectar los trastornos mentales y, al mismo tiempo, proporcionar información acerca de dónde acudir para recibir servicios. Se requieren también campañas para disminuir el estigma asociado con los trastornos mentales. Hay barreras estructurales que deben revisarse, por ejemplo los horarios de atención que interfieren con los horarios escolares, lo que causa que los jóvenes tengan que perder actividades escolares para poder acudir a sus citas.

97

Monitoreo y evaluación

Es importante tomar decisiones con base en evidencia. Por ello, es esencial un sistema de monitoreo continuo con indicadores estándares de la salud mental de los niños, niñas y adolescentes para guiar los servicios y las políticas y evaluar su impacto. Asimismo, se requiere una evaluación de la disponibilidad, distribución y efectividad de los servicios que están disponibles en la actualidad para niños y adolescentes en México.

Conclusiones

Debido a la magnitud de las necesidades de atención en materia de salud mental en la población infantojuvenil y la brecha de tratamiento tan importante, se requiere un plan nacional estratégico con acciones que contemplan no solamente la prevención y el tratamiento de trastornos mentales, sino también la promoción de la salud mental, que asegure el mejor tratamiento disponible con base en evidencia y con un compromiso para financiar las acciones.

Las acciones políticas para la salud mental en esta población no se pueden separar de la protección contra el maltrato infantil y la explotación sexual, el trabajo infantil, la exposición a la violencia y el maltrato, y deberían de incluir el apoyo a familias y contar con la colaboración pilar del sector educativo. Sin un plan nacional de políticas en salud mental específico para niños, niñas y adolescentes, los servicios seguirán fragmentados, costo-inefectivos y sin posibilidad de responder a las necesidades de todos nuestros jóvenes.

Bibliografía

98

1. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME. Chronic childhood adversity and onset of psychopathology during three life stages: childhood, adolescence and adulthood. *J Psychiatric Res.* 2010;44:732-40.
2. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J, Cruz C, Méndez E. Descriptive epidemiology of chronic childhood adversity in Mexican adolescents. *J Adolesc Health.* 2009;45:483-9.
3. Secretaría de Salud. Informe Nacional sobre Violencia y Salud. México, DF: SSA; 2006.
4. Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C, Lara C, Berglund P. Psychiatric disorders in Mexico: Lifetime prevalence and risk factors in a nationally representative sample. *Br J Psychiatry.* 2007;190(6): 521-8.
5. Benjet C, Hernandez-Montoya D, Borges G, Mendez E, Medina-Mora ME, Aguiar-Gaxiola S. Youth who neither study nor work: mental health, education and employment. *Salud Pública de México. Salud Pública Mex.* 2012;54(4):410-7.
6. Bernfort L, Nordfeldt S, Persson J. ADHD from a socio-economic perspective. *Acta Paediatr.* 2008;97(2):239-45.
7. Borges G, Medina-Mora ME, Benjet C, Lee S, Lane M, Breslau J. Influence of mental disorders on school dropout in Mexico. *Rev Panam Salud Pública.* 2011;30(5):477-83.
8. Ramrakha S, Bell ML, Paul C, Dickson N, Moffitt TE, Caspi A. Childhood behavior problems linked to sexual risk taking in young adulthood: a birth cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007;46(10):1272-9.
9. Caraveo-Anduaga JJ, Colmenares-Bermúdez E, Martínez-Vélez NA. Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la México: *Salud Pública Mex.* 2002;44(6):492-8.
10. Caraveo-Anduaga JJ. Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: algoritmos para síndromes y su prevalencia en la ciudad de México. Segunda parte. *Salud Mental.* 2007;30(1):48-55.

11. Benjet C, Medina-Mora ME, Borges G, Zambrano J, Aguilar-Gaxiola S. Youth mental health in a populous city of the developing world: results from the Mexican adolescent mental health survey. *J Child Psychol Psychiatry.* 2009;50(4):386-95.
12. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Méndez E, Fleiz C, Rojas E, et al. Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la ciudad de México. *Salud Mental.* 2009;32(2):155-63.
13. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental.* 2003;26:1-16.
14. Borges G, Orozco R, Benjet C, Medina-Mora ME. Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud Pública Mex.* 2010;52:292-304.
15. Borges G, Benjet C, Medina-Mora ME, Orozco R, Wang PS. Treatment of mental disorders for adolescents in Mexico City. *Bull World Health Organ.* 2008;86(10):757-64.
16. Shier AC, Reichenbacher T, Ghuman HS, Ghuman JK. Pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: clinical strategies. *J Cent Nerv Syst Dis.* 2012;20(5):1-17.
17. Hetrick S, Merry S, McKenzie J, Sindahl P, Proctor M. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for depressive disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;18(3):CD004851.
18. Ipser JC, Stein DJ, Hawkridge S, Hoppe L. Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;8(3):CD005170.
19. Fraguas D, Correll CU, Merchán-Naranjo J, Rapado-Castro M, Parellada M, Moreno C, et al. Efficacy and safety of second-generation antipsychotics in children and adolescents with psychotic and bipolar spectrum disorders: comprehensive review of prospective head-to-head and placebo-controlled comparisons. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2011;21(8):621-45.
20. Vitiello B, Correll C, van Zwieten-Boot B, Zuddas A, Parellada M, Arango C. Antipsychotics in children and adolescents: increasing use, evidence for efficacy and safety concerns. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2009;19(9):629-35.
21. James A, Soler A, Weatherall R. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005;19(4):CD004690.
22. Arnberg A, Ost LG. CBT for children with depressive symptoms: a meta-analysis. *Cogn Behav Ther.* 2014;24:1-14. [Epub ahead of print].
23. David-Ferdon C1, Kaslow NJ. Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2008;37(1):62-104.

- 100
24. Furlong M, McGilloway S, Bywater T, Hutchings J, Smith SM, Donnelly M. Cochrane review: behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *Evid Based Child Health.* 2013;8(2):318-692.
 25. World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. Geneva: World Health Organization; 2014.
 26. Calear AL, Christensen H. Review of internet-based prevention and treatment programs for anxiety and depression in children and adolescents. *Med J Aust.* 2010;192(11 suppl):S12-4.
 27. Richardson T, Stallard P, Velleman S. Computerized cognitive behavioural therapy for the prevention and treatment of depression and anxiety in children and adolescents: a systematic review. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2010;13(3):275-90.
 28. Espinola-Nadurille M, Vargas Huicochea I, Raviola G, Ramirez-Bermudez J, Kutcher S. Mental health care reforms in Latin America: child and adolescent mental health services in Mexico. *Psychiatr Serv.* 2010;61(5):443-5.

LA SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR

*Ana Luisa Sosa Ortiz
G. Isaac Acosta Castillo*

7

Introducción

101

El envejecimiento de la población mundial es un proceso incontenible y ahora sin precedentes, el cual es resultado de varios factores, entre los que se encuentran los avances en las medidas sociosanitarias y tecnicocientíficas, que ha contribuido a la disminución de la mortalidad infantil y al incremento de la expectativa de vida.

La cantidad de personas de 60 años o más está creciendo en forma vertiginosa, habiéndose duplicado entre 1980 y 2013, año en el cual ya había 841 millones de adultos mayores (AM), los cuales representaban 12% de la población mundial total. Se espera que para 2050, sean 2 mil millones las personas pertenecientes a este grupo de edad, lo que representaría 21% de la población global. Por otro lado, el grupo de personas de 80 años o más se cuadriplicará entre 2000 y 2050, año en que llegarán a ser casi 400 millones de personas de edad avanzada a nivel mundial.^{1,2}

Esta transformación demográfica global no está sucediendo de manera homogénea. El envejecimiento poblacional en los próximos años será más pronunciado en los países de ingreso económico medio y bajo (PIEMB). En 1990, 58% de la población mundial de 60 años de edad o más vivía en estos países. Se estima que para 2020 este porcentaje se incrementará a 67%; para 2050, 80% de los adultos mayores residirá en países de ingreso económico medio y bajo, como México y el resto de los países de Latinoamérica.¹

En México, para 2015 habrá 8.5 millones de personas de 60 años o más y este número se incrementará a 31.5 millones para 2050, lo que representa un incremento porcentual de 7 a 20% del total de la población mexicana, periodo durante el cual se triplicará este segmento de nuestra población.²

Estos cambios a nivel poblacional se traducen, a su vez, en cambios en la distribución de las enfermedades, denominados transformación o transición epidemiológica, la cual se ha caracterizado por la disminución de las enfermedades transmisibles y el incremento de las no transmisibles o no comunicables, que en su mayoría son enfermedades crónicas, entre las cuales se ubican varias enfermedades mentales.³

Las enfermedades crónicas se incrementarán en todos los grupos de edad y en particular en los adultos mayores.¹ En la actualidad, en los países de ingreso económico medio y bajo, los padecimientos que contribuyen más a la mortalidad son: la enfermedad del corazón, los eventos vasculares cerebrales y la enfermedad pulmonar crónica; y entre las causas de discapacidad más frecuentes, se encuentran: la debilidad visual, la demencia, los problemas auditivos y la osteoartritis, las cuales contribuyen de manera importante a los años perdidos por discapacidad.¹ En los últimos años, las enfermedades crónicas han cobrado mayor relevancia por su alta frecuencia y por los años perdidos por discapacidad, sobre aquéllas relacionadas con la mortalidad.

Para 2050, se estima que la razón de adultos mayores con algún grado de dependencia llegará a duplicarse a nivel mundial, habrá 25 personas con dependencia por cada 100 personas en edad productiva, en comparación con 2010, cuando había 12 personas mayores dependientes por cada 100 en edad de trabajar; en México, la razón de dependencia en personas mayores se incrementará de 9.4 a 32 por cada 100 personas en edad productiva en el periodo de 2010 a 2050.⁴ Asimismo, se estima que la dependencia será ocasionada en la mayoría de los casos por problemas de movilidad, fragilidad y otros problemas físicos o mentales.¹

La salud mental del adulto mayor y su atención

Es de amplia aceptación la idea de que sin importar la etapa de la vida de la que se trate, no hay salud sin salud mental.⁵ El grupo de adultos mayores presenta varias características biológicas y psicosociales que lo hacen especialmente susceptible a la presentación de enfermedades mentales.

En esta etapa de la vida, se incrementan los factores de estrés biológico, psicológico y social, al mismo tiempo que se ve mermada la capacidad de adaptación, lo que aumenta la vulnerabilidad a la enfermedad mental. La pobreza y el estrés son factores que contri-

buyen a la presencia de trastornos mentales en la población general y que se asocian con frecuencia con los adultos mayores, además de factores biológicos como el dolor crónico, la pérdida de salud, la inmovilidad, la dependencia y la fragilidad. Todos estos factores contribuyen al desarrollo de problemas mentales y al incremento de la necesidad de cuidado a largo plazo, lo que favorece el aislamiento, la soledad y el estrés psicológico crónico.

En torno a ellos, se estima que 20% de los adultos de 60 años o más padecen algún problema de salud mental o neurológico y que éstos representan 6.6% del total de la discapacidad (años de vida ajustados por discapacidad) para este grupo de edad.⁶

Los trastornos neuropsiquiátricos más frecuentes en el adulto mayor son la demencia⁷ y la depresión,⁸ seguidos por los trastornos de ansiedad y abuso de sustancias,⁶ problemas que muchas veces pasan inadvertidos, incluso para el personal de salud. La demencia y la depresión se encuentran entre las primeras causas que contribuyen a la discapacidad y dependencia en los adultos mayores (Cuadro 7.1).^{9,10}

Hasta tiempos recientes, era escasa la evidencia epidemiológica de la frecuencia de los trastornos mentales en los adultos mayores mexicanos. En la actualidad, en la literatura disponible ya contamos con varios estudios, entre ellos dos con representatividad nacional: el *Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México* (ENA-SEM) y la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición* (Ensanut), la cual por primera vez en 2012 incluyó en su marco muestral a los adultos mayores. Dichas encuestas evidencian en esta población una prevalencia de la presencia de síntomas depresivos clínicamente significativos, identificados con instrumentos de tamizaje, en un rango de 17.6 y 37.9%. Para el deterioro cognitivo diferente de la demencia es de entre 7.1 y 7.3%, y de 7.9% para la demencia.¹¹⁻¹³

Cuadro 7.1. Alteraciones de la salud que contribuyen a discapacidad y dependencia.

Alteración de la salud	Fracción atribuible poblacional (Dependencia)	Fracción atribuible poblacional (Discapacidad)
1. Demencia*	36.0%	25.1%
2. Parálisis/debilidad de miembros	11.9%	10.5%
3. Evento vascular cerebral	8.7%	11.4%
4. Depresión*	6.5%	8.3%
5. Deterioro visual	5.4%	6.8%
6. Artritis	2.6%	9.9%

*Alteraciones mentales.

La *Encuesta Nacional de Salud Mental* no ha incluido a los adultos mayores, pero ya se está considerando su inclusión para la siguiente ronda, lo que sin duda arrojará información importante.

Con respecto a algunos estudios de cohorte específicos, el Grupo Internacional de Investigación en Demencias 10/66¹⁴ ha documentado a partir de la operacionalización de criterios clínicos, en muestras comunitarias de ingreso económico medio o bajo las prevalencias para demencia (7.4%), deterioro cognitivo leve (2.8%), síntomas depresivos (29.9%), episodio depresivo (4.6%), ansiedad (5.2%) e ideación suicida (13.5%).¹⁵⁻¹⁹ En relación con las demencias, ya existe un par de reportes que estiman la incidencia anual (casos nuevos) de demencia que reportan entre 27 y 30 por cada 1 000 adultos mayores al año.^{20,21}

104

Existen también reportes de depresión en adultos mayores de zonas metropolitanas que estimaron en la ciudad de México una prevalencia de depresión de 19.8% y de deterioro cognitivo de 8.0%;²² para la ciudad de Guadalajara, en el estado de Jalisco, se estimó una prevalencia para demencia de 9.5%, de 13.8% para deterioro cognitivo y de 32.1% para síntomas depresivos.²³

Con respecto a reportes de población de adultos mayores pertenecientes a instituciones, existe un estudio de derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), de la ciudad de México, quienes presentaron una prevalencia para síntomas depresivos de 21.7% y para depresión mayor de 12.0%;^{24,25} para los adultos mayores inscritos en el programa Oportunidades se reportó en 2009 una prevalencia de síntomas depresivos de 43%.²⁶

La relación bidireccional entre la salud física y mental es en especial evidente en este grupo, por ejemplo los sujetos con padecimientos tales como la enfermedad del corazón y diabetes tienen mayor probabilidad de desarrollar depresión y viceversa.⁶ La presencia de depresión en comorbilidad con otros padecimientos ensombrece el pronóstico de éstos y se asocia con una mayor mortalidad.

Los adultos mayores se enfrentan a retos físicos y mentales que deben ser reconocidos y abordados. Los problemas de salud mental son subidentificados por profesionales de la salud, por los adultos mayores y sus familiares, lo que, aunado al estigma propio de estos padecimientos, da como resultado la falta de la búsqueda de atención.

Hacer referencia a la salud mental de los adultos mayores es hablar de una población doblemente vulnerable y estigmatizada, primero por las implicaciones de pertenecer al grupo de adultos mayores y después por presentar además problemas de salud mental,

con todo lo que esto representa. Además, las enfermedades mentales y el envejecimiento son condiciones que suelen ser más frecuentes en la mujer, combinándose así una serie de características propias de varios grupos vulnerables reunidos en la misma persona.

En México, no obstante los esfuerzos para desarrollar programas o incorporar iniciativas en programas que ya operan, aún no es posible en general lograr la equidad en la atención de los grupos vulnerables, y menos aún en el terreno específico de la salud mental, la cual presenta aún mayores rezagos.

Una revisión de las acciones para subsanar las desigualdades en seguridad social y atención de la salud en la población en general y de los adultos mayores en particular hace evidente que los programas siguen planteados de manera vertical y que carecen de articulación entre ellos.²⁷

105

Recomendaciones

El desarrollo y distribución de servicios de salud mental para adultos mayores representa un reto inminente a la luz del enorme incremento del envejecimiento poblacional, cuyas necesidades sociales y asistenciales serán crecientes. La respuesta a las necesidades de salud mental del adulto mayor necesita estar integrada en todos los aspectos de la planeación del sistema de salud, políticas sociales y de salud, así como a la distribución del cuidado general de la salud, a todos sus niveles, con énfasis en el primer nivel de atención y en los programas de atención comunitaria.

Como se ha señalado, la relevancia de las enfermedades crónicas y los trastornos mentales también será cada vez mayor, por lo que es preciso reforzar y articular todos los recursos (humanos, físicos y económicos) del primer nivel de atención para tener en cuenta los problemas propios del envejecimiento, así como incluir en los programas de formación de recursos humanos del área de la salud temas relacionados con esta etapa de la vida en sus diferentes aspectos.²⁸

De tal manera que la educación, el primer nivel de atención y la atención comunitaria deben ser elementos protagonistas de los programas destinados a la atención de la salud mental del adulto mayor, sin dejar de lado acciones como el desarrollo de un sistema de cuidados a largo plazo y, desde luego, la prevención.

Las intervenciones en el ámbito social, como la creación de ambientes *amigables* físicos y sociales para las personas

mayores permitirían optimizar su capital social, redes de apoyo y funcionalidad, lo cual podría, a su vez, reducir el costo de la atención de los problemas de salud, así como promover su participación en programas vinculados a la atención de su salud y en las actividades, problemas y necesidades de su comunidad. A nivel social, también es importante romper los estereotipos, aprender y enseñar a la sociedad a integrar e incentivar la participación activa y visible de las personas mayores en nuestro medio.

El entramado de la identificación y la atención de problemas mentales no son ajenos a otras necesidades del grupo de personas mayores. De manera que es inaplazable fomentar la formalidad en el empleo, para promover las pensiones de retiro y las aportaciones voluntarias, de lo contrario no existirán fondos suficientes para la atención de todas las necesidades de este grupo de población.²⁹

Se ha documentado que en este grupo de edad hay una tendencia creciente a recibir más ayuda de la que brindan, a diferencia del resto de la población entre 18 a 69 años,³⁰ lo cual va perfilando un patrón de relación de dependencia que habría que tratar de modificar, sobre todo cuando dicho patrón no está condicionado por limitaciones reales, sino impuesto por aspectos de orden sociocultural.

El envejecimiento saludable empieza con la concepción y se define en forma longitudinal por medio de un comportamiento sano desde etapas tempranas de la vida. Cómo dormimos, qué comemos, cuánto nos movemos, cómo es nuestra actividad mental y social y a qué nos exponemos (alcohol, tabaco, etc.), junto con otros factores, determinarán en buena medida el cómo será nuestro envejecimiento. Este enfoque a lo largo de la vida enfatiza la importancia de la prevención. Se ha documentado que nunca es demasiado temprano ni demasiado tarde para empezar, pues aun cuando el escenario puede parecer adverso, por ejemplo el dejar el tabaco a los 60 años o más puede aún reducir hasta en 50% el riesgo de muerte prematura.^{31,32}

Sin duda, entre los principales obstáculos para la viabilidad de los programas está la falta de financiamiento, integración y equidad en el acceso a los servicios.

En el Cuadro 7.2, se presentan diez recomendaciones para la atención de la salud mental del adulto mayor, adaptadas a países de ingreso económico medio.³³ Tales recomendaciones podrían insertarse dentro de las cinco líneas estratégicas propuestas por el Plan de Acción en Envejecimiento y Salud (Cuadro 7.3).²⁸

Cuadro 7.2. Acciones necesarias para la asistencia de la salud mental.

Diez recomendaciones globales	Escenario: países de ingreso económico medio
1) Provisión de tratamiento en la asistencia primaria	Desarrollo de materiales informativos adecuados Promover la oferta de formación continua a los médicos de asistencia primaria (cobertura de 100% en 5 años)
2) Disponibilidad de los tratamientos apropiados	Disponibilidad de los fármacos esenciales en todos los contextos sanitarios Difusión y disponibilidad de intervenciones efectivas implementadas por los cuidadores
3) Asistencia en la comunidad	Inicio de proyectos piloto para la integración de los trastornos mentales en el ámbito de la salud en general Promoción de centros asistenciales comunitarios (cobertura de al menos 50% con equipos multidisciplinarios comunitarios, centros de día, centros de respiro y hospitalización para la valoración y el tratamiento en la fase aguda). Según las necesidades, fomento del desarrollo de residencias y asilos, incluyendo el establecimiento de un marco normativo legal para la formación y acreditación del personal sanitario
4) Educación de la sociedad	Uso de los medios de comunicación para potenciar la concientización acerca de la demencia y otros trastornos mentales, estimular las actitudes positivas y evitar la estigmatización.
5) Involucramiento de las comunidades, las familias y los individuos	Asegurar la representatividad de las comunidades, las familias y los pacientes en el desarrollo y la implementación de la normativa legal y de los servicios sociales y asistenciales
6) Establecimiento de políticas y programas nacionales	Implementación de iniciativas legislativas y asistenciales a nivel nacional, regional y local Establecimiento de presupuestos para programas de asistencia sanitaria y social dirigidos a los adultos mayores que sufren de enfermedades mentales. Incremento de los presupuestos destinados a la salud mental del adulto mayor
7) Desarrollo de los recursos humanos	Creación de una red nacional de centros de formación para médicos, psiquiatras, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales especialistas en salud mental y con conocimientos gerontológicos
8) Vinculación sectorial	Es indispensable la vinculación intersectorial
9) Control de la salud en la comunidad	Vigilancia e identificación temprana de trastornos mentales en la comunidad, promoción de la salud y prevención
10) Fomento de las investigaciones	Realización de estudios sobre la salud mental del adulto mayor y temas afines a diferentes niveles (básico, clínico evaluación de programas, etc.)

Fuente: Modificado del modelo para demencia de la Alzheimer's Disease International (ADI).³³

Cuadro 7.3. Plan de Acción en Envejecimiento y Salud.

108

Línea estratégica 1. Adecuar el Sistema Nacional de Salud a los retos asociados con el envejecimiento poblacional y las nuevas necesidades de atención de las personas mayores.	Un programa de salud del adulto mayor basado en la atención primaria con un enfoque de curso de vida y con intervenciones diferenciadas para adultos mayores sanos, frágiles y con dependencia funcional permitirá desarrollar adecuadamente la implementación de acciones desde etapas tempranas, lo que contribuirá a asegurar un envejecimiento saludable y activo.
Línea estratégica 2. Formar y capacitar a las personas necesarias para satisfacer las necesidades de atención de las personas mayores.	El sistema de salud ha de responder al reto de brindar atención a un usuario con características y necesidades particulares. Para ello los trabajadores del sector requieren de nuevas competencias que les permitan responder a las necesidades de atención de los diversos grupos de este sector de la población.
Línea estratégica 3. Perfeccionar la capacidad de generar la información necesaria para el desarrollo y evaluación de las acciones que mejoren la salud de la población mayor.	El envejecimiento exige eficiencia, efectividad y calidad a las instituciones, los sistemas y servicios de salud. Abordar este reto hace necesario que las instituciones académicas y de investigación asuman un papel activo en la producción de nuevos conocimientos y evidencias que informen las decisiones relacionadas con la salud de las personas mayores. Los mecanismos de información y sus productos permitirán el monitoreo, evaluación y supervisión, así como la adecuación de planes y estrategias.
Línea estratégica 4. Desarrollar mecanismos para la coordinación intersectorial que permita el uso eficiente de los recursos para la atención médico-social del adulto mayor.	Vincular los servicios médicos y los sociales (como lo hacen "Oportunidades" y el Seguro Popular).
Línea estratégica 5. La salud de las personas mayores en la política pública y su adecuación a los instrumentos internacionales.	En particular, el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, el marco político de la OMS sobre envejecimiento activo y el Plan de Acción sobre la Salud de las Personas Mayores, incluido el Envejecimiento Activo y Saludable de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Fuente: Tomado de: Gutiérrez-Robledo L, Caro E. Recomendaciones para la acción. Propuesta para un Plan de Acción en Envejecimiento y Salud.28

Con el objetivo de reducir la brecha en la atención de los problemas mentales, neurológicos y por adicciones, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado una guía como modelo de intervención dentro de su programa *Mental Health Gap Action Programme* (mhGAP, por sus siglas en inglés).

La guía mencionada provee recomendaciones para no especialistas, con base en la evidencia y desarrolladas en forma gradual, a las cuales se puede acceder mediante un vínculo vía Internet, para

siete padecimientos prioritarios (depresión, psicosis, epilepsia, demencia, alteraciones mentales en niños y adolescentes, uso de alcohol y suicidio.³⁴ Un aspecto muy importante de los trastornos mentales es que la mayoría de ellos pueden ser tratados con éxito, como la depresión, y en algunos casos pueden prevenirse, como la demencia. Recientemente se ha puesto en evidencia la prevención potencial de la enfermedad de Alzheimer (EA), cuya incidencia podría ser reducida en forma significativa si se mejora el acceso a la educación, se recurre al uso de métodos efectivos para reducir la prevalencia de factores de riesgo vascular (*v. gr.* inactividad física, tabaquismo, hipertensión, obesidad y diabetes) y si se combate la depresión.³⁵

Entre los principales retos que tenemos que resolver, para la atención adecuada de los adultos mayores, está el brindar acceso a un cuidado para la salud efectivo y apropiado para la edad, así como la atención a la dependencia y cuidados a largo plazo.³⁶

Para terminar, citaremos al doctor Hiroshi-Nakajima, quien ha expresado que: “El incremento de la longevidad sin calidad de vida, es un premio vacío. La expectativa de salud es más importante que la expectativa de vida”.³⁷

109

Bibliografía

1. WHO. 10 facts on ageing and the life course. World Health Organization; 2014; Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/>.
2. UN. World Population Prospects The 2012 Revision Vol. I: Comprehensive Tables ST/ESA/SER.A/336. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2013.
3. WHO. Noncommunicable disease and mental health. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action: global report. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2002.
4. UN. World Population Prospects The 2012 Revision Vol. II: Demographic Profiles ST/ESA/SER.A/345. New York: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2013.
5. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, Rahman A. No health without mental health. Lancet. 2007;370(9590):859-77.
6. WHO. Mental health and older adults Fact sheet #381. World Health Organization; 2013. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>.
7. ADI. World Alzheimer Report 2009. London, UK: Alzheimer's Disease International; 2009.

8. McCall WV, Kintziger KW. Late life depression: a global problem with few resources. *Psychiatr Clin North Am.* 2013 Dec;36(4):475-81.
9. Sousa RM, Ferri CP, Acosta D, Albanese E, Guerra M, Huang Y, et al. Contribution of chronic diseases to disability in elderly people in countries with low and middle incomes: a 10/66 Dementia Research Group population-based survey. *Lancet.* 2009 Nov 28;374(9704):1821-30.
10. Sousa RM, Ferri CP, Acosta D, Guerra M, Huang Y, Jacob K, et al. The contribution of chronic diseases to the prevalence of dependence among older people in Latin America, China and India: a 10/66 Dementia Research Group population-based survey. *BMC Geriatr.* 2010;10:53.
11. Ávila-Funes JA, Melano-Carranza E, Payette H, Amieva H. Síntomas depresivos como factor de riesgo de dependencia en adultos mayores. *Salud Pública Mex.* 2007;49:367-75.
12. Manrique-Espinoza B, Salinas-Rodríguez A, Moreno-Tamayo K, Acosta-Castillo I, Sosa-Ortiz A, Gutiérrez-Robledo L, et al. Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. *Salud Pública Mex.* 2013;55(supl 2):S323-31.
13. Mejía-Arangó S, Miguel-Jaimes A, Villa A, Ruiz-Arregui L, Gutiérrez-Robledo LM. Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *Salud Pública Mex.* 2007;49:s475-81.
14. Prince M, Ferri CP, Acosta D, Albanese E, Arizaga R, Dewey M, et al. The protocols for the 10/66 dementia research group population-based research programme. *BMC Public Health.* 2007;7:165.
15. Borges G, Acosta I, Sosa AL. Suicide ideation, dementia and mental disorders among a community sample of older people in Mexico. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2014 May 1.
16. Guerra M, Ferri CP, Sosa AL, Salas A, Gaona C, Gonzales V, et al. Late-life depression in Peru, Mexico and Venezuela: the 10/66 population-based study. *Br J Psychiatry.* 2009 Dec;195(6):510-5.
17. Llibre Rodriguez JJ, Ferri CP, Acosta D, Guerra M, Huang Y, Jacob KS, et al. Prevalence of dementia in Latin America, India, and China: a population-based cross-sectional survey. *Lancet.* 2008;372(9637):464-74.
18. Prina AM, Ferri CP, Guerra M, Brayne C, Prince M. Prevalence of anxiety and its correlates among older adults in Latin America, India and China: cross-cultural study. *Br J Psychiatry.* 2011 Dec;199(6):485-91.
19. Sosa AL, Albanese E, Stephan BC, Dewey M, Acosta D, Ferri CP, et al. Prevalence, distribution, and impact of mild cognitive impairment in Latin America, China, and India: a 10/66 population-based study. *PLoS Med.* 2012;9(2):e1001170.
20. Mejia-Arangó S, Gutierrez LM. Prevalence and incidence rates of dementia and cognitive impairment no dementia in the Mexican popu-

- lation: data from the Mexican Health and Aging Study. *J Aging Health.* 2011;23(7):1050-74.
21. Prince M, Acosta D, Ferri CP, Guerra M, Huang Y, Llibre Rodriguez JJ, et al. Dementia incidence and mortality in middle-income countries, and associations with indicators of cognitive reserve: a 10/66 Dementia Research Group population-based cohort study. *Lancet.* [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2012 Jul 7;380(9836):50-8.
22. Ham Chande R, Gutierrez Robledo LM. Salud y bienestar del adulto mayor en la ciudad de México. SABE 2000. Organización Panamericana de la Salud; 2005.
23. Velazquez-Brizuela IE, Ortiz GG, Ventura-Castro L, Arias-Merino ED, Pacheco-Moises FP, Macias-Islas MA. Prevalence of dementia, emotional state and physical performance among older adults in the metropolitan area of Guadalajara, Jalisco, Mexico. *Curr Gerontol Geriatr Res.* 2014;2014:387528.
24. Garcia-Pena C, Wagner FA, Sanchez-Garcia S, Juarez-Cedillo T, Espinel-Bermudez C, Garcia-Gonzalez JJ, et al. Depressive symptoms among older adults in Mexico City. *J Gen Intern Med.* 2008 Dec;23(12):1973-80.
25. Sánchez-García S, Gallegos-Carrillo K, Gallo JJ, Wagner FA. Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores de la ciudad de México. *Salud Mental.* 2012;35(1):71-7.
26. Bojorquez-Chapela I, Villalobos-Daniel VE, Manrique-Espinoza BS, Tellez-Rojo MM, Salinas-Rodríguez A. Depressive symptoms among poor older adults in Mexico: prevalence and associated factors. *Rev Panam Salud Pública.* 2009;26:70-7.
27. Gutiérrez-Robledo L. La Academia Nacional de Medicina, el envejecimiento y la salud de los mexicanos. En: Gutiérrez-Robledo L, Kershenobich D (ed). Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción. México: Academia Nacional de Medicina, Instituto de Geriatría y Universidad Nacional Autónoma de México; 2012.
28. Gutiérrez-Robledo L, Caro E. Recomendaciones para la acción. Propuesta para un Plan de Acción en envejecimiento y salud. En: Gutiérrez-Robledo L, Kershenobich D (ed). Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción. México: Academia Nacional de Medicina, Instituto de Geriatría y Universidad Nacional Autónoma de México; 2012.
29. Águila E, Díaz C, Manquing-Fu M, Kapteyn A, Pierson A. Envejecer en México: condiciones de vida y salud. En: Gutiérrez-Robledo L, Kershenobich D (ed). Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción. México: Academia Nacional de Medicina, Instituto de Geriatría y Universidad Nacional Autónoma de México; 2012.
30. Garay S, Montes de Oca V, Mancinas S. ¿Solidarios o dependientes? Una mirada a los apoyos otorgados y recibidos por parte de la población adulta mayor.

En: Gutiérrez-Robledo L, Kershenobich D (ed). Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción. México: Academia Nacional de Medicina, Instituto de Geriatría y Universidad Nacional Autónoma de México; 2012.

31. WHO. Mental health: strengthening our response Fact sheet #220. World Health Organization; 2013. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>.
32. ADI. World Alzheimer Report 2014, Dementia and risk reduction. London, UK: Alzheimer's Disease International; 2014.
33. Prince M, Livingston G, Katona C. Mental health care for the elderly in low-income countries: a health systems approach. *World Psychiatry*. 2007 Feb;6(1):5-13.
34. Dua T, Barbui C, Clark N, Fleischmann A, Poznyak V, van Ommeren M, et al. Evidence-based guidelines for mental, neurological, and substance use disorders in low-and middle-income countries: summary of WHO recommendations. *PLoS Med*. 2011 Nov;8(11):e1001122.
- 112** 35. Norton S, Matthews FE, Barnes DE, Yaffe K, Brayne C. Potential for primary prevention of Alzheimer's disease: an analysis of population-based data. *Lancet Neurol*. 2014 Aug;13(8):788-94.
36. Prince MJ, Wu F, Guo Y, Gutierrez Robledo LM, O'Donnell M, Sullivan R, et al. The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *Lancet*. 2014 Nov 6;pii:S0140-6736(14)61347-7.
37. WHO. World Health Report 1997. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1997.

POBLACIONES ESPECIALES Y SALUD MENTAL: ANÁLISIS DE TRES RETOS

III

LA ATENCIÓN A POBLACIONES INDÍGENAS

*Guillermina Natera Rey
Fransilvania Callejas*

8

Introducción

115

A pesar de que los trastornos mentales se encuentran entre las principales causas de años de vida perdidos por discapacidad, se destinan pocos recursos para su atención. La población indígena poco se favorece, pues 77% de las camas de psiquiatría está ubicado en las ciudades más grandes, esta situación produce desigualdad de acceso a los servicios de salud mental entre las llamadas minorías (lingüísticas, étnicas, religiosas) (Berenzon *et al.*, 2013).

Los pueblos indígenas figuran entre los grupos con mayores condiciones adversas y de vulnerabilidad. Constituyen 15% de los pobres del mundo, situación que se acentúa en los países de bajos ingresos. Aunque la inequidad que sufre la población indígena no es exclusiva de estas naciones, también en los países desarrollados los grupos indígenas presentan los peores indicadores en salud, menor esperanza de vida, rezago en educación, menor disponibilidad de servicios generales y de salud, etc. (ONU, 2009). En México, sus condiciones de vida no son muy diferentes de las del resto de las poblaciones en el mundo. Se estima que el tamaño de la población indígena mexicana, dependiendo de los indicadores que se elijan, oscila entre 6%, si se refiere sólo al uso de alguna lengua indígena, y 10%, si los sujetos se autonombran indígenas.

En relación con la salud mental, poco se sabe acerca de la prevalencia de trastornos mentales, las dimensiones y características de los malestares psicosociales de estas poblaciones. Algunas aproximaciones de la antropología médica exponen situaciones acerca del concepto de salud, pero aún falta información para comprenderlas y atenderlas mejor.

Entre otros, están los trabajos de Nazar y Zapata (2001), que entrevistaron a mujeres de Chiapas y encontraron que 6 de cada 10

presentaban sintomatología depresiva y de ellas, 1 de cada 5 manifestó tener deseos de quitarse la vida. Bautista (2009; 2012) en la región indígena del Valle del Mezquital documenta cómo coexisten los servicios de atención médica institucional y la medicina tradicional, aunque en el caso de la salud mental la población aun no se ha apropiado de los términos occidentales por lo que al ser diagnosticados con episodios depresivos, ansiedad, esquizofrenia, crisis convulsivas u otros trastornos, éstos, representan conceptos desconocidos que difícilmente pueden explicar. Y en algunos casos, como el de la esquizofrenia, también se han atendido desde la medicina tradicional o chamánica, pues para la población tiene una connotación diferente, en la que los síntomas se asocian con brujería o daños causados por envidia u otras circunstancias ajenas a la persona enferma.

116

Eroza y Álvarez (2008), por su parte, examinaron significados locales de dos categorías de padecimientos entre tzotziles y tzeltales, cuyos signos se aproximan a concepciones occidentales de desorden mental. Uno traducido por los nativos como ataques y otro como mareo o locura, asociados con el castigo divino y con la brujería, que tienen lugar en una compleja interacción espiritual. Al observar con mayor profundidad el contexto donde estos padecimientos ocurren, encontraron que las prácticas culturales de la población se asocian con malestares como tensión, principalmente entre las mujeres alrededor de prácticas como el intercambio matrimonial y la poligamia, mismos que la población no percibe como causa de sus malestares.

Un estudio realizado por Duncan (2012) menciona que la globalización ha impactado también en la forma de conceptualizar la salud mental en la población oaxaqueña, donde las prácticas de atención en ocasiones se van complementando. A pesar de la dificultad para apropiarse de nuevos conceptos sobre salud mental, parecería que su difusión en poblaciones indígenas ha contribuido a incorporarlos de manera gradual a la realidad cotidiana, como es el caso del estrés, trastorno, autoestima, etc. Que ha surgido en la población como un diagnóstico relacionado con procesos de migración y violencia política, aunque para ellos aún son conceptos desconocidos. En ese sentido Natera *et al.* (2012) han documentado que los conceptos empleados por la población indígena no siempre tienen el mismo significado que para la población urbana. No obstante, la superposición de las culturas ha hecho que se empiecen a nombrar conceptos como depresión, esquizofrenia, entre otros, sin

saber si son comprendidos de la misma manera como se entienden en la medicina occidental.

Duncan (2010) identificó que como consecuencia de la violencia social, la población indígena presenta malestares que nombra como “pensamientos preocupantes” ya sea por un “vacío en el pensamiento” o un “exceso de pensamientos” asociado con lo que localmente nombran como *lukuyasqa* (locura). Bautista (2009), por su parte, señala que “el susto”, “el mal de aire” y “el mal de nervios” son algunas expresiones que describen malestares físicos y emocionales de los indígenas. Salgado (1995) ha reportado también que los nervios son uno de los principales trastornos que reporta la población rural de Jalisco. En el caso de los *hñahñus* el significado de estos conceptos hace referencia a malestares que se sitúan en diferentes partes del cuerpo y se relacionan con la conciencia, el pensamiento, la sensación de vacío, *nervios* que pueden sentirse en el corazón, en el estómago y en la cabeza (Bautista, 2009).

La definición de la OMS sobre salud mental es difícil de lograr aun en aquellos que no manifiestan algún problema grave, es imposible que un ser humano tenga un completo estado de bienestar físico, mental y social; sin embargo, aunque utópica, sirve para *caminar hacia ella*. La OMS ha exhortado a los países a desarrollar estrategias de promoción, prevención y atención tendientes a alcanzar dicho precepto con la finalidad de que el individuo efectivamente logre ser consciente de sus propias capacidades, pueda afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar en forma productiva y fructífera y sea capaz de hacer una contribución a su comunidad. Sin embargo, es papel del Estado retribuir y contribuir de manera cabal propiciando en las comunidades indígenas una mejor calidad de vida, proporcionando mejores condiciones socioeconómicas para una subsistencia digna con equidad y sustentabilidad ecológica.

117

Acceso a los servicios de salud

Si bien son sólo los sistemas de salud los que deben responder de manera eficaz a las necesidades de salud mental de la población indígena, es importante fortalecerlos porque “sin salud mental no hay salud”, y en estas poblaciones es un problema poco atendido, como sucede con muchas otras problemáticas.

La evaluación sobre los servicios de atención a la salud mental IESM-OMS, indica que en muchas comunidades rurales y en pobla-

ciones minoritarias la consulta con el médico no es una práctica común y sólo se recurre a ellos, cuando el malestar persiste o se vuelve inmanejable. Por otro lado, los Centros de Atención Primaria para la Salud que no cuentan con por lo menos un médico, sólo entre 1 y 20% tiene protocolos de evaluación y tratamiento disponibles para condiciones clave y realizan al menos una referencia a un profesional de salud mental. Y en ese caso entre 21 y 50% de ellos reportó actividades en coordinación con terapeutas de las medicinas alternativas o tradicionales.

Adicionalmente, quienes no gozan de alguna prestación, como es el caso de la mayor parte de la población indígena, pagan por una dosis diaria de tratamiento antipsicótico 0.85 dólares, lo que representa 19% del salario mínimo diario en México. En el caso de los antidepresivos, el costo de la dosis diaria es de 0.17 dólares y representa 4% del salario mínimo (Berenzon *et al.*, 2013).

A pesar de los intentos por revertir las condiciones de pobreza e incidir en aspectos como la salud y la educación con el Programa de Transferencias Condicionadas (Progresa-Oportunidades-Prospéra), todavía hay población indígena en las peores condiciones económicas que no forma parte de la población atendida, y algunas de las estrategias del programa rompen con los esquemas de vida de las comunidades y les genera otros conflictos (González y Escobar, 2012).

Para las comunidades indígenas, el desafío para un servicio de salud justo y equitativo va más allá de la distribución de los recursos en el sistema de salud, “el acceso representa mucho más que la disponibilidad de servicios”. El acceso se ve mediado por diversos factores, entre ellos, por el lugar donde están ubicados, la cultura de los médicos, del personal de salud, el contexto social, las creencias de los propios pacientes, las creencias y prejuicios de los profesionales de la salud (Natera 2011).

En relación con la práctica médica, los métodos occidentales dominantes aún no han podido incorporar estrategias de atención que involucren los saberes locales e identificar formas de describir y atender los padecimientos mentales y emocionales. Más se han habituado o adaptado las poblaciones indígenas a las recomendaciones médicas, olvidando sus tradiciones como una forma de ingreso a “la modernidad”. Además es posible que algunos médicos sobrevaloren las carencias y el sufrimiento de la población pobre medicándolos por angustia y estrés en forma indiscriminada; otros, en cambio, podrían identificar el estrés y la angustia como un resul-

tado normal de su condición de vida y no atenderlos (Kuruvilla *et al.*, 2007).

Ante estos desaciertos Lerín y Ríos (2007) proponen capacitar al personal de salud con un enfoque intercultural que permita atender la salud mental, y concretamente el alcoholismo, considerando cuestiones culturales y sociales de la población con el fin de disminuir la distancia entre los servicios de atención y la población indígena.

La interculturalidad

La cultura es un factor importante en la dificultad para dar y recibir atención médica en salud mental a la población indígena. El concepto de salud-enfermedad en culturas indígenas integra otros elementos como mantener el equilibrio con la naturaleza, las deidades, los ancestros y otras cuestiones espirituales. Las comunidades indígenas tienen formas muy variadas de atención que van desde el uso de tés o baños, hasta rituales religiosos o chamánicos cuando se considera que el problema es producto de embrujos (Bautista, 2009). Al no tener ubicados los problemas mentales en un órgano físicamente, piensan que no pueden ser atendidos y no asisten al médico o, en el peor de los casos, suponen que no existe cura (Natera *et al.*, 2012), se ubican en el terreno de las creencias asociadas con los orígenes de los padecimientos emocionales y/o mentales, recurren a diferentes opciones de atención propias de su conocimiento que les han sido eficaces y eficientes. La forma de conceptualizar los malestares y la forma de atenderlos tienen un peso relevante el lenguaje.

La medicina tradicional debe respetarse porque ha sido útil para los indígenas por mucho tiempo y ha estado más disponible para ellos. Sin embargo, facilitarles opciones de atención a la salud mental desde la medicina occidental debe ser también una alternativa, ya que se ha documentado que las poblaciones pobres o que están expuestas a situaciones de tensión, estrés y angustia constantes como la violencia, las carencias económicas y otros problemas corren un mayor riesgo de padecer trastornos psiquiátricos (Lund *et al.*, 2010; Patel and Kleinman, 2010; Pedersen, 2010).

Problemas muchas veces invisibles para ellos y para personas externas como la depresión de las mujeres no es un proceso visible ni siquiera para ellas mismas, quienes consideran este padecimiento como un malestar indefinido que de tan frecuente, dicen Nazar y Za-

pata (2011), parece ser una condición natural. Algo semejante sucede con la aceptación de la violencia, el estrés, el sufrimiento emocional, ocasionado por el consumo exagerado de alcohol, es tan esperado que ni merece mencionarlo pues lo consideran común o porque sienten que nada pueden hacer, sino tolerar esta conducta. Algunos estudios (Pozas, 1991; Menéndez, 1987; Eber, 1995; Finkler, 1997; Natera, 1988;) proporcionan una serie de reflexiones sobre el consumo de alcohol como detonante de la violencia en comunidades rurales. En estas poblaciones las mujeres experimentan malestares físicos (dolor de cabeza y espalda e ira) que no son identificados como efecto del maltrato infantil ni de la violencia doméstica y reconocen como malestares que no son fáciles de curar con cualquier medicación.

Desde esta perspectiva, la salud mental global se ha planteado identificar causas, factores de riesgo y de protección, incluido el análisis del efecto de la pobreza y la violencia en la salud mental, avanzar en la prevención e instrumentación de intervenciones tempranas, ampliar el acceso a los tratamientos disponibles y fortalecerlos, tener claridad sobre el peso global de las enfermedades mentales, contar con recursos humanos capacitados, así como transformar los sistemas y políticas de salud (OMS, 2013).

El uso nocivo del alcohol, su relación con la violencia y género

En las comunidades indígenas, muy ligado a los problemas que afectan la salud mental está el consumo excesivo de alcohol y sus consecuencias, que se ha asociado con más de 60 patologías. Se ha documentado su relación con la violencia, lesiones intencionales y no intencionales, su asociación con trastornos a las familias, a la vida comunitaria y a la magra economía que padecen.

La *Encuesta Nacional de Adicciones* (2002) reporta una dependencia al consumo del alcohol más elevada en comunidades rurales e indígenas (10.5%) que en las urbanas (9.3%). Para 2011 (ENA, 2011) los datos no han variado mucho, el consumo diario y la dependencia al alcohol en población indígena masculina son más altos (1.7-10.2%) que en los no indígenas (1.4-9.7%) y también lo son sus consecuencias en el entorno social y de salud. En Oaxaca, el consumo de alcohol se encuentra entre las principales causas de muerte entre los indígenas mayores de 25 años (10.89% en indíge-

nas de entre 25 y 44 años de edad, 13.63% en indígenas de 45 a 64 años y 4.86% en mayores de 65 años *versus* 6.43, 9.26 y 3.19% en población no indígena) (SS, 2012). En la región indígena del estado de Hidalgo, las consecuencias del consumo de alcohol han sido preocupantes, con una tasa de mortalidad por cirrosis hepática de 40.2 por cada 100 000 habitantes y se ubica en primer lugar del país, que en promedio tiene una tasa de 26.3 habitantes por cada 100 000 (Narro Robles, 1999).

Por otro lado, 21.2% de las mujeres que reportó un consumo ocasional de su pareja expresó haber sufrido violencia, mientras que 58.7% de aquellas cuya pareja consume todos o casi todos los días informó haber sido víctima de violencia. En 42.7% de los casos, las agresiones ocurrieron cuando la pareja se encontraba bajo los efectos del alcohol (Montes y Santiago, 2008). Por su parte, la encuesta a nivel nacional (ENA 2011) indica que entre la población hablante de lengua indígena de zonas rurales cuya pareja consume o consumía alcohol 7.4% sufrió algún tipo de violencia alguna vez en la vida, 7.1% sufrió violencia física o verbal y 0.6% sufrió amenazas de muerte o intento de suicidio. Estas cifras son inferiores a las de la población no indígena que habita en zonas urbanas (7.8, 7.0 y 1.2%).

Disponibilidad de alcohol

Berruecos (2002) ha documentado la gran disponibilidad de alcohol, sobre todo cerveza, en zonas rurales e indígenas. En Juchitán (Lerín, 2005), Lerín revela que los depósitos de cerveza han aumentado con rapidez y sólo un porcentaje mínimo está registrado. El incremento de tabernas y cantinas ha ocasionado que en los últimos 10 años haya también un aumento en los problemas de salud y mortalidad asociados con el consumo de alcohol, los cuales se agravan por los escasos servicios de salud y el bajo porcentaje de asegurados.

La aceptación cultural de la violencia y del consumo de alcohol hace que ambos fenómenos sean minimizados o vueltos invisibles. Se utilizan como excusa para disminuir la responsabilidad, tanto de parte de la víctima como del victimario.

Se sabe que la mujer por lo general no participa del consumo, y más bien interviene como “controladora informal” de la ingesta del hombre, lo que se convierte en una fuente de conflicto y tensión entre géneros (Natera, 1987). Natera *et al.* (2011) y Tiburcio (2009) han documentado ampliamente cómo las discusiones continuas, los senti-

mientos de preocupación, impotencia, incertidumbre, depresión y un estado general de malestar, tensión, angustia, estrés y desesperanza se presentan en los familiares al vivir de manera continua este tipo de problemática. Es un aspecto relevante de las mujeres el no saber qué hacer frente a las consecuencias que el consumo excesivo de alcohol tiene en la salud, economía familiar y la violencia intrafamiliar.

El consumo de alcohol es una costumbre arraigada en la comunidad que proporciona identidad y solidaridad de grupo sobre todo entre los hombres (Natera *et al.*, 2007; Tiburcio, 2009). Su consumo está, en muchas ocasiones, ligado al sector laboral, en especial en las actividades agrícolas y de la construcción. La fuerte influencia patriarcal limita a las mujeres para solicitar apoyo psicológico ante un problema eminentemente masculino, como lo es el abuso en el consumo de alcohol.

122

“Pues sí, me desespero, a veces pienso: ¿por qué me tocó vivir así? [...] él llega borracho, me empieza a gritar, no digo nada, sólo me quedo pensando y después lloro y lloro y se me van las ganas de comer y no me dan ganas de salir ni de platicar con nadie”. (Esposa, 52 años)

Ante múltiples testimonios semejantes, se ofreció una intervención breve que demostró ser costo-efectiva y aceptada por la comunidad porque se adaptó a su percepción cultural, les permitió centrarse más en sus necesidades personales y buscar alternativas más beneficas para ellas y el resto de la familia:

“Ahora sí siento que puedo, me di ese valor y me siento feliz, paso tiempo con mis hijos y nos reímos, porque antes no, yo sólo me sentía triste.”
(Esposa, 41 años)

Los trastornos del ánimo por lo general pasan desapercibidos, los estados prolongados de tristeza son considerados como algo “natural” o como algo “irremediable” ante la falta de apoyo social:

“Qué puede uno hacer [violencia y consumo de alcohol del esposo], así nos tocó vivir y que Dios nos bendiga.”
(Esposa, 42 años) (Natera, 2012)

Accesibilidad a centros de salud

La pobreza es una limitante más para solicitar ayuda por las difíciles condiciones geográficas, los escasos y elevados costos de transporte. Hay comunidades donde el centro de salud más cercano se

encuentra a poco más de una hora a pie. Se le da prioridad a ocupar el tiempo y los escasos recursos económicos a satisfacer las necesidades básicas, de modo que la salud mental se relega, hasta que impida realizar alguna actividad cotidiana.

Consideraciones para las políticas públicas

- Las comunidades indígenas son las que padecen mayor inequidad, tienen un *déficit* en todos los servicios y en la satisfacción de sus necesidades básicas, atender la salud mental es un reto impostergable
- Es necesario contar con datos acerca de la magnitud de la problemática sobre la salud mental de los pueblos indígenas, la depresión y los sentimientos de tristeza son los más mencionados e identificados, pero también existen trastornos graves y tardan en reconocerse. Conocer el significado de la problemática de salud mental es un imperativo, facilitaría su atención
- Las intervenciones breves en salud mental son muy benéficas sobre todo adaptándose a su cultura. No es una actividad fácil, hay una gran cantidad de elementos culturales que se ponen en juego
- La salud mental no es considerada como una necesidad básica y asistir con un especialista resulta un suceso extraordinario. Esto, sumado a las dinámicas de control patriarcal que predominan en las regiones, propicia que las mujeres no acudan a solicitar ayuda, porque pedir apoyo psicológico implica “ventilar” problemas de la pareja o familiares (violencia, alcoholismo, etc.). Los hombres, aunque tal vez lo requieren más, asisten menos
- Tener acceso a los servicios de salud mental desde el primer nivel de atención que esté más cercano a sus hogares es un imperativo
- Desarrollo de métodos adecuados para evaluar su salud mental, identificar síntomas, formas de atención, estrategias e instrumentos dedicados a calcular la prevalencia de sus malestares, descubrir su cultura
- Recíprocidad en el intercambio de saberes, recursos de salud occidentales y tradicionales. Evitar imponer sistemas, conocimientos y una concepción particular del mundo a los pueblos indígenas y en lugar de ello buscar la complementariedad, promover el reconocimiento semejanzas y diferencias, de la medicina tanto tradicional como occidental. Se pueden conjugar la cura del curandero, la medicina tradicional, la medicina moderna y el personal de salud institucional

- La población indígena no prioriza sus necesidades del mismo modo y por ello las alternativas de atención deben responder a sus criterios, valores y normas. Lo que otros autores han denominado dar respuesta a “síndromes de filiación cultural”
- Capacitar y modificar las relaciones entre pacientes y los médicos recién egresados de las facultades que por lo general son los que atienden estas poblaciones, se requiere tener empatía y apertura a las tradiciones ajena a la cultura occidental
- Es un imperativo tener una epidemiología social por género y grupos etarios, los niños ha sido un grupo olvidado

124

Bibliografía

1. Bautista N. La experiencia del padecimiento y trastornos mentales en pobladores del Valle del Mezquital, Hidalgo. Tesis de maestría. México: Universidad Autónoma Metropolitana; 2014.
2. Berenzon Gorn S, Saavedra Solano N, Medina-Mora Icaza ME, Aparicio Basaurí V, Galván Reyes J. Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? Rev Panam Salud Pública. 2013;33(4):252-8.
3. Berruecos L. Variables culturales que inciden en el consumo de alcohol y el alcoholismo: el caso del compadrazgo. Veredas. 2012;4-5:57-72.
4. Duncan P, Kienzler H, Gamarra J. Llaki and Ñakary: idioms of distress and suffering among the highland Quechua in the peruvian Andes. Cult Med Psychiatry. 2010;34:279-300.
5. Duncan W. The culture of mental health in a changing Oaxaca. UUEE: UC San Diego Electronic Theses and Dissertations; 2012. Permalink: <https://escholarship.org/uc/item/owj4w34j>
6. Eber C. Women and alcohol in a highland Maya town. Water of Hope, Water of Sorrow. Austin: University of Texas Press; 1995.
7. Eroza E, Álvarez G. Narrativas del padecimiento “mental”: arenas de debate en torno a prácticas sociales y a los valores que las sustentan entre los mayas tzotziles y tzeltales del sur de México. Rev Antropología Social. 2008;17: 377-410.
8. Finkler K. Gender, domestic violence and sickness in Mexico. Soc Sci Med. 1997;45(8):1147-60.
9. González M, Escobar A. Transparencia y acceso efectivo a programas sociales en México, Acceso a la información, servicios y apoyos en zonas de atención prioritaria: Michoacán. México: CIESAS; 2012.

10. IESM-OMS. Informe sobre sistema de salud mental en México. Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud. México: OMS, OPS, SS; 2011.
11. Kuruvilla A, Jacob KS. Poverty, social stress & mental health. Indian J Med Res. 2007;126(4):273.
12. Lerín S, Ríos E. Salud mental y alcoholismo: un tema intercultural olvidado. Propuesta de capacitación para el personal de salud que atiende a población indígena. Estudios de Antropología Biológica. 2007;13(2).
13. Lerin S. Alcoholismo, alcoholización y consumo de alcohol: un problema de salud en contexto intercultural. En: Retos para la atención del alcoholismo en pueblos indígenas. CONADIC, SS, México; 2005.
14. Lund C, Breen A, Flisher AJ, et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: a systematic review. Soc Sci Med. 2010;71:517-28.
15. Medina-Mora ME, Villatoro-Velázquez JA, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, et al., Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol. México DF: INPRFM; 2012. Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx
16. Menéndez EL. Alcoholismo II. La alcoholización, un proceso olvidado. Patología, integración funcional o representación cultural. México: CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata; 1987;150.
17. Montes SG, Santiago RV. Violencia hacia las mujeres en ocho regiones indígenas de México: notas metodológicas en torno a la Encuesta Nacional sobre Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas (ENSADEMI), 2007. Estudios Sociológicos. 2008;435-50.
18. Naciones Unidas. State of the world's indigenous peoples. New York: United Nations; 2009.
19. Narro Robles JR, Gutiérrez-Avila H, Borges G. Cirrosis hepática. Diez problemas relevantes de salud pública en México. México: Fondo de Cultura Económica; 1999:93-115.
20. Natera G, Medina P, Callejas F, Juárez F, et al. Efectos de una intervención a familiares de consumidores de alcohol en una región indígena de México. Salud Mental. 2011;34:195-201.
21. Natera G, Tiburcio M, García E, Valeriano Y, et al. Una visión antropológica de los desafíos para un programa de intervención relacionado con el consumo de alcohol en una comunidad indígena. Antropología física y salud en sociedad. Viejas tradiciones y nuevos retos. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia-ENAH; 2007: pp. 329-48.
22. Natera G. El consumo de alcohol en zonas rurales de México. Salud Mental. 1987;10(4):59-66.

23. Natera Rey G, Callejas Pérez F, Barker S, Little TV, Medina Aguilar P. Pa'qué sirvo yo, mejor me muero: Hacia la construcción de la percepción de sintomatología depresiva en una comunidad indígena. *Salud Mental*; 2012;35(1):63-70.
24. Nazar A, Zapata E. Pobreza y salud: los retos de la investigación en Chiapas. *Género, pobreza y salud mental*; 2001. Disponible en: <http://revistas.ecosur.mx/filesco/279.pdf>. consultado el 15 de octubre de 2014.
25. OMS. Plan de acción sobre Salud Mental Global, 2013-2020, Ginebra.
26. Patel V, Kleinman A. Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bull World Health Organ*. 2003;81:609-15.
27. Pozas R. El alcoholismo y la organización social. En: Menéndez E (ed). *Antropología del Alcoholismo en México. Los límites culturales de la economía política 1930-1979*. México: CIESAS; 1991.
28. Salgado de Snyder N, De Jesús Díaz M, Maldonado M. Los nervios de las mujeres mexicanas de origen rural como motivo para buscar ayuda. *Salud Mental*. 1995;18(1):50-5.
29. Secretaría de Salud (SSA). Diagnóstico situacional 2001. Juchitán, Oaxaca: SSA-Hospital General Dr. Macedonio Benítez Fuentes; 2001.
30. Secretaría de Salud. Consejo Nacional Contra las Adicciones. Encuesta Nacional de Adicciones 2002. Tabaco, alcohol, y otras drogas: resumen ejecutivo. México: Secretaría de Salud CONADIC.
31. Secretaría de Salud. Recomendaciones con enfoque intercultural para la prevención del consumo de alcohol y alcoholismo en comunidades indígenas. Comisión Nacional contra las Adicciones. México: CONADIC, CENADIC, INPRFM, Nueva vida, AA; 2012.
32. Tiburcio M. Adaptación de un modelo de intervención para familiares de usuarios de alcohol en una comunidad indígena. Tesis doctorado. México: Facultad de Psicología Universidad Nacional Autónoma de México; 2009.

LOS PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y LAS TRABAJADORAS SEXUALES

*Eva Ma. Rodríguez, Patricia Fuentes de Iturbe,
Leticia Vega, Rafael Gutiérrez*

9

127

Introducción

En el presente capítulo se abordan los problemas de salud de mental, que suelen hacerse “invisibles”, en un grupo de mujeres en condición de vulnerabilidad, en concreto el caso de las trabajadoras sexuales.

En México y en América Latina, la investigación sobre el trabajo sexual, la explotación sexual y la trata de personas empezó abordando principalmente aspectos médicos como las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).¹ El trabajo sexual por sí mismo puede tener repercusiones importantes en la salud física y mental de quienes lo ejercen, dadas las múltiples situaciones que de manera cotidiana colocan a las trabajadoras sexuales en condiciones de vulnerabilidad.²

En la literatura internacional los problemas relacionados con las trabajadoras sexuales se han enfocado desde la salud pública abordando los riesgos del ejercicio de la sexualidad asociados con las ITS y el VIH/sida.³ En este rubro se observa que las trabajadoras sexuales tienen 13.5 veces más probabilidades de vivir con VIH que otras mujeres.⁴ Sin embargo, son escasos los estudios que se ocupan tanto de la salud mental de esta población, como del contexto y las condiciones donde se ejerce su actividad.¹

Conceptos

Para abordar este problema es importante definir que el trabajo sexual es aquel que “realizan adultos y jóvenes mayores de 18 años, que consienten recibir dinero o bienes a cambio de servicios sexuales, ya sea de forma periódica o esporádica.”⁵

Las y los trabajadores sexuales incluyen mujeres, varones, transexuales adultos y jóvenes que reciben dinero o bienes a cambio de sus servicios sexuales, ya sea de forma regular u ocasional y que pueden definir o no de manera consciente estas actividades como generadoras de ingresos.⁵

En la práctica, el trabajo sexual se realiza tanto de manera formal en establecimientos (bares, *table dance*, centros nocturnos, salones de masaje, etc.) y es mediado por controladores –proxenetas o lenones–, quienes actúan como intermediarios entre las trabajadoras sexuales y los clientes, de modo informal, y ejercen su intervención en la calle, donde cada espacio tiene sus propias reglas y condiciones de trabajo.⁵

Los proxenetas se encargan de proveer servicios de protección a las mujeres que trabajan en la prostitución, les cobran por sus servicios y por lo general utilizan la violencia, el engaño, la intimidación o el uso de drogas, aprovechando situaciones de vulnerabilidad de las personas prostituídas para explotarlas sexualmente. También se les conoce como “enganchadores”, “controladores”, etc.⁴

El problema y su atención

En la sociedad existen grupos que por sus características propias de edad, sexo, estado civil, nivel educativo, origen étnico, condición física y/o mental, están en situaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad y en las que sus derechos son violentados.⁶

La Comisión Nacional de Derechos Humanos señala que la *vulnerabilidad* se refiere a la condición de una mayor indefensión en la que se puede encontrar una persona, grupo o comunidad, y que las personas pueden ser vulnerables porque no cuentan con los recursos necesarios para satisfacer las necesidades básicas del ser humano, como alimentación, vivienda, servicios de salud y agua potable, desempleo, falta de igualdad de oportunidades y conductas discriminatorias de los distintos sectores de la sociedad.⁶

Las personas o grupos que sufren de inseguridad y riesgos en cualquier aspecto de su desarrollo como personas y como ciudadanos se encuentran en una situación de desventaja con respecto al reconocimiento, goce y ejercicio de sus derechos y libertades fundamentales. Este es el caso de las trabajadoras sexuales para quienes el acceso a recursos económicos, laborales culturales y sociales se ve reducido al formar parte de la economía informal y mientras no

haya un cambio de actitudes con respecto a la percepción que se tiene de las mujeres que realizan trabajo sexual y persista el discurso que las construye como “desechables,” es posible que continúe su situación de minoría sexual vulnerable, al ser criminalizadas por su sola actividad y por ser vistas como ciudadanas de segunda.^{2,7}

El trabajo sexual se considera una actividad polémica, rodeada de muchos tabúes, sometida a una gran estigmatización y valoración negativa en la sociedad y puede tener repercusiones importantes en la salud física y mental de quienes lo ejercen, dadas las múltiples situaciones que cotidianamente colocan a las trabajadoras sexuales en condiciones de vulnerabilidad por motivos tales como: la pobreza, el trabajo infantil, la huida del hogar a edades tempranas, la violencia y el maltrato familiar, el abuso/violación sexual, el asumir responsabilidades que rebasan sus capacidades –desde muy pequeñas estar al cuidado de los hermanos–, proceder de familias numerosas y tener pocas posibilidades de acceso a la educación.⁸

Estas circunstancias, aunadas al contexto en el que ejercen su actividad, incrementan la violencia que han sufrido desde la infancia, lo que repercute sensiblemente en su salud mental y las lleva a presentar periodos de depresión, desarrollar estrés postraumático^{8,9} y tener prácticas sexuales de riesgo (embarazos no deseados, ITS y VIH/sida). En este capítulo se presentarán resultados de investigación sobre estas dos problemáticas de salud mental.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁰ señala que la depresión afecta a más de 350 millones de personas en el mundo y se asocia con una elevada morbilidad por suicidio.¹¹ La depresión y la problemática suicida se encuentran entre los principales problemas de salud mental pública que enfrentan los mexicanos.¹² En la *Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica* (ENEP), que se realiza con población general entre los 18 y 65 años de edad, se encontró una prevalencia de problemas depresivos alguna vez en la vida de 4.8%; 2.6% en hombres y 6.8% en mujeres.¹³ Por otro lado, se sabe que en 2.0% de la población, estos problemas se inician durante la infancia o la adolescencia, que no reciben tratamiento y que están relacionados de manera directa con la problemática suicida.¹⁴

La ENEP reporta que 68% de la población ha estado expuesta al menos a un suceso estresante en su vida. La exposición varía por sexo (violación, acoso y abuso sexual son más frecuentes en mujeres; los accidentes y robos son más frecuentes entre población masculina) y por edad (niños, adolescentes, mujeres adultas jóve-

nes y población geriátrica); 2.3% de las mujeres y 0.49% de los varones presentaron un trastorno de estrés postraumático.¹³

Las mujeres que ejercen el trabajo sexual tienen un riesgo mayor de sufrir asaltos, violación y otras formas de violencia física.^{14,15} Además, sus actividades están enclavadas en los mismos espacios donde ocurre la violencia callejera y otras modalidades delictivas,¹⁴ lo que lleva a considerar que estas mujeres viven un ciclo de violencia difícil que inicia desde la infancia.¹⁶ Esta violencia ha sido atribuida también a la inequidad de género y la discriminación contra las mujeres, así como a los intentos de muchos hombres para ejercer control sexual sobre ellas.¹⁴

En este contexto, el objetivo de este capítulo es visibilizar qué problemas de salud mental presentan las trabajadoras sexuales en el ejercicio de su actividad y cómo éstos se relacionan con la violencia y el consumo de alcohol y drogas; con el propósito de formular algunas propuestas para las políticas públicas relacionadas con las necesidades de salud mental de esta población.

A continuación se presentan algunos resultados de una investigación realizada con trabajadoras sexuales en Tula, Hidalgo. Se trató de un estudio de campo, no experimental, descriptivo, con una muestra no probabilística de 103 trabajadoras sexuales seleccionadas por conveniencia. Se utilizó un instrumento diseñado *ex profeso*, consistente en una entrevista semiestructurada. El proyecto del que se deriva la información fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Perfil sociodemográfico

La edad de las participantes fluctuó entre 18 y 47 años. La mayoría de las participantes (67%) era de distintas entidades del país, 31% de la ciudad de México y 2% lo constituyeron extranjeras. Cerca de 70% de la muestra tenía estudios de secundaria o menos. Casi la mitad de las mujeres era casada y la mayoría tenía entre 1 y 5 años de ejercer el trabajo sexual. Casi 80% de ellas reportó un consumo elevado de alcohol y la mitad ejercía el trabajo sexual sólo en bares.

Trabajo sexual y depresión

Los síntomas sobre depresión encontrados en este grupo de mujeres en las últimas dos semanas fueron los siguientes: 43.7% no refirió síntomas depresivos; el resto, 56.3%, presentó síntomas

depresivos; 16.5% tuvo síntomas en las últimas dos semanas, y 39.8% cumplió criterios diagnósticos para un episodio depresivo mayor. De las que cumplieron los criterios para el diagnóstico de episodio depresivo mayor (39.8%), 62.5% tenía riesgo de suicidio alto; 32.5%, leve, y 5% moderado. De aquellas que tuvieron diagnóstico de episodio depresivo mayor ($n = 41$) en las últimas dos semanas, 85.4% se encontraban cursando un episodio recurrente y sólo 14.6% tenía sólo un episodio actual.

Con respecto a los síntomas depresivos y el tiempo de ejercer la prostitución, los datos muestran que 51.2% presentaba episodio depresivo mayor cuando había ejercido la prostitución entre 1 y 5 años, y 41.5% mostraba un episodio depresivo mayor cuando habían estado involucradas en esta actividad por más de 5 años.

Esto implica que al menos tres cuartas partes de las trabajadoras sexuales de la muestra presentaron episodios depresivos entre los primeros 5 a 10 años de inicio de la actividad. Esto podría relacionarse con la dificultad para adaptarse a un ambiente en condiciones adversas, en el que desaparecen sus pocas redes de apoyo, donde prevalece el aislamiento social, relacional y afectivo y donde persisten las condiciones de pobreza, humillación y devaluación tanto de sí mismas, como de otros hacia ellas. Por otro lado, la mayoría de las veces están inmersas en espacios en los que deben acceder a todo tipo de prácticas exigidas por los clientes bajo coerción. Para que podamos considerar que una trabajadora sexual está deprimida tiene que presentar la mayoría de estos cambios y mantenerse por un periodo largo.

Estrés postraumático

Las trabajadoras sexuales están sometidas a situaciones amenazantes, tales como: el miedo constante a ser detenidas, la violencia de los clientes, policías y pareja, así como la inseguridad de los lugares. Estas situaciones estresantes prolongadas les generan también estrés crónico que les causa efectos graves en su salud mental.

La exposición a eventos traumáticos en el contexto laboral está asociada con problemas psicológicos, como el trastorno por estrés postraumático (TEPT). Dado el riesgo de exponerse a experiencias traumáticas relacionadas con la violencia que viven durante su actividad, las trabajadoras sexuales que se encuentran en la calle experimentan con mayor frecuencia problemas psicológicos, además del estigma que sufren por las condiciones de su trabajo.

Aunque no todas las exposiciones a eventos traumáticos derivan en un TEPT, sí existen muchos riesgos asociados que aumentan el riesgo de desarrollarlo. En la muestra se encontró que 44.7% de las mujeres encuestadas había experimentado por lo menos un evento traumático propio o de otras personas y 13.6% cumplía con los criterios diagnósticos de la CIE-10 para el TEPT. Estos eventos traumáticos están asociados con el número de clientes que cada una haya tenido a lo largo de su vida y con la violencia que han tenido que soportar por parte de los clientes o de los propietarios de los lugares donde ejercen el trabajo sexual y los proxenetas.

Con respecto a la duración de los síntomas, se encontró que 11.7% fue de menos de tres meses y 14.6% de tres meses o más, esto es importante, ya que este grupo de mujeres presenta estrés crónico, y si se compara este resultado con la prevalencia mundial anual de 8% en adultos de la población general y con la prevalencia mexicana en mujeres de 2.3%, es evidente que este grupo sufre más TEPT que otras poblaciones.¹⁷

Estos datos coinciden con los reportados en otros estudios de países desarrollados con respecto a la vulnerabilidad y riesgos para la salud mental en el que se encuentran las trabajadoras sexuales.

Violencia en el trabajo sexual y consumo de sustancias

En esta sección se abordan experiencias de violencia en el trabajo sexual y el consumo de sustancias. De las 103 entrevistadas, la mitad ha sufrido experiencias violentas en el trabajo (52.4%), entre las que predominan las de tipo físico (95.8%), y en menor proporción las de tipo emocional y sexual (54.5 y 56.0%, respectivamente).

Las personas involucradas en estos episodios fueron sobre todo compañeras de trabajo (97.9%), seguidas de clientes (77.2%), aunque también se reporta a propietarios o empleados de bares (30.2%) y a la policía (25.5%). Los pensamientos que las mujeres tuvieron después de un episodio violento fueron: “no se lo merecían” (13.7%); “los clientes eran unos pendejos” (20.5%); de desesperanza (12.1%); de arrepentimiento por no haber hecho algo para impedirlo (10.6%) y dejar la prostitución (10.6%). Pareciera que en estas mujeres los pensamientos muestran una “desesperanza aprendida”, ya que cuando son violentadas, si bien por una parte tienen emociones que les generan dolor y miedo, por otra parte, tienen ideas de hacer algo como desquitarse o dejar la prostitución, pareciera que normalizan las experiencias violentas.

Con respecto a los sentimientos asociados con el episodio violento, las mujeres reportaron coraje, enojo y odio (41.6%), seguidos por miedo (17.9%), impotencia, frustración (14.3%), desesperación (6.0%) y tristeza (4.8%), lo que da cuenta del impacto emocional que tienen dichos episodios.

En relación con el uso de sustancias, 98% de las trabajadoras sexuales reportó haber consumido alcohol en el último mes; 23.3%, cocaína, y 11.7%, marihuana. Cabe señalar que 40% fuma tabaco.

Con exactitud, 47.8% de las mujeres señaló consumir alcohol para ser sociables, 42% para enfrentar las tensiones; 39% mencionó que beber es parte del negocio porque necesitan ganar más; 37% lo hizo para sentir confianza con los hombres; 30.1%, por una necesidad emocional, y 16.8%, para “aguantar a los clientes borrachos”.

Este consumo puede ser promovido por su alta disponibilidad y la fuerte presión que ejercen tanto clientes, como los propietarios de los bares como parte de su trabajo.

Recomendaciones

Estos datos son relevantes, ya que existen pocos estudios en nuestro país que aborden las condiciones de vida y los problemas de salud mental que experimentan las trabajadoras sexuales. Además, se trata de información que podría ser considerada por los servicios de salud a los que acuden estas mujeres. En resumen, son resultados que permiten visibilizar a esta población tan estigmatizada y dar cuenta de sus múltiples necesidades.

Se requiere desarrollar programas de intervención con perspectiva de género para trabajadoras sexuales que viven violencia y tienen problemas de adicciones, que respondan a las necesidades y diferencias biológicas, psicológicas, sociales y culturales de este grupo en particular. Asimismo, es necesario explorar y atender las múltiples violencias que viven estas mujeres y ofrecer tratamiento para el abuso y dependencia de alcohol y drogas, de manera respetuosa y sin violentar sus derechos humanos, y plantear el acceso a la atención en salud que posibilite romper el ciclo de violencia y mejorar en lo posible su salud física y mental.

Por último, sería importante que los servicios de salud contaran con servicios de atención a la salud mental para este grupo de mujeres con el propósito de apoyar la detección, intervención y canalización para atender los problemas derivados del trabajo sexual

y la violencia que enfrentan las trabajadoras sexuales, tales como: depresión, ansiedad, trastorno por estrés postraumático, adicciones, embarazo, VIH y sida, etc. Además, es importante sensibilizar a los profesionales de la salud para dar atención a estas mujeres con respeto y comprendiendo sus necesidades, con el fin de tratar de eliminar en lo posible los obstáculos para buscar atención.

134

Bibliografía

1. Ministerio Público de la Nación, Unidad Fiscal de Asistencia en Secuestros Extorsivos y Trata de Personas. Informe sobre primera etapa del relevamiento de casos judicializados de Trata de Personas. Consultado el 3 de octubre de 2014.
2. Rodríguez E, Fuentes P, Ramos-Lira L, Gutiérrez R, Ruiz E: Violencia en el entorno laboral del trabajo sexual y consumo de sustancias en mujeres mexicanas. *Salud Mental.* 2014;37(4):349-54.
3. Rössler W, Koch U, Lauber C, Hass A-K, Altwegg M, Ajdacic-Gross V, et al. The mental health of female sex workers. *Acta Psychiatr Scand.* 2010;122:143-52.
4. UNAIDS. Technical update on sex work and HIV/AIDS. Ginebra; 2002.
5. ONUSIDA. Nota de orientación del ONUSIDA sobre el VIH el trabajo sexual. Ginebra: UNAIDS; 2009: p.27.
6. www.cndh.org.mx/principal/document/derechos/fr_derech.htm.2012. Consultado el 17 de octubre de 2014.
7. Espinosa TP. Grupos vulnerable y cambio social. Quorum, México: Instituto de Investigaciones Legislativas de la Cámara de Diputados; 2000;IX(72):10.
8. Vega L, Gutiérrez R, Rodríguez E, Fuentes P. Factores psicosociales y comunitarios de riesgo para la inserción en la industria de la explotación sexual. En: Rodríguez E, Fuentes de Iturbe P. Visibilizando las necesidades de salud mental de las trabajadoras sexuales. México; 2013.
9. Ortí MJ. Prostitución de calle y otros contextos. En: Ballester L, Orte C (ed). Prostitución: Comercio de personas sin fronteras (CD-ROM). Palma de Mallorca: Universidad de Islas Baleares; 2005.
10. http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/index.html.
11. Heinze G, Camacho P. Guía Clínica para el tratamiento de la depresión. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; 2010.
12. González-Forteza C, Rodríguez E, Fuentes P, Vega L, Jiménez A: Correlatos psicosociales de depresión y riesgo de suicidio en trabajadoras sexuales del Estado de Hidalgo, México. *Rev Salud Mental.* 2014; julio-agosto;37(4):349-54.

13. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 2003;26(4):1-16.
14. Surrat HL, Inciardi JA, Kurtz SP, Kiley MC. Sex work and drug use in a subculture of violence. *Crime Delinquency*. 2004;50(1):43-59.
15. Decker MR, Pearson E, Illangasekare SL, Clark E, Sherman SG. Violence against women in sex work and HIV risk implications differ qualitatively by perpetrator. *BMC Public Health*. 2013 Sep 23;13:876.
16. Sanders T, Campbell R. Designing out vulnerability, building in respect: violence, safety and sex work policy. *British J Sociology*. 2007;58(1):1-19.
17. Guerrero H. El trastorno por estrés postraumático en un grupo en condición de vulnerabilidad: Trabajadoras sexuales. En: Rodríguez E, Fuentes de Iturbe P. Visibilizando las necesidades de salud mental de las trabajadoras sexuales. México; 2013.

VIH Y SALUD MENTAL

Edgardo Hamid Vega Ramírez

10

Introducción

137

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es el responsable del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida), que es considerada la peor epidemia del siglo XX.¹ Este virus ha sido el responsable de casi 39 millones de defunciones en el mundo desde el reporte del primer caso en 1981.²

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/sida (Onusida) estima que existen 35 millones de personas con VIH para finales de 2013, de las cuales 1.6 millones corresponden a América Latina.² Para 2015, según el objetivo seis de los Objetivos de Desarrollo del Mileno, la propagación del VIH/sida en la mayoría de los países se debe haber detenido, estabilizado y comenzado a reducir, así como haber garantizado el acceso al tratamiento antirretroviral altamente activo (TARAA) a los nuevos casos, haber reducido a cero la transmisión materno-perinatal, haber tenido mayor acceso a información y uso del condón de las prácticas sexuales de alto riesgo, y mayor atención a las mujeres y niñas en alto riesgo de adquirir la infección, entre otros.³ Las reducciones de 33% de nuevas infecciones, de 52% en niños en comparación con 2001, y la disminución de 29% de muertes relacionadas con la infección desde 2005 hacen pensar que se han tenido logros considerables en el combate a la epidemia.⁴ Sin embargo, aún queda mucho trabajo por hacer para llegar a cero nuevas infecciones y lograr el acceso al tratamiento antirretroviral a 100% en todos los países del mundo, sobre todo en aquellos en los que la epidemia está generalizada a la población general.

Al cierre de 2013, en México, el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida (Censida) reporta que existen alrededor de 170 000 personas de 15-49 años con VIH, lo que repre-

senta 0.24% de la población general.⁵ En México, como en el resto de América, la epidemia se encuentra concentrada en poblaciones clave, como las mujeres transgénero, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, trabajadores(as) sexuales, así como usuarios(as) de drogas intravenosas. La vía de transmisión sexual sigue generando el mayor número de casos nuevos. La variación de las prevalencias del VIH en estas poblaciones (7-32%) depende en gran medida de la exposición a factores de vulnerabilidad, como el estigma, la discriminación, la pobreza, la baja escolaridad, el limitado acceso a servicios de salud adecuados, el consumo de sustancias y las pocas oportunidades de desarrollo humano en comparación con las de la población general, entre otras.²

En la actualidad, la detección de infección por el VIH se hace en dos tiempos, una con las pruebas rápidas de tamizaje, seguido de una confirmatoria, casi siempre con la técnica de detección de proteínas Western Blot. De manera previa, durante y posteriormente a la aplicación de las pruebas, ésta debe acompañarse de consejería y asesoría general relacionada con la infección, independientemente del resultado,⁶ ya que el impacto psicológico para cada individuo es diferente. El tratamiento actual para la infección por el VIH está basado en el grupo de fármacos llamados TARAA, que intervienen en algún punto del ciclo de la infección y replicación del virus dentro del organismo.⁷ Mientras que a principio de la década de los noventa del siglo pasado la tasa de mortalidad y el número de casos de demencia asociada con el VIH eran elevados, al día de hoy han disminuido en forma considerable gracias a esta terapia.⁸

La vía de transmisión de la infección, evolución, presentación clínica, respuesta al tratamiento y pronóstico de la infección por el VIH es muy diversa y depende de varios factores asociados con el individuo que la padece. Sin embargo, es un hecho que las relaciones sexuales con protección, la detección temprana, el acceso al TARAA de manera oportuna y mantener una vigilancia estrecha por parte de los especialistas en salud pueden traducirse en un buen pronóstico biopsicosocial para el individuo infectado.

El estigma en el VIH, la otra epidemia

Cuando se reportaron los primeros casos de personas con VIH/sida, no se sabía a ciencia cierta la forma de contagio, la evolución ni el pronóstico de la misma. Esto llevó a tener un temor constante e

intenso hacia cualquier persona que tuviera el diagnóstico o se sospechara portadora. A diferencia de África, cuando los reportes epidemiológicos delimitaron la infección en países occidentales, sobre todo en hombres homosexuales, comenzó la estigmatización hacia las personas con VIH, manifestándose como un fenómeno universal y por lo común ligado a otros tipos de estigma que socialmente ya estaban establecidos (p. ej., la homosexualidad, el uso de drogas, la prostitución, etc.).⁹ El estigma asociado con el VIH podría encajar con las propuestas de Link y Pehalan,¹⁰ ya que se basa en creencias erróneas acerca de la infección, el contagio, la asociación “inminente” con la mortalidad y las manifestaciones físicas que son “incómodas” para los demás. Incluso, fuerzas sociales previas, tales como pobreza, sexism, racism and others, se sobreponen y refuerzan las condiciones de estigmatización.¹¹

139

Aún en esta cuarta década del conocimiento de la infección, el estigma asociado con el VIH/sida sigue siendo una barrera importante para el acceso al tratamiento integral, oportuno y la evolución favorable de la infección, ya que los enfermos siguen siendo discriminados, criminalizados, estigmatizados y amedrentados en muchas partes del mundo, lo que limita la efectividad de las medidas preventivas, diagnósticas y terapéuticas hacia el VIH.¹² En México, el conocimiento acerca del VIH es resultado de ideas claras sobre las vías de transmisión y connotaciones morales negativas, como la homosexualidad, la prostitución y el uso de drogas. Incluso, aún persisten las creencias de adquirir inmediatamente la infección si se tiene cualquier tipo de contacto con una persona con VIH, (p. ej., beber del mismo vaso de agua), o de tener una sentencia de muerte inminente, tanto física como social, cuando se sabe portador del virus.¹³ Prueba de esto podrían ser los resultados de la *Encuesta Nacional sobre Discriminación de 2010*,¹⁴ donde tres de cada diez mexicanos y mexicanas no estarían dispuestos a vivir con alguna persona con VIH, observándose también que a menor nivel educativo, menor tolerancia de esta situación.

La salud mental en el VIH

En 1983, cuando se empieza a observar el miedo, el aislamiento social y la depresión que los pacientes con VIH padecían en centros de atención en salud, inició la serie de artículos científicos que

reportaban su relación con el curso de la propia enfermedad o del tratamiento.¹⁵ Por un poco más de una década, el estigma y la discriminación fueron los principales actores de la relación que existía entre la depresión y el VIH. El inicio de la era del TARAA para controlar la infección cambió el curso de la enfermedad, y las personas con VIH se convirtieron en portadoras de una enfermedad crónica, con la cual pueden vivir de forma estable, desde el punto de vista médico.

Si tomamos en cuenta que las personas con VIH desde el inicio de la epidemia han estado expuestas a diversos factores psicosociales que representan estresores importantes en su vida, no es difícil imaginar que éstos puedan contribuir de manera importante a que desarrollen algún trastorno mental.¹⁶ La falta de control adecuado de la infección, ya sea por falta de acceso al TARAA o por desconocimiento del diagnóstico, favorece el daño al sistema nervioso central por la reacción inflamatoria que genera el virus y el sistema inmune, lo que contribuye al inicio de algún trastorno mental.¹⁷ Existe un grupo de trastornos mentales en personas con VIH que son más prevalentes que en la población general, como los trastornos afectivos, los trastornos de ansiedad, el deterioro cognitivo y los trastornos por uso de sustancias.^{16,18} El trastorno depresivo mayor (TDM) llega a estar presente de dos a tres veces más en personas con VIH, mientras que la prevalencia de uso de alcohol y otras sustancias llega a ser diez veces más que la encontrada en población general.¹⁹⁻²² Aunque la presentación del cuadro depresivo en las personas con VIH no presenta mayores diferencias que el resto de la población, sí es importante señalar que existen algunos síntomas, como la disminución del apetito, las alteraciones en el sueño o funciones cognitivas, que llegan a ser más intensas o agudas, según algunos reportes.²³ El nivel de afección que el TDM tiene sobre el curso de la infección por VIH llega a ser en diferentes niveles; es decir, se ha demostrado que cursar con un TDM sin tratamiento disminuye los niveles de CD4 del sujeto con VIH (aún con toma adecuada del TARAA), aumenta la carga viral, tiene un mayor riesgo de progresión de enfermedad y mayor riesgo de muerte relacionada con el sida.^{24,25} La toma del TARAA en una persona con VIH requiere estar presente en > 95% del total de sus tomas diarias, ya que la falla en esto repercute en la estabilidad del control virológico y potencialmente se convierte en un factor de resistencia al TARAA, a corto o mediano plazo.²⁶ El impacto del TDM no sólo se observa de manera directa en los parámetros clínicos del control de la infección, sino también en la

adherencia al TARAA. La relación directa entre cursar con un TDM y no tener niveles de adherencia adecuados al TARAA se ha descrito de manera amplia. De hecho, se propone el TDM como una de las primeras causas de mala adherencia que deben ser exploradas por el clínico, si llega a presentarse esta conducta.^{27,28}

El consumo de alcohol y sustancias también es una conducta que tiene prevalencias más altas en personas con VIH y poblaciones clave en riesgo de adquirir la infección con respecto a la población general.²⁹ Se ha llegado a estimar que 44% de los adultos con VIH tiene algún trastorno por uso de alcohol u otras sustancias.¹⁶ Después del alcohol, tabaco y *cannabis*, las drogas que más se utilizan entre las poblaciones clave latinas en riesgo de adquirir la infección son las “drogas de diseño” o “de club”.^{22,30} Este grupo de drogas, representadas por las anfetaminas, el 3,4 –metileno-dioxi-metanfetamina (MDMA), las anfetaminas, la ketamina, el γ-hidroxibutirato (GHB), el flunitrazepam y los *poppers* (inhalables, tipo nitritos) son drogas que habitualmente se usan previa o durante la actividad sexual, o bien, en eventos masivos de música electrónica, conocidos como *circuit parties*. Ya también se ha descrito que el uso de estas sustancias incrementa el riesgo de tener relaciones sexuales sin protección y, por lo tanto, de adquirir el VIH.³¹ Si bien el consumo del alcohol y otras sustancias disminuye una vez que se sabe el diagnóstico de VIH, las tasas de consumo siguen siendo más altas en comparación con la población general de la misma edad. Al igual que con el TDM, el impacto que el consumo de sustancias tiene sobre la estabilidad de la infección, en personas que llevan o no un tratamiento antirretroviral es evidente. Estas consecuencias pueden ser desde interacciones fatales de las sustancias con algún medicamento antirretroviral, pasando por la inmunosupresión directa del propio consumo, hasta la adherencia interrumpida del TARAA en los días que se consumen las sustancias.³²

Otro grupo importante a considerar en este rubro de la salud mental y el VIH es el de las personas con alguna discapacidad física, sensorial, intelectual o mental grave (p. ej., esquizofrenia o trastorno bipolar). Por lo común, se asume que este grupo de personas no están en riesgo de contraer la infección por el VIH, ya que se piensa que no son sexualmente activos o nunca en su vida padecerán algún trastorno mental ni consumirán algún tipo de sustancia. Sin embargo, el llamado a observar el riesgo igual o mayor que tienen, en comparación con la población general, de adquirir el VIH cobra cada día más relevancia. Sobre todo por el

hecho de que los servicios de salud muchas veces no tienen los procesos de atención adaptados para transmitir la información relacionada con el cuidado que deben tener para evitar el contagio del VIH, además de asegurarse de que la información se haya entendido de manera adecuada; o por el otro lado, para tomar adecuadamente un tratamiento que será de forma permanente, por ejemplo el TARAA.³³

La relación entre el VIH y los trastornos mentales puede ser bidireccional, es decir, la falta de tratamiento adecuado de un trastorno mental puede incrementar el riesgo de adquirir el virus, y tener un mal manejo del VIH incrementa la posibilidad de padecer algún trastorno mental a lo largo de la evolución de la infección. De igual manera, la combinación de un trastorno mental sin tratamiento con el VIH pareciera entorpecer la evolución de la infección, poniendo en mayor riesgo a la persona de padecer alguna complicación, o incluso disminuir la funcionalidad y calidad de vida que tendría que alcanzar, aun siendo portadora.^{34,35}

Según el último reporte de carga global de la enfermedad, la transición epidemiológica de la población mundial ha hecho que las principales enfermedades causantes de 54% de años de vida ajustados por discapacidad (DALY, pos sus siglas en inglés) se deba a enfermedades no infecciosas. Sin embargo, a pesar de que la mortalidad ha disminuido de forma considerable en la última década, el VIH/sida aparece ahora en el quinto lugar de carga total de enfermedad a nivel mundial.³⁶ Esta carga de enfermedad varía entre países, siendo los que tienen la epidemia más prevalente, los de mayor carga. Por otro lado, el acceso al TARAA, la discreta disminución en la incidencia y las medidas de prevención en la última década han contribuido a que en otros países la carga de la infección haya disminuido de manera considerable. En México, en población general, la infección por el VIH ya desapareció de las primeras 25 causas de carga de enfermedad, aunque en los hombres aún permanece como la número 23.³⁷ El TDM no ha desaparecido de las 25 principales causas de carga global de enfermedad, pues permanece como la causa número 11 en todo el mundo y se observa un incremento de 35% del total de DALY con respecto a 1990, cuando se encontraba en el lugar 15.³⁸ En México, los trastornos afectivos (TDM y trastorno bipolar), los relacionados con el consumo de sustancias y alcohol y los trastornos de ansiedad se encuentran dentro de estas 25 causas principales de carga de enfermedad para el país.³⁷

Atención en salud a personas con VIH en México

En México, según el *Reglamento Interior de la Secretaría de Salud*, en su artículo 46, corresponde al Censida, fungir como órgano institucional para prevenir y controlar la epidemia en nuestro país.³⁹ Con las guías, manuales y asesoría en la elaboración de normas oficiales, esta dependencia marca las pautas a seguir, tanto preventivas como de atención, en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud que atiendan a personas con VIH.⁴⁰ En todo el país, los centros especializados en atención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH (CAIV) (en México, Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual [CAPASITS] y Servicios de Atención Integral), son las unidades operativas que se encargan de brindar la atención médica y no médica a las personas que no cuentan con ningún tipo de seguridad social y que desean prevenir o controlar el VIH.⁴¹ En su estructura orgánica, los 56 CAIV del país dependen de su respectivo Responsable Estatal del Programa de Prevención y Control del VIH/sida e ITS. Cada centro debe contar con un responsable de la unidad, áreas médica, de enfermería, de psicología, de trabajo social y de laboratorio clínico, farmacia y apoyo administrativo y secretarial. Su principal función radica en la prevención y control de infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual que se estipulan en el Programa Nacional de dichas enfermedades.⁴² El control de la enfermedad, que estos centros brindan a las personas con VIH sin seguridad social, se ha logrado gracias a que desde 2003 se logró el acceso universal al TARAA, por medio del Fideicomiso de Protección contra Gastos Catastróficos del Seguro Popular. Esta medida, junto con la activa participación de la sociedad civil, demostró su eficacia al bajar la mortalidad relacionada con VIH/sida de 2008 a 2010, en 7.8%.⁴²

143

La atención en salud mental en los CAIV es responsabilidad del área psicológica con la que cuente cada centro. Las funciones que tiene están relacionadas con la prevención, consejería, asesoría, acompañamiento, sensibilización y detección de alteraciones neuropsicológicas o psicofuncionales que puedan afectar a la persona con VIH.⁴³ La guía de atención psicológica que tiene Censida actualmente, en su apartado de “Guías y manuales” se enfoca en las recomendaciones que el personal de psicología tendrían que seguir para dar la pre y pos consejería, dependiendo del resultado de la prueba de detección

del VIH. Igualmente, recomienda el funcionamiento de los grupos de acompañamiento psicológico dentro de los CAIV.⁴³ Sin embargo, no se especifica la manera de identificar y tratar los trastornos mentales que las personas con VIH puedan llegar a padecer.

Recomendaciones para las políticas públicas sobre la atención a la salud mental y el VIH

144

Como ya hemos discutido, los trastornos mentales son más frecuentes en personas con VIH que en la población general, ya sea por los propios procesos fisiopatológicos que la infección causa en el organismo o por los fenómenos psicosociales asociados con el estigma que la enfermedad ha tenido desde que inició la epidemia. La clara relación que guardan ambas entidades está ampliamente descritas, tanto en su etiología como en el curso y evolución de cada una de ellas. La carga de enfermedad que el VIH, el TDM y el consumo de sustancias representan para México y otros países es justificación suficiente para pensar que la combinación de todos estos padecimientos pueden llegar a impactar de manera importante la vida de las personas que ya son portadoras.

Los trastornos mentales comunes, como el TDM y el consumo de alcohol o sustancias, son padecimientos que pueden ser identificados y manejados en centros no especializados de primer nivel.⁴⁴ Si trasladamos esta propuesta a los CAIV encargados del manejo integral de las personas con VIH, se podría pensar en la creación de un modelo de atención en salud mental que involucre al personal operativo de estos centros. La ampliación en la cobertura de atención a trastornos mentales en personas con VIH, podría semejar a aquellos procesos que han sido probados como exitosos en centros de primer nivel que atienden a la población general.⁴⁵ La última revisión del Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES) estipula el acceso a diagnóstico y tratamiento de los trastornos afectivos, ansiosos y psicóticos, con el respectivo uso de psicofármacos para el control de estas entidades nosológicas.⁴⁶ Por ejemplo, si se tiene a una persona con VIH que desde hace un mes ha notado tristeza casi diaria, poca energía, alteraciones en la concentración, en el apetito y el sueño, así como ideas de minusvalía y desesperanza, el personal de psicología del CAIV podría valorar la intensidad de los síntomas y el nivel de impacto que éstos están teniendo en la adherencia al TARAA, así como en la funcionali-

dad general de la persona. Si se detecta que la intensidad de los síntomas es de moderada a grave, una intervención psicosocial enfocada en la identificación de los factores estresantes de ese momento, de ayuda a la resolución de problemas, aumentar la activación física y ofrecer un seguimiento más o menos periódico, sumado a la interacción interdisciplinaria con el personal médico de la unidad, para valorar el inicio de un tratamiento con antidepresivos (p. ej., fluoxetina), podría mejorar la sintomatología depresiva y la funcionalidad global.

La capacitación del personal de los CAIV y la incorporación de un proceso de atención enfocado en atender los padecimientos mentales en las personas con VIH podrían darse de manera paulatina, formando equipos estatales o regionales de expertos en salud mental, integrados por psicólogos clínicos, psiquiatras y salubristas, que planeen un programa de capacitaciones y supervisiones regulares de casos al personal que integra estos centros de atención. El objetivo principal de estos equipos multidisciplinarios sería la enseñanza en el diagnóstico y manejo de los trastornos mentales comunes, principalmente al personal de psicología y medicina general o especializada, con la intención de prevenir las consecuencias, tanto para el control de la infección por el VIH, como en la estabilización del trastorno mental que la persona padezca. La comunicación entre el personal de psicología y médico debería ser dinámica y fluida, con la intención de integrar la mejoría del trastorno mental a la estabilidad del curso de la infección. El personal de psicología podría enfocarse en la evaluación clínica diagnóstica para determinar el tipo, la gravedad y el grado de impacto que el trastorno mental tiene sobre la estabilidad del VIH, así como los factores psicosociales que puedan agravar o mejorar el pronóstico. Al concluir la valoración, el psicólogo(a) valoraría si la intervención psicosocial fuera suficiente para mejorar el cuadro (p. ej., para casos leves o moderados no complicados), o si necesitaría de solicitar una valoración con el área médica para una intervención psico-farmacológica que coadyuve a mejorar el cuadro clínico del paciente.

145

Bibliografía

1. Moir S, Connors M, Fauci AS. The immunology of human immunodeficiency virus infection. En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (ed). Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases. 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone/Elsevier; 2010: pp. 1687-703.
2. UNAIDS. The Gap Report. Geneva, Switzerland; July 2014.

3. ONU. Objetivos de desarrollo del Milenio: Informe 2010. Nueva York, EUA: Organización de las Naciones Unidas; 2010:6-15.
4. UNAIDS. AIDS by the numbers. Geneva, Switzerland; 2013.
5. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México Registro Nacional de Casos de SIDA: Actualización al cierre de 2013. México, DF: CENSIDA; Diciembre de 2013.
6. Dewar R, Golstein D, Maldarelli F. Diagnosis of human immunodeficiency virus infection. En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (ed). Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases. 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone/Elsevier; 2010: pp. 1663-86.
7. Sterling TR, Chaisson RE. General clinical manifestations of human immunodeficiency virus infection (including the acute retroviral syndrome and oral, cutaneous, renal, ocular, metabolic, and cardiac diseases). En: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R (ed). Mandell, Douglas, and Bennett's principles and practice of infectious diseases. 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone/Elsevier; 2010: pp. 1705-25.
8. UNAIDS. Informe de ONUSIDA para el día mundial del SIDA: 2012. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA; Noviembre, 2012.
9. Mahajan AP, Sayles JN, Patel VA, Remien RH, Sawires SR, Ortiz DJ, et al. Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. AIDS. 2008;22(suppl 2):S67-79.
10. Link BG, Struening EL, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan JC. Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. Psychiatr Serv. 2001;52(12):1621-6.
11. Castro A, Farmer P. Understanding and addressing AIDS-related stigma: from anthropological theory to clinical practice in Haiti. Am J Public Health. 2005;95(1):53-9.
12. Beyrer C, Sullivan PS, Sanchez J, Dowdy D, Altman D, Trapence G, et al. A call to action for comprehensive HIV services for men who have sex with men. Lancet. 2012;380(9839):424-38.
13. Chong F, Torres T, López B. La representación social del SIDA en jóvenes de tres ciudades mexicanas. En: Tinoco R, Fernández M, Evangelista A (ed). Compartiendo SABERES sobre VIH/SIDA en Chiapas. Chiapas: Colegio de la Frontera Sur, Centro de Investigaciones de Salud en Comitán, Instituto de Salud del Estado de Chiapas & Consejo Estatal de Población; 2007: p. 141-57.
14. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. Encuesta Nacional sobre Discriminación en México 2010: Resultados generales. 2a. ed corregida. México; 2011: p. 1-114.
15. Holtz H, Dobro J, Palinkas R, Kapila R, Oleske J. Psychosocial impact of acquired immune deficiency syndrome. JAMA. 1983;250(2):167.

16. Bing EG, Burnam MA, Longshore D, Fleishman JA, Sherbourne CD, London AS, et al. Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58(8):721-8.
17. Drevets WC. Neuroimaging studies of mood disorders. *Biol Psychiatry*. 2000;48(8):813-29.
18. Lightfoot M, Rogers T, Goldstein R, Rotheram-Borus MJ, May S, Kirshenbaum S, et al. Predictors of substance use frequency and reductions in seriousness of use among persons living with HIV. *Drug Alcohol Depend*. 2005;77(2):129-38.
19. Morrison MF, Petitto JM, Ten Have T, Gettes DR, Chiappini MS, Weber AL, et al. Depressive and anxiety disorders in women with HIV infection. *Am J Psychiatry*. 2002;159(5):789-96.
20. Pence BW, Miller WC, Whetten K, Eron JJ, Gaynes BN. Prevalence of DSM-IV-defined mood, anxiety, and substance use disorders in an HIV clinic in the Southeastern United States. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2006;42(3):298-306.
21. Ramirez-Valles J, Garcia D, Campbell RT, Diaz RM, Heckathorn DD. HIV infection, sexual risk behavior, and substance use among Latino gay and bisexual men and transgender persons. *Am J Public Health*. 2008;98(6):1036-42.
22. Programa de Salud Mental. Reporte de morbilidad psiquiátrica de los pacientes que asisten a consulta de salud mental en la Clínica Especializada Condesa. México, DF: Clínica Especializada Condesa; 2014.
23. Akena DH, Musisi S, Kinyanda E. A comparison of the clinical features of depression in HIV-positive and HIV-negative patients in Uganda. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*. 2010;13(1):43-51.
24. Wolff LC, Alvarado MR, Wolff RM. Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. *Rev Chilena Infectología*. 2010;27:65-74.
25. Cook JA, Grey D, Burke J, Cohen MH, Gurtman AC, Richardson JL, et al. Depressive symptoms and AIDS-related mortality among a multisite cohort of HIV-positive women. *Am J Public Health*. 2004;94(7):1133-40.
26. Nakimuli-Mpungu E, Musisi S, Katabira E, Nchega J, Bass J. Prevalence and factors associated with depressive disorders in an HIV+ rural patient population in southern Uganda. *J Affect Disord*. 2011;135(1-3):160-7.
27. Reisner SL, Mimiaga MJ, Skeer M, Perkovich B, Johnson CV, Safren SA. A review of HIV antiretroviral adherence and intervention studies among HIV-infected youth. *Top HIV Med: a publication of the International AIDS Society, USA*. 2009;17(1):14-25.
28. Gonzalez JS, Batchelder AW, Psaros C, Safren SA. Depression and HIV/AIDS treatment nonadherence: a review and meta-analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2011;58(2):181-7.

29. National Institute of Drug Abuse. Drug facts: HIV/AIDS and drug abuse: intertwined epidemics. <http://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/hiv aids-drug-abuse-intertwined-epidemics>; NIDA; 2014.
30. Diaz RM, Heckert AL, Sanchez J. Reasons for stimulant use among Latino gay men in San Francisco: a comparison between methamphetamine and cocaine users. *J Urban Health: bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2005;82(1 suppl 1):i71-8.
31. Fernandez MI, Perrino T, Collazo JB, Varga LM, Marsh D, Hernandez N, et al. Surfing new territory: club-drug use and risky sex among Hispanic men who have sex with men recruited on the Internet. *J Urban Health: bulletin of the New York Academy of Medicine*. 2005;82(1 suppl 1):i79-88.
32. Romanelli F, Smith KM, Pomeroy C. Use of club drugs by HIV-seropositive and HIV-seronegative gay and bisexual men. *Top HIV Med: a publication of the International AIDS Society, USA*. 2003;11(1):25-32.
33. World Bank/Yale University. HIV/AIDS & disability: capturing hidden voices. Connecticut, USA: Public Health School of Yale University; 2004.
34. Bialer P, Hoffman RG, Ditzell J. Substance use disorders—the special role in HIV transmission. En: Cohen MA, Gorman JM (ed). *Comprehensive textbook of AIDS psychiatry*. New York, USA: Oxford University Press; 2008: pp. 85-96.
35. Goforth HW, Cohen MA, Murrough J. Mood disorders. En: Cohen MA, Gorman JM (ed). *Comprehensive textbook of AIDS psychiatry*. New York, USA: Oxford University Press; 2008: pp. 97-108.
36. Ortblad KF, Lozano R, Murray CJ. The burden of HIV: insights from the Global Burden of Disease Study 2010. *AIDS*. 2013;27(13):2003-17.
37. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease Study 2010. Mexico Global Burden of Disease Study 2010 (GBD 2010) Results 1990-2010. Seattle, United States: IHME; 2013.
38. Murray CJ, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2197-223.
39. Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. *Diario Oficial de la Federación*, 19/01/2004.
40. Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. *Diario Oficial de la Federación*, 23/12/2009.
41. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). Manual de organización específico del centro ambulatorio para la prevención y atención del SIDA e infecciones de transmisión sexual (CAPASITS); 2006.
42. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. Informe Nacional de Avances en la Lucha contra el SIDA. México, DF: CENSIDA; Marzo, 2012.

43. Abrego L, De Caso LE, García P, Hernandez S, López A, Malagón N, et al. Guía para la atención psicológica de las personas que viven con el VIH/SIDA. 2a ed. México, DF: CONASIDA; 1998:105.
44. Organización Mundial de la Salud. Guía de Intervención mhGAP. Ginebra, Suiza: WHO; 2011.
45. Eaton J, McCay L, Semrau M, Chatterjee S, Baingana F, Araya R, et al. Scale up of services for mental health in low-income and middle-income countries. Lancet. 2011;378(9802):1592-603.
46. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Catálogo Universal de Servicios de Salud (CAUSES). México: Secretaría de Salud; 2014.

MODELOS DE INTERVENCIÓN PARA LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

IV

LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Claudia Becerra Palars

11

Introducción

153

La depresión, catalogada hoy en día como una enfermedad mental grave, es una de las principales causas de discapacidad en el mundo y contribuye de manera importante a la carga mundial por enfermedad.¹ Hoy en día, se considera la depresión como un problema de salud pública. De acuerdo con la OMS, la discapacidad asociada con enfermedades mentales es más común en el grupo etario de 15 a 44 años. Para 2004, la depresión constituía la tercera causa de discapacidad severa a nivel mundial tanto en países de alto ingreso como de bajo ingreso. La acompañan dentro de las primeras veinte causas de discapacidad severa otras enfermedades mentales como el trastorno bipolar, la esquizofrenia, demencias, trastorno de pánico y abuso de sustancias. Sin embargo, modelos estadísticos realizados con posterioridad suponen que en 2020 la depresión ocupará el primer lugar de causas de discapacidad grave en el mundo.

Los trastornos mentales graves hacen referencia en la actualidad a un constructo teórico integrado por diversas condiciones clínicas que tienen elevada prevalencia y gran repercusión en la práctica asistencial.² En nuestros días, la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere la presencia de depresión en más de 350 millones de personas en todo el mundo. La prevalencia de la misma ha ido incrementándose a lo largo de los últimos años, de tal modo que se han generado altos costos sanitarios por su atención y por la discapacidad asociada.

La *depresión* como enfermedad mental se presenta de varias formas; consiste en una alteración del estado de ánimo que va más allá del sentimiento de tristeza común, que se manifiesta de manera

marcada y continua, acompañada de cambios en la volición, la cognición y la funcionalidad. Se presenta de varias formas clínicas, que van desde el episodio depresivo mayor y la depresión bipolar, hasta la distimia, con distintos componentes somáticos. Dicha variabilidad en su forma clínica favorece la dificultad en la realización del diagnóstico temprano y adecuado en sus distintas presentaciones. Se tiene que considerar que la depresión se puede presentar en cualquier grupo etario, la prevalencia en niños preescolares es de 1% , en niños escolares la frecuencia es cerca de 2% y hasta 4% en adolescentes.³ En nuestro país, la *Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica* reportó una prevalencia del episodio depresivo mayor alguna vez en la vida de 3.3%, en el último año de 1.5% y en el último mes de 0.6%.⁴ Asimismo, la presentación de la depresión es del doble de frecuencia en las mujeres en comparación con los hombres, con una prevalencia de 4.5 *versus* 2% en el género masculino. Mientras tanto, el trastorno bipolar –con una prevalencia a nivel mundial que va de 1 a 7%, dependiendo del subtipo–, explica un importante porcentaje de los casos de episodios depresivos, ya que 50% del tiempo que el paciente pasa con síntomas activos de la enfermedad corresponde a la fase depresiva. En la población adulta mayor, la presencia de depresión se reporta hasta en 10 a 15%, y se estima que de 10 a 45% de las personas mayores de 65 años han experimentado un episodio depresivo.⁵

Uno de los aspectos de mayor trascendencia relacionados con la depresión y la necesidad de tratamiento es que en los casos de depresión de mayor gravedad es altamente probable que haya riesgo suicida. En 2012 la OMS registró 804 000 muertes por suicidio, lo que representa una tasa anual mundial de suicidio, ajustada según la edad, de 11.4 por 100 000 habitantes (15.0 entre hombres y 8.0 entre mujeres).⁶ La asociación entre conducta suicida y la existencia de trastornos mentales, entre ellos la depresión, se reporta como con alta frecuencia en toda la literatura mundial. En nuestro país se ha reportado que los adolescentes y jóvenes de entre 15 y 24 años de edad ocupan el primer lugar en sectores vulnerables a cometer suicidio. Una de las estrategias planteadas por la OMS para la preventión del suicidio es el tratamiento de las enfermedades mentales.

Por otro lado, parte de la problemática actual con la depresión como se describe en la literatura mundial está relacionada con la cronicidad de la misma y con la respuesta parcial a los tratamientos farmacológicos disponibles, ya que se estima que hasta 50% de la población con depresión sufrirá más de un episodio afectivo a lo largo de la vida, además de que hasta 30% de las personas presenta

síntomas depresivos residuales que tienen un impacto negativo en la capacidad funcional y laboral.⁷ Los días laborales perdidos asociados con síntomas depresivos se han descrito hasta en 7 días al mes, cifra que, según el Consejo Nacional para la Excelencia Tecnológica, supera la de cualquier otra enfermedad crónica. El alto costo generado por la presencia de depresión en la población está relacionado también con el elevado riesgo de conductas suicidas asociadas con este fenómeno psiquiátrico, así como por la ya conocida relación entre depresión y otras enfermedades médicas, como las enfermedades cardiovasculares, diabetes y obesidad.

Es necesario contar con estándares adecuados de tratamiento para problemas de tan alta gravedad, como lo es la depresión. Se planteó desde hace varios años una iniciativa de tener modelos estandarizados de atención para las distintas enfermedades que ha llevado al desarrollo de lo que se ha denominado *guías de práctica clínica*, *guías clínicas o protocolos de atención*, términos que si bien en ocasiones se manejan de forma indistinta hacen referencia a una serie de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática para ayudar al profesional de la salud y al paciente en la toma de decisiones adecuadas a las circunstancias clínicas específicas.⁸ Las *guías de práctica clínica* guardan estrecha relación con la tendencia actual de utilizar la medicina basada en la evidencia como el estándar no sólo para el tratamiento farmacológico, sino también para la enseñanza de la práctica médica en general. La *medicina basada en la evidencia* se define como la integración de la mejor evidencia científica con la experiencia clínica y los valores de los pacientes. Su planteamiento de la medicina es utilizar el respaldo de la información científica con mayor rigor metodológico disponible para la enseñanza y práctica de la medicina, tanto para fines asistenciales como de investigación y de planeación de políticas de salud.

El problema y su atención

La práctica de la atención médica se ha tornado terriblemente compleja debido a la serie de factores involucrados en el proceso asistencial. El brindar atención médica de calidad se ve determinado por múltiples circunstancias involucradas que van desde factores asociados con el sistema de salud, que incluyen algunos como la infraestructura disponible, el nivel hospitalario donde se brinda la atención, los recursos asignados para el área de salud en cuestión, hasta facto-

res humanos como la capacitación y la experiencia clínica del personal de salud asignado, los recursos humanos disponibles y la facilidad o dificultad para acceder a los servicios de salud requeridos. Dentro del rubro de capacitación y experiencia clínica del personal de salud, tenemos que considerar como parte de la problemática actual la cantidad excesiva de información científica disponible y la posibilidad por parte del personal médico y paramédico de acceder a ella. Si bien en las grandes urbes del país hay un acceso continuo por medio de los medios electrónicos a la información científica actualizada, son los sistemas de salud de primer nivel o rurales los que no cuentan con dicha facilidad, además de que el tiempo disponible por parte del personal médico o paramédico requerido para mantener una actualización continua habitualmente se ocupa en funciones asistenciales. Dicha situación genera que en la mayoría del personal de salud sea muy diverso el nivel de capacitación y actualización en el conocimiento del tratamiento óptimo para determinada patología.

Mejorar la calidad e igualdad de la atención médica brindada en el país es hoy una prioridad del sistema de salud. La atención de las enfermedades mentales graves, entre ellas la depresión, debe convertirse en una prioridad nacional. Con la finalidad de estandarizar la atención médica brindada, se han desarrollado las *guías de práctica clínica* por patología específica. Existen en la actualidad múltiples *guías de práctica clínica* desarrolladas para el tratamiento de la depresión, internacionales y nacionales. Dichas guías incluyen una metodología estandarizada para garantizar la calidad y manejan distintos niveles de evidencia para la recomendación de la información planteada en cada una de ellas. Además, existen modelos de evaluación para garantizar su calidad.

En la actualidad, la evidencia científica disponible sustenta que el tratamiento de la depresión mayor se basa en las intervenciones farmacológicas, sin embargo la información disponible presenta inconsistencias con respecto a la selección del mejor tratamiento farmacológico disponible para el manejo de la depresión. Parte de la problemática expuesta en relación con el tratamiento farmacológico tiene que ver con el porcentaje de efectividad alcanzado con cada uno de los fármacos antidepresivos disponibles en el mercado, así como la presencia de efectos secundarios asociados con los diversos antidepresivos, su costo y cuestiones no farmacológicas, como el apego al tratamiento psiquiátrico. Esta problemática reafirma la necesidad de tener *guías de práctica clínica* aplicables al ámbito médico de competencia del manejo de la depresión mayor. Las *guías*

de práctica clínica deberán ser aplicables a los distintos ámbitos de atención en salud mental, considerar el panorama socioeconómico del país y sustentar con base en la evidencia científica disponible los pasos en la atención médica del fenómeno depresivo; además, deberían incluir las comorbilidades médicas, las preferencias del paciente e intervenciones médicas y psicosociales dirigidas a mejorar el cumplimiento del tratamiento farmacológico y orientadas a la rehabilitación integral y funcional del paciente con depresión.

El uso de *guías de práctica clínica* dentro de la práctica psiquiátrica busca dirigirse a resolver las distintas situaciones mencionadas a continuación: proporcionar la mejor atención médica psiquiátrica posible, igualar la calidad de la atención médica psiquiátrica brindada a los pacientes portadores de depresión, estandarizar los protocolos de atención clínicos utilizados en el manejo de la depresión –y de esta forma disminuir los costos de atención asociados con el tratamiento de la depresión como problema de salud pública– y, por último, ser un instrumento de guía y trabajo para el médico en su quehacer cotidiano y en la toma de las mejores decisiones relacionadas con el tratamiento óptimo de la depresión mayor. Asimismo, la atención de la salud mental deberá ir dirigida a la reintegración del paciente a su vida cotidiana, es por ello que los programas de intervenciones de rehabilitación por medio de programas de apoyo en psicoeducación, distintas intervenciones psicoterapéuticas y el apoyo familiar brindado por el área de Trabajo Social son piezas clave en la disminución de la discapacidad asociada con la enfermedad depresiva.

Recomendaciones

1. *Difusión, uso y aplicación de guías de práctica clínica para la depresión y otros trastornos mentales.* El uso de estas guías tiene el objetivo de otorgar estándares de atención que ofrezcan tanto al médico como al paciente la posibilidad de otorgar y recibir a su vez la mejor atención médica de calidad disponible. El uso de guías de práctica clínica deberá establecerse como un elemento de rectoría en la atención médica, de modo que se logre establecer un referente nacional para favorecer la toma de decisiones clínicas y gerenciales, basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible, con el fin de contribuir a la calidad y la efectividad de la atención médica.

Se deberá favorecer el uso de las *guías de práctica clínica* para el manejo de la depresión disponibles en nuestro país para garantizar la calidad y seguridad de la atención médica independientemente del lugar de residencia. Dichas guías consideran la información disponible en las *guías de práctica clínica* elaboradas por sistemas de salud a nivel internacional, con la ventaja de haber sido revisadas y adaptadas, o en su caso incluso elaboradas *de novo* con el conocimiento explícito del funcionamiento del Sistema de Salud Nacional. Dentro de las *guías de práctica clínica* que deberán instaurarse como una recomendación en los Centros de Atención en Salud Mental y Psiquiatría están las elaboradas por el Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (Cenetec), quienes organizaron Grupos de desarrollo de *guías de práctica clínica* de acuerdo con una metodología consensuada por las instituciones públicas que integran el Sistema Nacional de Salud de México (Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, Sedena, Semar, DIF, Pemex). Dicho modelo cuenta con *guías de práctica clínica* y *guías de referencia rápida*, disponibles en el *Catálogo Maestro de guías de práctica clínica*, en su sitio web (www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html), para el manejo de: la depresión en el adulto,⁹ la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención,¹⁰ el trastorno bipolar,¹¹ la preventión, el diagnóstico oportuno y el tratamiento del episodio depresivo leve y moderado en el adulto mayor en el primer nivel de atención¹²

2. *Mejora y adaptación del programa nacional de guías de práctica clínica.* Distintos países del primer mundo, entre ellos Inglaterra, Australia y Estados Unidos, han desarrollado programas específicos de guías de práctica clínica en los cuales se puede registrar el desarrollo de distintas guías por instituciones diversas. Incluso países como Inglaterra, con sistemas como el del Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia en el Cuidado (NICE), son ejemplo de la estandarización de la atención médica brindada. Se considera una recomendación pertinente el coordinar una acción conjunta para la elaboración y actualización continua de las guías de práctica clínica ya existentes, que tome en cuenta los distintos niveles de atención y cuya aplicación no se limite a ciertas instituciones de salud. La recomendación es lograr la implementación de una guía de práctica clínica que pueda ser de utilidad tanto para el médico que este en primer nivel de atención de una institución del sector salud como para el médico que se encuentre en los sistemas de salud privados para el tratamiento de la depresión. De esta forma se podrá garantizar que la atención brindada será equitativa sin importar la institución médica que está brindando la atención.

Sin embargo, en nuestro país las *guías de práctica clínica* disponibles en la actualidad deberán adaptarse a los distintos niveles de atención en salud mental y psiquiatría y dar oportunidad a otras guías para tratamiento de la depresión elaboradas dentro de distintas instituciones sanitarias y académicas como las creadas por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz: *Guía clínica para manejo de trastornos afectivos en niños y adolescentes* y la *Guía Clínica para el manejo de la depresión*,³ por mencionar dos de las más importantes a nivel nacional. Se recomienda contar con una página web para el registro de las *guías de práctica clínica* y tener un conocimiento de las existentes en el país

- 3. Inclusión de intervenciones por personal paramédico (enfermería, trabajo social, psicología) en las guías de práctica clínica.** Una limitación trascendental en la actualidad es que en las guías de práctica clínica de depresión disponibles no se incluyen recomendaciones estandarizadas sobre atención para el personal paramédico de enfermería, trabajo social y psicología. Como se mencionó con anterioridad, el tratamiento integral de la depresión implica intervenciones psicosociales dirigidas a la rehabilitación integral del paciente a su medio familiar y laboral. Con la expectativa de poder imitar modelos de atención de los países desarrollados, la capacitación y estandarización del personal de enfermería y trabajo social en los servicios de atención en salud mental es una estrategia altamente costo-efectiva en la reducción de gastos en la atención de la salud mental de la población psiquiátrica. Asimismo, las guías de práctica clínica, tanto en su desarrollo como en su aplicación, recomiendan el incluir dentro de la perspectiva del desarrollo de la guía como tal un enfoque multidisciplinario, el cual debe abarcar a los profesionales de la salud ya mencionados, así como es recomendable incluir a grupos de interés relacionados con los aspectos de salud mental que atañen a esta discusión. Dentro de ellos existen asociaciones distintas que tienen el objetivo de cuidar y mejorar la atención en salud mental para nuestra población, otorgar a los pacientes grupos de apoyo y las distintas intervenciones psicosociales disponibles para el manejo de la depresión
- 4. Desarrollar guías de práctica clínica para prevención del suicidio.** El suicidio es la complicación psiquiátrica de mayor gravedad. La asociación descrita de suicidio con enfermedades mentales –entre las cuales, aquellas que revisten mayor trascendencia son el trastorno bipolar, la depresión y el abuso de sustancias– genera la necesidad inminente de desarrollar un plan de acción estratégico para la prevención del suicidio desde el primer nivel de atención

Bibliografía

- 160
1. The Global Burden of Disease, update 2004 World Health Organization. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf?ua=1
 2. Grupo de Trabajo. Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el trastorno mental grave. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2009. guías de práctica clínica en el SNS: I+CS Nº 2007/05.
 3. Cárdenas EM, Feria M, Vázquez J, Palacios L, De la Peña F. Guía Clínica para los trastornos afectivos (depresión y distimia) en niños y adolescentes. En: Berenzon S, del Bosque J, Alfaro J, Medina-Mora ME (ed). Serie Guías clínicas para la atención de trastornos mentales. México: Instituto Nacional de Psiquiatría; 2010.
 4. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, et al. Prevalence of mental disorders and use of services: Results from the Mexican National Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Mental*. 2003;26(4):1-16.
 5. Ugalde O. Guía Clínica para el tratamiento de los trastornos psicogeriátricos. En: Berenzon S, Del Bosque J, Alfaro J, Medina Mora ME (ed). Serie Guías clínicas para la atención de trastornos mentales. México: Instituto Nacional de Psiquiatría; 2010.
 6. Prevencion del suicidio. Una imperativa global. Resumen ejecutivo. http://www.who.int/mental_health/suicideprevention/exe_summary_spanish.pdf?ua=1
 7. Álvarez J, Caballero A, Camarena E, Colín R, Becerra M, Corona F, et al. Guía de la Asociación Psiquiátrica de América Latina para el tratamiento de las personas con depresión; 2008.
 8. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Metodología para la integración de guías de práctica clínica. México DF: Secretaría de Salud; 2007.
 9. Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo. México: Secretaría de Salud; 2009.
 10. Guía de práctica clínica, diagnóstico y tratamiento del trastorno bipolar. México: Secretaria de Salud; 2009.
 11. Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. México: Secretaria de Salud; 2011.
 12. Diagnóstico oportuno y tratamiento del episodio depresivo leve y moderado en el adulto mayor en el primer nivel de atención. México: Secretaria de Salud; 2008.

EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN

Gerhard Heinze

Joaquín R. Gutiérrez

12

Introducción

161

Todo ser humano puede presentar episodios breves (horas o días) de depresión y/o tristeza que frecuentemente están asociados con síntomas de ansiedad, pero algunos de estos cuadros pueden desencadenar en un trastorno depresivo mayor (TDM), que requiere de un tratamiento farmacológico y/o psicoterapéutico. En forma inicial, la mayoría de los pacientes con depresión manifiestan sus síntomas en forma somática con el médico de primer contacto, lo cual dificulta en muchas ocasiones el diagnóstico y tratamiento temprano, sobre todo por no ser reconocido. Sabemos bien que para diagnosticar un TDM, la sintomatología debe estar presente, por lo menos durante las dos últimas semanas, conforme el criterio diagnóstico de temporalidad del *Manual diagnóstico de los trastornos mentales* (DSM-5).¹

El análisis de sobrecarga global de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias (MNS) muestra que el TDM encabeza la lista por arriba del trastorno por uso de alcohol, esquizofrenia, trastorno bipolar, demencias, epilepsia y migraña entre otras, y que representa 65.6 millones de años de vida ajustados a discapacidad (AVAD).² Produce 37% de años perdidos por enfermedades no transmisibles.³ Asimismo, la proporción de AVAD es cinco veces mayor en países de medianos y escasos recursos, en comparación con países de altos recursos.⁴

Por otro lado, hace más de 60 años, muchos de los pacientes con un TDM moderado o grave no contaban con un tratamiento farmacológico para aliviar su sintomatología y sólo se recurrió a remedios paliativos como la herbolaria, fármacos con potencial adictivo

y diversos efectos secundarios como los opiáceos y las anfetaminas, así como ciertos métodos físicos y psicoterapéuticos con una eficacia limitada. El surgimiento de los fármacos con acción antidepresiva significa una esperanza para el manejo de este trastorno.

En la actualidad, se cuenta con un amplio arsenal de antidepresivos (AD), todos ellos con bondades farmacológicas, lo que representa la posibilidad de brindar a las personas con depresión una mejoría tanto de sus síntomas como de su calidad de vida.

Historia los antidepresivos

En la década de los cincuenta del siglo pasado la isoniazida y la iproniazida fueron probadas como fármacos antituberculosos en el Sea View Hospital de Staten Island y se observó que los sujetos que los consumían tenían una mejoría sustancial en su estado de ánimo, probablemente por inhibición de la diamina oxidasa acoplada con una débil inhibición de la monoamina oxidasa. Este descubrimiento fue decisivo para explorar sus efectos sobre la depresión y el estudio de los mecanismos neurobiológicos implicados.

Roland Kuhn en 1957 descubrió el efecto antidepresivo de los derivados de antihistamínicos, lo que dio lugar al surgimiento de los antidepresivos tricíclicos (ADT). El compuesto “G 22355” (Imipramina) fue un fármaco que surgió de su trabajo al mejorar estas sustancias.

Guiados por el interés del efecto que tenían la norepinefrina y la serotonina en el estado anímico, se intentaron aislar moléculas cada vez más selectivas. En la década de los setenta del siglo XX, zimelidina e indalpina fueron los primeros fármacos que cumplían con esta acción, sin embargo la fluoxetina fue el inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina (ISRS) que alcanzó un gran éxito. En 1998, se descubrió que un agonista de la sustancia P que no interacciona con los sistemas de monoaminas es un AD eficaz como ISRS (Paroxetina).⁵

Con el avance de la química en el área de la psicofarmacología, se ha buscado generar nuevas moléculas con un menor número de efectos secundarios, acciones más específicas en un mayor número de receptores implicados en la regulación del ánimo, entre ellos: inhibidores de la recaptación de noradrenalina (ISRN), inhibidores de la recaptación de dopamina y noradrenalina (IRDN), bloqueadores de los receptores de serotonina 5-HT_{2A/2C} y alfa-2 adre-

nérgicos, bloqueadores 5-HT_{2A} e inhibidores de la recaptación de serotonina, etc.⁶ Asimismo, se han investigado otros mecanismos implicados en la depresión como la actividad de los ritmos circadianos y la cronobiología.⁷

Mecanismos neurobiológicos de los antidepresivos

La hipótesis monoaminérgica de la depresión es una de las más estudiadas en relación con la actividad que ejercen los AD sobre estas vías de neurotransmisión. Las investigaciones posteriores al surgimiento de los AD sugieren que en el TDM hay una disminución de noradrenalina (NA) y/o de serotonina (5-HT); tras mejorar la transmisión monoaminérgica, los pacientes presentan también una mejoría en el estado del ánimo. Los IMAO evitan la degradación de monoaminas y los ATC bloquean la recaptación de las monoaminas, los sitios receptores colinérgicos, histaminérgicos y alfa1-adrenérgicos.^{8,9}

Los neurotransmisores como la serotonina, la noradrenalina y la dopamina facilitan la transmisión en las vías nerviosas que se originan en los núcleos del tallo cerebral, éstas tienen proyecciones descendentes en el sistema nervioso autónomo y proyecciones ascendentes generalizadas en el sistema límbico y la corteza. Dichas vías controlan muchos aspectos de la función del comportamiento, incluyendo las respuestas del estado de ánimo y de ansiedad.

En la actualidad, se han descrito diferentes tipos de receptores de serotonina, algunos implicados en la regulación del estado del ánimo y conductas (5-HT_{1A}, 5-HT_{1B}, 5-HT_{2A}, 5-HT_{2C}) y otros que cumplen funciones distintas. Además, los receptores de noradrenalina relacionados con el efecto de los AD promueven un incremento noradrenérgico en la terminal axónica, principalmente por la desensibilización de los receptores inhibitorios somáticodendríticos alfa 2 (p. ej. reboxetina y bupropión).¹⁰

La teoría neurotrófica/plástica de la depresión surgió hace poco más de una década, en ella se señalan los efectos de la depresión en estructuras como el hipocampo y cómo estos cambios pueden producir una desregulación en el estado del ánimo.¹¹ Ahora es conocido, dentro del campo de la *psiconeuroinmunoendocrinología*, que los estados de estrés prolongado aumentan la producción de cortisol, hormona que en condiciones normales regula la poda

neuronal a nivel hipocampal, sin embargo, al aumentar los niveles de cortisol, la neuritogénesis y neurogénesis (que es favorecida por el factor neurotrófico de crecimiento (BDNF)) no es suficiente para contrarrestar sus efectos,¹²⁻¹⁴ así como el aumento de factores proinflamatorios,^{15,16} produciendo así disminución del crecimiento y muerte neuronal. El hipocampo tiene además receptores para cortisol y es un sitio de regulación de sus niveles, por tal motivo, el daño de las neuronas hipocampales promueve el desbalance del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal. Por otro lado, el hipocampo desarrolla un papel importante en la regulación de los niveles de neurotransmisores, en especial de serotonina, lo que se suma a los cambios fisiopatológicos de la depresión a grandes rasgos. Estudios recientes en modelos *in vitro*, animales y de volumetría en seres humanos demuestran que tanto el aumento del BDNF,¹⁷ la disminución de la pérdida neuronal y el aumento del volumen hipocampal son efectos favorecidos por el uso de AD.¹⁸ Dentro de los fármacos estudiados, la fluoxetina, paroxetina y sertralina demuestran un perfil más amplio para promover estos cambios, teniendo mayor evidencia para sertralina.¹⁹⁻²³

El *rol de los astrocitos en la depresión* ha tomado importancia cada vez mayor, estas células sirven de sostén para las neuronas pero también desempeñan un papel muy importante como reguladores de los niveles de glutamato/ácido gama-amino butírico (GABA) (el glutamato es el principal excitador del sistema nervioso central y GABA es el principal inhibidor). En el TDM existe un desbalance de estos neurotransmisores, con un aumento en la actividad de glutamato y una disminución de la inhibición de GABAérgica, la trasmisión glutamatérgica está fuertemente implicada en la fisiopatología de la depresión y a la acción farmacológica de los AD. El antagonismo de los receptores de *N*-metil-D-aspartato (NMDA) exhibe una actividad antidepresiva como se observa con el uso de la ketamina, la cual ha sido propuesta como una medida terapéutica para la depresión resistente a AD. En estudios *post mortem* se observa que existe una disminución de la cantidad de astrocitos a nivel de la corteza prefrontal y en el área del cíngulo en pacientes deprimidos, lo que fisiológicamente promueve un aumento de glutamato a nivel del espacio sináptico, ya que el papel principal de estas células es la recaptura del neurotransmisor. Aunque no se conoce fielmente el mecanismo que juega el glutamato en la depresión, una cantidad excesiva promueve neurotoxicidad con la consecuente apoptosis neuronal.²⁴

Los trastornos del sueño son comunes en el TDM, los recientes avances apoyan los vínculos entre la cronobiología y los trastornos del estado de ánimo. El desarrollo de nuevos fármacos que actúan sobre el sistema circadiano y las medidas conductuales enfocadas a regular los ciclos de sueño-vigilia y que conducen a la mejoría de los síntomas depresivos, han generado un renovado interés en esta área. Los agonistas de los receptores de melatonina MT1 y MT2 son blancos terapéuticos sugeridos para tal fin.²⁵

Diseños experimentales para evaluar la efectividad de los antidepresivos

165

Los estudios experimentales que demuestran el efecto “real” de la respuesta del TDM con el uso de AD son los ensayos clínicos aleatorizados doble ciego en comparación con placebo (ECADCCP), por lo que se señalan como el “estándar de oro” para tal fin y ayudan a identificar las características de los pacientes respondedores. Para que las diferencias sean significativas frente a placebo, la puntuación mínima necesaria en la escala de Hamilton para depresión (HAM-D) debe ser de 28.²⁶

Indicaciones para el uso de antidepresivos

Objetivo del tratamiento con antidepresivos

En la actualidad, 48% de los pacientes con TDM no recibe algún tratamiento para la depresión. El objetivo del tratamiento farmacológico es disminuir los síntomas depresivos en un grado mayor a 50% en la escala HAM-D de la medición inicial al tiempo esperado de respuesta para un AD específico.^{27,28}

Sin embargo, los pacientes que toman AD, al ser en comparación con el grupo placebo, alcanzan grados de remisión de entre 30 y 35% y un menor porcentaje de remisión se reporta en los sujetos con depresión crónica (25-30%).²⁹ Esto significa que en promedio 70% de los pacientes que recibe actualmente un tratamiento antidepresivo no responden al tratamiento o responden de manera parcial.³⁰ Los estudios de metaanálisis publicados por la FDA sugieren que los AD tienen una eficacia marginal en comparación con el placebo.³¹

Elección del tratamiento para la depresión

166

El clínico, al determinar el diagnóstico de depresión debe elegir con cuidado el fármaco antidepresivo para el manejo de su paciente; dentro de las recomendaciones, se debe tener en mente: la experiencia con el medicamento, la respuesta esperada, su tolerabilidad, los efectos secundarios que han sido descritos, la condición médica actual, el uso de drogas, los efectos a corto y largo plazos del medicamento, el riesgo y potencial de intoxicación por sobredosis en pacientes con riesgo de suicidio, la propia experiencia del médico con el antidepresivo, la historia de respuesta de familiares de primer grado para responder a un antidepresivo, las preferencias del paciente, así como sus limitaciones económicas, la disponibilidad del medicamento y la licencia del compuesto.³² Además, se recomienda la combinación de un antidepresivo y terapia cognitivoconductual en casos de detectar un episodio depresivo severo o resistente; en aquellos pacientes con episodios anteriores y discapacidad funcional el tratamiento debe durar por los menos dos años.³³

Antidepresivos

En el Cuadro 12.1 se muestran los AD que en nuestros días se encuentran disponibles en el mercado, el grupo farmacológico al que pertenecen, las dosis terapéuticas y sus características farmacocinéticas.^{6,34,35}

Estrategias teóricas para el manejo de los episodios depresivos

El tratamiento en la fase aguda (primeras 6-12 semanas) es decisivo ante la expectativa que se tenga con cierto antidepresivos, se debe tener en cuenta que se puede presentar una mayor disminución de la sintomatología hasta las primeras 8 semanas. Los factores que se han descritos para alcanzar este efecto son: tener el mínimo de efectos secundarios por el antidepresivo e indicar una dosis suficiente por un tiempo adecuado.

La lista de las recomendaciones generales que se señalan para buscar la mejoría de los síntomas depresivos tras la falta de respon-

Cuadro 12.1. Antidepresivos disponibles en el mercado actual, su grupo farmacológico, sus dosis terapéuticas y sus características farmacocinéticas.

Grupo	Antidepresivo	Dosis terapéutica (mg/día)	V1/2 (horas)	Cmáx (horas)	Unión a proteínas	Metabolitos activos/ V1/2 (horas)
IMAOA	Moclobemida	100-600	1-2	0.5-1	50%	N-óxido-moclobemida
ATC	Amitriptilina	50-150	10-50	2-4	95%	Nortriptilina/ 20-100
	Imipramina	150-300	4-34	1-3	89%	N-desmetil-imipramina/ 13-61
	Doxepina	150-300	8-36	1-3	76%	Desmetildoxepina/ 2-10
ISRS	Nortriptilina	50-150	13-90	4-8	95%	
	Fluoxetina	20-80	24-72	4-8	› 95%	Norfluoxetina/ 7-16 días
	Sertralina	50-200	22-36	4.5-8.4	98%	N-desmetilsertralina/ 62-104
ISRN	Paroxetina	20-50	10-24	5-5.2	› 95%	No tiene
	Citalopram	20-40*	24-33	3-4	50%	Desmetilcitalopram/ 48
	Escitalopram	10-20	27-33	3-4	56%	No tiene
IRSYN	Fluvoxamina	50-100	15-28	2-8	77%	No tiene
	Reboxetina	2-4	12	2-4	› 97%	
	Maprotilina	50-100	43-45	6-8	88-90%	Desmetilmapirotilina/ 60-90
IRDYN	Doluoxetina	60	10.3-19	4-6	95%	
	Venlafaxina	75-225	4-7	2-5	30%	0-desmetilvenlafaxina/ 10-13
	Desvenlafaxina	50**-100				
BR5-HT2A/2C/ α2A	Mirtazapina	15-45	20-40	2	85%	Desmetilmirtazapina/ 20-40
B5-HT2A/ IDRS	Trazodona	100-150	5-9	1-2	89-95%	
	Nefazodona	300-600	4	1-3		Hidroxinefazodona Triazolodiona m-clorofenilpiperazina

*Prolongación del intervalo QT corregido en promedio de 12.6 ms a dosis de 40mg. Dosis mayores de 40mg no tienen efecto antidepresivo.³⁶

**Dosis mayores de 50 mg no muestran mayor efecto antidepresivo.

IMAOA, inhibidores de la amino-oxidasa A; ATC, antidepresivos tricíclicos; ISRS, inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina; ISRN, inhibidores selectivos de la recaptura de noradrenalina; IRSYS, inhibidores de recaptura de serotonina y noradrenalina;IRDYN, inhibidores de dopamina y noradrenalina; BR5-HT2A/2C/α2^a, bloqueador de los receptores de serotonina 2A/2C y alfa 2 adrenérgicos; B5-HT2A/IDRS, bloqueador de receptor de serotonina 2^a e inhibidor débiles de la recaptura de serotonina.

Fuente: Modificado de: López R, C. 2010.

ta o remisión en la fase aguda con el antidepresivo seleccionado se muestra a continuación:

1. *Incremento (maximización) de la dosis inicial de antidepresivo*
2. *Cambio a otro antidepresivo de diferente clase farmacológica (p. ej. ISRS-Dual-ATC)*
3. *Cambio de antidepresivo a otro de la misma clase farmacológica (de ISRS a ISRS)*
4. *Combinación de diferentes clases de antidepresivo (p. ej. ISRS + mirtazapina)*
5. *Potenciación del antidepresivo con otros agentes (p. ej. litio, hormona tiroidea o antipsicóticos atípicos) para mejorar la eficacia antidepresiva*
6. *Combinación de antidepresivos con una intervención psicoterapéutica*
7. *Combinación de antidepresivos con intervención biológica no farmacológica (p. ej. estimulación magnética transcraneal o terapia electroconvulsiva).³²*

168

El uso combinado de antidepresivos contra la monoterapia se ha discutido de manera amplia, debido a la posibilidad de la aparición de reacciones adversas al medicamento (RAM). Al evaluar la respuesta y remisión a las 12 semanas tras el uso de escitalopram + placebo (monoterapia), en comparación con escitalopram + buproprión (combinación ISRS + IRNEYDA) y mirtazapina + venlafaxina (combinación IRSYNE + modulador serotoninérgico y noradrenérgico MSYN), no se encuentran diferencias en los grupos. Además, la combinación de venlafaxina con mirtazapina demostró tener importantes RAM.²⁹

De acuerdo con la costo-efectividad del tratamiento para el TDM en México, se reporta que la mejoría de los AVDA es casi seis veces mayor cuando se administran ISRS + psicoterapia + manejo proactivo del caso. Este tipo de intervenciones aumenta considerablemente los costos de atención a estos pacientes.³⁷

Subtipos de depresión y las recomendaciones de manejo

En el Cuadro 12.2 se señalan los subtipos de depresión o las características asociadas con el episodio depresivo, sus características clínicas y el tratamiento sugerido para su manejo.

Cuadro 12.2. Subtipos de depresión, sus características clínicas y el tratamiento sugerido para su manejo.

Subtipo	Características	Tratamiento sugerido
Depresión melancólica	Es más común en pacientes adultos mayores Gran severidad de la enfermedad y discapacidad	AD con recaptura dual o combinación de ISRS con ISRN
Depresión atípica	Edad de inicio temprano Episodios más largos Curso más crónico Dos de los siguientes: Hipersomnia Hiperfagia Letargia intensa/fatiga (conduce a parálisis) Hipersensibilidad al rechazo/criticismo	IMAO Potenciación con hormona tiroidea
Depresión con ataques de enojo	Alta hostilidad, somatización y ansiedad Respuestas neuroendocrinas veladas para retos serotoninérgicos Diferencias estructurales cerebrales con hiperintensidades en materia blanca	AD serotoninérgicos
Depresión con insomnio prominente	Bajos rangos de remisión y respuesta	Combinación de antidepresivos e hipnóticos
Depresión con ansiedad	Bajos rangos de remisión y respuesta	

Fuente: Modificado de: Gelenberg AJ. J Clin Psychiatry. 2008;69(10):1513-28.

169

Uso de antidepresivos según la severidad de la depresión

La efectividad de los antidepresivos frente a placebo mejora al aumentar el grado de severidad del TDM, por lo que la respuesta es menor o no existe en los casos leves y es mayor en los casos severos.³⁸ Además, en los casos severos y resistentes de depresión se recomienda la combinación de un antidepresivo y terapia cognitivoconductual (TCC).

En los casos de depresión leve, los antidepresivos no son recomendables y debe preferirse la vigilancia, las estrategias de resolución de problemas, la intervención en los estilos de vida, la terapia de relajación y el ejercicio.³³

La presencia de condiciones médicas no psiquiátricas, el abuso de sustancias, el duelo, los trastornos del sueño y otras condiciones psiquiátricas pueden ocurrir de forma concomitante o mimetizar síntomas de un TDM. Por lo que los médicos deberán evaluar la presencia de estas condiciones cuando diagnostican TDM, así como considerar las condiciones comorbilidad con el fin de priorizar las intervenciones.³⁹

Uso de la clinimetría para medir respuesta a antidepresivos

En la actualidad, los ensayos clínicos ocupan como respuesta a los antidepresivos los criterios de la escala HAM-D. Cuando los pacientes presentan una disminución mayor de 50% de la puntuación basal inicial se expresa que ha habido una *mejoría* del episodio depresivo. La obtención de una puntuación menor a 7 puntos en la escala HAM-D se entiende como la remisión del episodio.⁴⁰⁻⁴²

Respuesta, remisión y recuperación

170

Se conoce como *respuesta* a la mejoría significativa, pero no necesariamente a la desaparición completa de los síntomas depresivos. A menudo se mide por la disminución de > 50% de la puntuación basal de la escala HAM-D o de la Escala de depresión de Montgomery-Asberg (MADRS). Existe una *remisión* cuando no se presentan síntomas depresivos o son mínimos tras el tratamiento con antidepresivos, además de una recuperación de la funcionalidad. Por medio de la clinimetría se establece como la disminución de menos

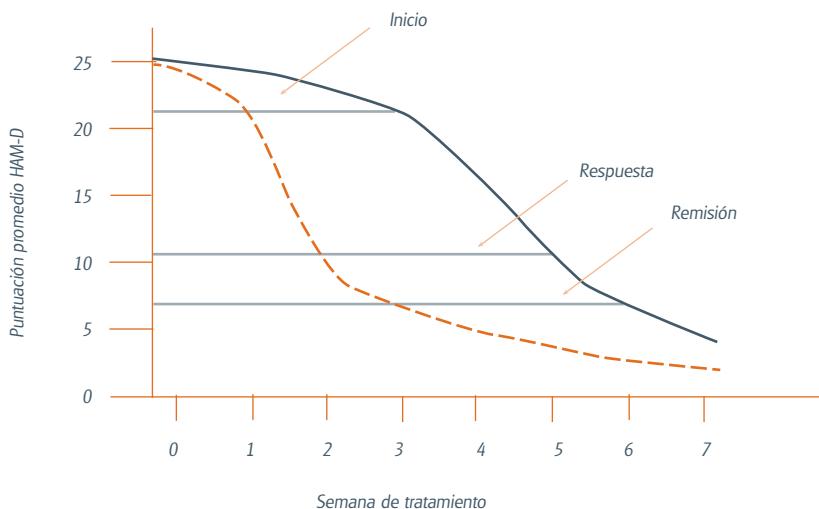


Figura 12.1. Eventos clave en la definición del inicio de acción.

Fuente: Modificado de: Thase ME. J Clin Psychiatry. 2001;62(Suppl 15):869-77.

de 7 puntos en la escala HAM-D. Por último, se puede establecer el término de *recuperación* cuando la remisión se mantiene por un periodo de 6 meses⁴³ (Figura 12.1).

Los estudios de revisión sistemática y metaanálisis sugieren que la mayoría de los antidepresivos tienen una respuesta similar; en algunos casos, el escitalopram y la sertralina podrían conferir ligeras ventajas sobre el resto.³⁹

Es indispensable evaluar la funcionalidad y los síntomas depresivos, ya que 90% de los pacientes experimenta una disminución funcional de moderada a grave.⁴⁴ Además, se deben valorar las alteraciones cognitivas (fallas en la atención,⁴⁵ memoria,⁴⁶ así como también en la velocidad del procesamiento y de las funciones ejecutivas⁴⁷) que se asocian al TDM y que tienen una relación con el grado funcional de las personas. Los hallazgos sugieren que a pesar de que los síntomas afectivos hayan remitido con el tratamiento farmacológico, los síntomas cognitivos pueden persistir en la etapa residual y la discapacidad funcionalidad puede ser persistente.⁴⁸

Se sugiere que los síntomas cognitivos pueden mejorar con lentitud y de manera gradual aun a pesar de que los síntomas afectivos y neurovegetativos hayan remitido tras el uso prolongado de los antidepresivos.⁴⁹

171

Recidiva y recurrencia

Dentro del curso del episodio depresivo, una persona a quien se le trata con antidepresivos puede experimentar una *recidiva* de los síntomas, esto significa el inicio de un nuevo episodio depresivo tras el curso de al menos dos meses de presentar una remisión de la sintomatología del episodio previo; o bien, *recurrencia*, que es la aparición de los síntomas del mismo episodio depresivo tras la respuesta o remisión.⁵⁰

Se debe tener en cuenta que el curso natural de la depresión es recurrente, sus episodios con frecuencia duran más de 2 años y la recuperación interepisódica suele ser incompleta.²⁹ En relación con aquellos pacientes que presentan depresión recurrente y discapacidad funcional, se recomienda que se les trate al menos por 2 años con antidepresivos.³³ Es imperativo tener en cuenta que la depresión recurrente no sólo está relacionada con factores neuropsicológicos, sino que se ha sugerido que los sujetos que han sufrido recaídas de los síntomas depresivos pueden presentar, como factores de riesgo más sobresalientes: comorbilidad con otros trastornos

psiquiátricos (p. ej. trastornos de ansiedad o hipersomnia), trastornos de la personalidad (en especial con alto neuroticismo o histriónimo), comorbilidad con otras enfermedades no psiquiátricas que generan disfuncionalidad. Además, algunos factores que predicen un mal pronóstico para la respuesta a los antidepresivos son: el sexo masculino, edades extremas, mayor duración del episodio antes de recibir tratamiento, falta de pareja estable, hospitalización, antecedentes de depresiones previas y mayor duración o severidad del episodio actual.

Depresión resistente a tratamiento con antidepresivos

172

El concepto de la depresión resistente a los antidepresivos (DRA) fue introducido por primera vez por Leiman en 1974.⁵¹ Se presenta si la severidad de los síntomas no se ha reducido a la mitad de acuerdo con la escala HAM-D desde la valoración inicial, a pesar del apego al tratamiento con dos antidepresivos que pertenecen a dos categorías farmacológicas diferentes.⁵² Se estima que entre 20 y 30% de los pacientes deprimidos en la práctica médica tendrá resistencia al tratamiento con AD.^{52,53} Cuando se sospecha de DRA deberá realizarse una revaloración, ya que desde el punto de vista clínicofenomenológico pueden existir falsas resistencias, en especial en aquellos cuadros depresivos que se articulan con comorbilidad con ansiedad, enfermedades no psiquiátricas, adicciones, trastornos de la personalidad y la posible existencia de una diátesis bipolar.⁵⁴

Con base en el Estudio Secuenciado de Alternativas de Tratamiento para Aliviar Depresión (STAR*D, por sus siglas en inglés), se observa que la respuesta acumulada a pesar de las fases sugeridas para el manejo de los episodios depresivos (1: uso de ISRS; 2: cambio a antidepresivos duales, otro ISRS y TCC, o potenciación con antidepresivos duales, buspirona o TCC; 3: cambio a mirtazapina o ATC, o potenciación con litio u hormonas tiroideas; y 4: cambio a IMAO o uso de venlafaxina + mirtazapina) no llega a ser completa. Lo anterior demuestra que de 10 a 20% de los pacientes no tendrá una remisión de los síntomas depresivos⁵⁵ (Figura 12.2).

La evidencia científica apoya la potenciación de los antidepresivos con el uso de antipsicóticos atípicos (p. ej. uso de aripiprazol, quetiapina y olanzapina) y constituyen las investigaciones más extensas y rigurosas en la depresión resistente a tratamiento. Estudios más recientes sugieren el uso de algunos psicoestimulantes, así

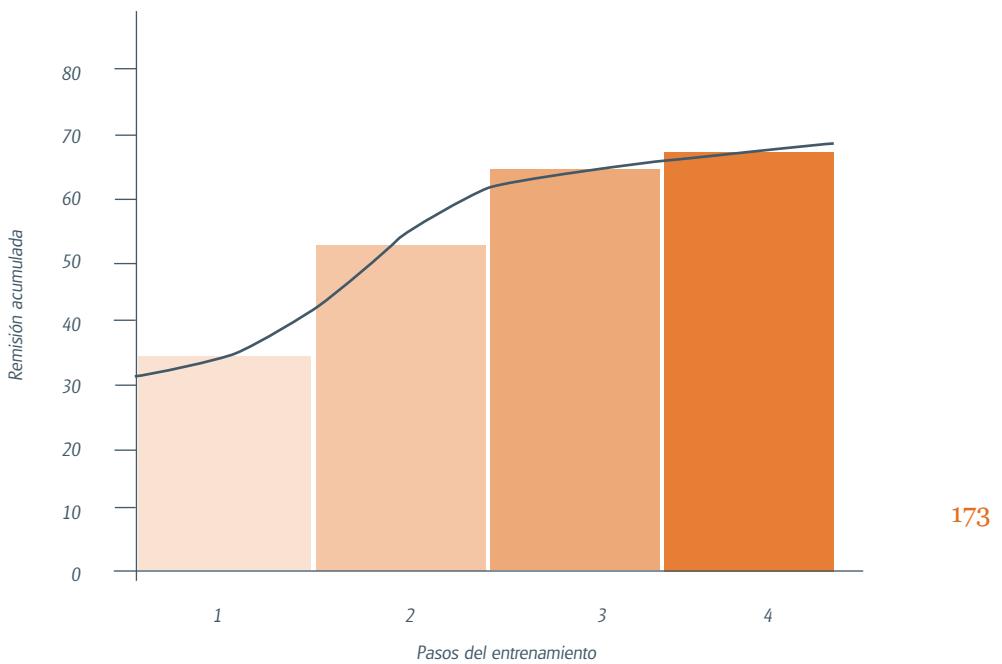


Figura 12.2. Remisión de los síntomas depresivos.

Fuente: Modificado de: Gaynes BD. Psychiatric Services. 2009;60:1439-45.

como el ejercicio aeróbico. Por otro lado, se investiga la eficacia de las terapias immunoinflamatorias y las intervenciones metabólicas. Sin embargo, las psicoterapias que se basan en manuales siguen siendo una opción de tratamiento, con los resultados más consistentes con el uso de la terapia cognitivo-conductual.⁵⁶

En la actualidad, se ha evaluado la efectividad de la administración de ketamina^{57,58} y oxitocina combinada con AD⁵⁹ para el tratamiento de la depresión resistente, y han demostrado resultados positivos que deben ser evaluados más a fondo para corroborar sus efectos.

Farmacovigilancia

La farmacovigilancia está encargada de identificar los efectos indeseables no descritos previamente para los fármacos, cuantificar el riesgo de estos efectos asociados con el uso de determinados fár-

macos, informar a los profesionales y tomar eventuales medidas administrativas.⁶⁰

Aproximadamente 40% de los pacientes que consume AD experimenta efectos adversos significativos de acuerdo con el STAR*D.⁶¹

Reacciones adversas a los medicamentos

Reacciones adversas más frecuentes de los antidepresivos

174

Las reacciones adversas a los medicamentos (RAM) con el uso de antidepresivos constituyen un factor importante para la falta de apego al tratamiento farmacológico. En el Cuadro 12.3 se resumen las reacciones más comunes, los fármacos que pueden generarlas, así como las recomendaciones más importantes ante la presencia de dichos efectos.

Cuadro 12.3. Reacciones adversas más comunes, fármacos que pueden generarlas y recomendaciones ante sus efectos.

Antidepresivos y efectos secundarios comunes ³⁹		
Efecto secundario	Fármaco	Recomendaciones clínicas
Náusea y vómito	Mayor con venlafaxina. Común con múltiples antidepresivos	Usar venlafaxina de liberación prolongada para reducir la náusea Comenzar con dosis bajas Tomar con los alimentos
Diarrea	Sertralina › paroxeina	Considerar su uso en pacientes con anorexia o pérdida no intencionada de peso
Somnolencia	Trazodona › mirtazapina	Usar en pacientes con insomnio actual. Dosis nocturna.
Mareo	Venlafaxina › sertralina, duloxetina	Considerar dosis al acostarse
Cefalea	Venlafaxina › bupropión, paroxetina, sertralina, escitalopram	
Disfunción sexual	Sertralina › venlafaxina › citalopram › paroxetina Bupropión y mirtazapina no tienen este efecto	Quizá requieran disminución de la dosis o cambio de medicamento
Insomnio	Bupropión › sertralina, fluoxetina, paroxetina, venlafaxina	Tomar por la mañana

Fuente: Modificado de: Bentley SM. 2014.

Riesgo de suicidio en adolescentes

Uno de los temas más discutidos con el uso de antidepresivos es el riesgo de suicidio en la fase aguda de tratamiento por los síntomas de activación que pueden presentarse antes de la mejoría del episodio. En México, el grupo de mayor riesgo es el del conjunto etario de 15 a 24 años, en especial los hombres cometan un mayor número de suicidios consumados, por lo que es un grupo vulnerable que debe ser detectado y manejado con precaución.⁶²

El tratamiento por medio de antidepresivos genera una disminución de la conducta suicida al mejorar el episodio depresivo; a pesar de ello, a partir de 2004 la FDA ha aumentado sus alertas en la *blackbox* acerca del riesgo de suicidio en niños y adolescentes. En 2007 la prescripción de antidepresivos que se indican en el grupo de adolescentes en Estados Unidos ha aumentado y las conductas suicidas también, lo que se contrapone a la idea de presentar una relación inversa consistente con los cambios en la prevalencia del uso de antidepresivos. Es probable que sólo una parte de la población de adolescentes que sufre TDM sea diagnosticada y tenga el beneficio de recibir tratamiento con AD, el resto que no recibe manejo mantiene el riesgo de suicidio, lo que incrementa su incidencia. Al parecer, los reportes de suicidios en 2004 no tomaban en cuenta la evolución tras el uso de antidepresivos como se comenzó a valorar en 2005, lo cual ha generado controversias acerca de su uso en esta población.⁶³

175

Síndrome serotoninérgico

El síndrome serotoninérgico es una condición grave que se produce por el incremento excesivo de la disponibilidad de serotonina en el espacio sináptico, esta condición iatrogénica conduce a alteraciones autonómicas como el aumento de la presión arterial, taquicardia, diaforesis e hipertermia, cambios en la actividad neuromuscular que inician con acatisia y progresan hacia el tremor y, por último, la rigidez, y puede llegar a ser tan grave como para conducir al paciente a *delirium* y coma, en especial se puede presentar cuando se da ISRS en dosis altas o en combinación con IMAO.^{9,39}

Uso de antidepresivos en el embarazo

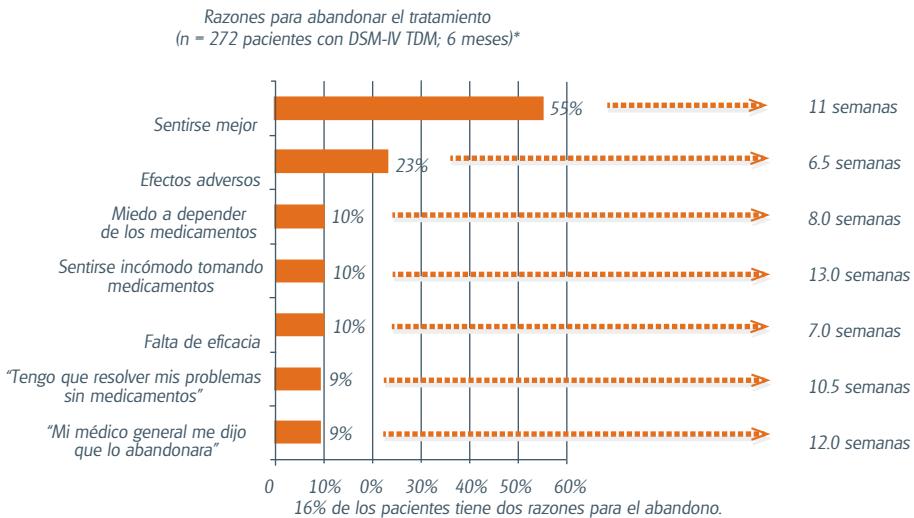
Los estudios de metaanálisis definen que el uso de antidepresivos durante el embarazo se ha asociado con un incremento pequeño pero significativo en la incidencia de nacimientos pretérmino, pero es difícil establecer que esta condición se deba al TDM, a los antidepresivos o a ambos. No se han encontrado diferencias significativas para la talla pequeña o el bajo peso al nacer (Einarson, R.N., Depression and Anxiety. 27:35–38, 2010). Se ha sugerido que el uso de estos psicofármacos puede aumentar el riesgo de malformaciones cardíacas; los estudios no demuestran que exista un aumento significativo del riesgo, en comparación con la presentación esperada en la población; sin embargo, se sugiere evitar el uso de citalopram.⁶⁴ Otra condición que se ha evaluado por este tipo de análisis es la presencia de hipertensión pulmonar; se encuentra un incremento en el riesgo cuando son administrados al final del embarazo (OR = 2.50, IC95%: 1.32 a 4.73. P = 0.005).⁶⁵

176

Cumplimiento del tratamiento con antidepresivos

Otro factor que puede afectar de manera directa la respuesta esperada de la acción con los antidepresivos es el grado de cumplimiento de la indicación médica. Se ha reportado que entre 10 y 60% de los pacientes no cumple con el tratamiento prescrito, siendo el perfil de efectos secundarios y la presencia de polifarmacia de forma crónica los principales factores relacionados con la falta de adherencia farmacológica.⁶⁶ Las variables evaluadas en relación con la falta de inicio del tratamiento son: la toma de la primera prescripción de antidepresivos, de la cual 13% de los pacientes no cumple con la indicación,⁶⁷ el no volver a adquirir el tratamiento después de haber consumido la primera prescripción 38^{68,69} y 29% de los pacientes que descontinúan el fármaco no notifican a sus médicos.⁷⁰

El abandono del tratamiento con antidepresivos es una constante en los usuarios, y se han estudiado diversos factores (ver Figura 12.3), dentro de ellos el “sentirse mejor” y los “efectos adversos” son las causas más comunes.⁷¹



177

Figura 12.3. Abandono del tratamiento: razones.

Fuente: Modificado de: Demyttenaere, K. J Clin Psychiatric 2001;62(Suppl 22):30-33.

Es por esto que los médicos deben informar a sus pacientes acerca de la necesidad del apego al tratamiento, el tiempo de respuesta y de toma, la necesidad de realizar incrementos, potenciación o cambios, así como la presencia de efectos esperables y de los efectos adversos que los AD puedan generar.

Proyección a futuro y tratamiento personalizado con antidepresivos

Farmacogenética y farmacogenómica

Recientemente ha incrementado la información acerca de la presencia de polimorfismos asociados con la eficacia diferencial, la tolerabilidad y la seguridad de los antidepresivos. Los resultados son mixtos, los tamaños del efecto limitados y hay un pobre control de los factores de confusión que impide traducir estos hallazgos a la práctica. Aunque se han dado pasos prometedores, las pruebas farmacogenéticas clínicamente traducibles y empíricamente sólidas

aún no se han establecido. El complejo panorama de la neurobiología del TDM, junto con la creciente comprensión de los procesos genéticos, representa desafíos de la investigación para la traducción clínica y su aplicación.⁷²

Por otro lado, la necesidad de diseñar tratamientos farmacológicos personalizados conduce a generar estudios de tipificación genética, a pesar de las dificultades para poder considerar endofenotipos específicos para la depresión. Los estudios que se han realizado con este fin no son concluyentes y son costosos, a pesar de ello ofrecen un acercamiento de la psiquiatría a la medicina personalizada en el campo del TDM y los antidepresivos.⁷³

178

Conclusión

El TDM es el principal trastorno MNS que genera un gran impacto en la carga global de la enfermedad de acuerdo con los AVAD y conduce en los individuos a una diversa constelación de alteraciones emocionales, fisiológicas, cognitivas y funcionales que impactan de manera directa en su actividad. El advenimiento de los antidepresivos ha constituido una posibilidad para ofrecer una mejor calidad de vida. Sin embargo, los perfiles de remisión y respuesta se ven afectados por los complejos sistemas fisiopatológicos, las condiciones comórbidas asociadas con el TDM, el perfil de efectos secundarios, la falta de acceso a tratamiento y el mal apego al mismo. Es importante tener en cuenta que la administración de un antidepresivo no es la panacea para el manejo de la depresión, se deben considerar cambios en el estilo de vida, la combinación con terapias manualizadas como la TCC y el enfoque en la problemática actual de los pacientes para lograr un resultado adecuado, y así poder reintegrar a los pacientes a las actividades de su vida diaria. Los avances en la neurobiología, la farmacología y la genética presentan un camino amplio, extenso e intrincado donde se espera que el aumento de blancos terapéuticos, las técnicas más avanzadas en la psicoterapia y la psicofarmacología orienten hacia un manejo personalizado que ayude a acercar al individuo a una mejoría sintomatológica integral.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association. 2013;xliv:947.
2. Collins PY, et al. Grand challenges in global mental health. *Nature*. 2011;475(7354):27-30.
3. WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2010; 2011:164.
4. WHO. The global burden of disease: 2004 update: 2008:146.
5. Gelenberg AJ, et al. The history and current state of antidepressant clinical trial design: a call to action for proof-of-concept studies. *J Clin Psychiatry*. 2008;69(10):1513-28.
6. López Rubalcava C. Actualidades farmacológicas de antidepresivos. En; Molina Covarrubias JC, Martín del Campo SL (ed). Interacciones farmacológicas: psicofarmacología. México: Masson Doyma México; 2010: p. 79-99.
7. Loo H, Daléry J, Macher JP, Payen A. Pilot study comparing in blind the therapeutic effect of two doses of agomelatine, melatonin-agonist and selective 5HT_{2c} receptors antagonist, in the treatment of major depressive disorders. *Encephale*. 2003;29(2):165-71.
8. Villanueva R. Neurobiology of major depressive disorder. *Neural Plast*. 2013;2013:873278.
9. Paez X, Hernandez L, Baptista T. Advances in the molecular treatment of depression. *Rev Neurol*. 2003;37(5):459-70.
10. Nash J, Nutt D. Antidepressants. *Psychiatry*. 2007;6(7):289-94.
11. Pilar-Cuellar F, et al. Neural plasticity and proliferation in the generation of antidepressant effects: hippocampal implication. *Neural Plast*. 2013;2013:537265.
12. Frodl T, O'Keane V. How does the brain deal with cumulative stress? A review with focus on developmental stress, HPA axis function and hippocampal structure in humans. *Neurobiol Dis*. 2013;52:24-37.
13. Campbell S, et al. Lower hippocampal volume in patients suffering from depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2004;161(4):598-607.
14. McKinnon MC, et al. A meta-analysis examining clinical predictors of hippocampal volume in patients with major depressive disorder. *J Psychiatry Neuosci*. 2009;34(1):41-54.
15. Simon NM, et al. A detailed examination of cytokine abnormalities in Major Depressive Disorder. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2008;18(3):230-3.
16. Howren MB, Lamkin DM, Suls J. Associations of depression with C-reactive protein, IL-1, and IL-6: a meta-analysis. *Psychosom Med*. 2009;71(2):171-86.
17. Nestler EJ, et al. Neurobiology of depression. *Neuron*. 2002;34(1):13-25.
18. Willner P, Scheel-Kruger J, Belzung C. The neurobiology of depression and antidepressant action. *Neurosci Biobehav Rev*. 2013;37(10 Pt 1):2331-71.

19. Seo MK, Lee CH, Cho HY, Lee JG, Lee BJ, Kim JE, et al. Effects of antidepressant drugs on synaptic protein levels and dendritic outgrowth in hippocampal neuronal cultures. *Neuropharmacology*. 2014;79:222-33.
20. Taler M, Miron O, Gil-Ad I, Weizman A. Neuroprotective and procognitive effects of sertraline: in vitro and in vivo studies. *Neurosci Lett*. 2013;550:93-7.
21. Mikail HG, Dalla C, Kokras N, Kafetzopoulos V, Papadopoulou-Daifoti Z. Sertraline behavioral response associates closer and dose-dependently with cortical rather than hippocampal serotonergic activity in the rat forced swim stress. *Physiol Behav*. 2012;107(2):201-6.
22. Peng ZW, Xue YY, Wang HN, Wang HH, Xue F, Kuang F, et al. Sertraline promotes hippocampus-derived neural stem cells differentiating into neurons but not glia and attenuates LPS-induced cellular damage. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2012;36(1):183-8.
23. Anacker C, et al. Antidepressants increase human hippocampal neurogenesis by activating the glucocorticoid receptor. *Mol Psychiatry*. 2011;16(7):738-50.
24. Smialowska M, et al. Glial degeneration as a model of depression. *Pharmacol Rep*. 2013;65(6):1572-9.
25. Hickie IB, Rogers NL. Novel melatonin-based therapies: potential advances in the treatment of major depression. *Lancet*. 2011;378(9791):621-31.
26. Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med*. 2008;5(2):e45.
27. Keller MB, Gelenberg AJ, Hirschfeld RM, Rush AJ, Thase ME, Kocsis JH, et al. The treatment of chronic depression, part 2: a double-blind, randomized trial of sertraline and imipramine. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(11):598-607.
28. Keller MB, McCullough JP, Klein DN, Arnow B, Dunner DL, Gelenberg AJ, et al. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N Engl J Med*. 2000;342(20):1462-70.
29. Rush AJ, Trivedi MH, Stewart JW, Nierenberg AA, Fava M, Kurian BT, et al. Combining medications to enhance depression outcomes (CO-MED): acute and long-term outcomes of a single-blind randomized study. *Am J Psychiatry*. 2011;168(7):689-701.
30. Knott RL, Bolge SC, Kim E, Tran QV. Effect of inadequate response to treatment in patients with depression. *Am J Manag Care*. 2010;16(8):e188-96.
31. Pigott HE, Leventhal AM, Alter GS, Boren JJ, et al. Efficacy and effectiveness of antidepressants: current status of research. *Psychother Psychosom*. 2010;79(5):267-79.
32. Bauer M, Pfenning A, Severus E, Whybrow PC, Angst J, Möller HJ. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 1: update 2013 on the acute

- and continuation treatment of unipolar depressive disorders. *World J Biol Psychiatry.* 2013;14(5):334-85.
33. NICE National Collaborating Centre for Mental Health (UK); National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance. Depression: the treatment and management of depression in adults (Updated Edition). Leicester (UK): British Psychological Society; 2010.
 34. Uriarte Bonilla VR. Manual clínico de los antidepresivos. México: Editorial Alfil; 2010:355.
 35. Thronson LR, Pagalilauan GL. Psychopharmacology. *Med Clin North Am.* 2014;98(5):927-58.
 36. US Food and Drug Administration. FDA Drug Safety Communication: Abnormal heart rhythms associated with high doses of Celexa (citalopram hydrobromide). 2012 03/28/2012 [cited 2014; Available from: <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm269086.htm>.
 37. Lara-Muñoz MC, et al. Estudio de costo–efectividad del tratamiento de la depresión en México. *Salud Mental.* 2010;33(4):301-8.
 38. Fournier JC, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA.* 2010;303(1):47-53.
 39. Bentley SM, Pagalilauan GL, Simpson SA. Major depression. *Med Clin North Am.* 2014;98(5):981-1005.
 40. Frank E, et al. Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder. Remission, recovery, relapse, and recurrence. *Arch Gen Psychiatry.* 1991;48(9):851-5.
 41. Rush AJ, et al. Treating depression to remission. 1995;25:704-9.
 42. Keitner GI, Ryan CE, Solomon DA. Realistic expectations and a disease management model for depressed patients with persistent symptoms. *J Clin Psychiatry.* 2006;67(9):1412-21.
 43. Thase ME. Methodology to measure onset of action. *J Clin Psychiatry.* 2001;62(suppl 15):18-21.
 44. Kessler RC, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA.* 2003;289(23):3095-105.
 45. Paelecke-Habermann Y, Pohl J, Leplow B. Attention and executive functions in remitted major depression patients. *J Affect Disord.* 2005;89(1-3):125-35.
 46. Bearden CE, et al. Sources of declarative memory impairment in bipolar disorder: mnemonic processes and clinical features. *J Psychiatr Res.* 2006;40(1):47-58.
 47. Porter RJ, et al. Neurocognitive impairment in drug-free patients with major depressive disorder. *Br J Psychiatry.* 2003;182:214-20.
 48. Harvey PD. Mood symptoms, cognition, and everyday functioning: in major depression, bipolar disorder, and schizophrenia. *Innov Clin Neurosci.* 2011;8(10):14-8.

49. Elgamal S, et al. Clinical factors that predict cognitive function in patients with major depression. *Can J Psychiatry.* 2010;55(10):653-61.
50. Sadupe JA, et al. Depresión. *Guías clínicas.* 2006;6(11):1-6.
51. Stranieri G. Resistant depressions. *Psychiatr Danub.* 2014;26(suppl 1):75-7.
52. Taiminen T. Treatment of drug-resistant depression. *Duodecim.* 2013;129(20):2149-56.
53. Patten SB. Support, patience, and expectancy: therapeutic options alongside intensified treatments for depression? *Can J Psychiatry.* 2014;59(7):347-8.
54. Ledoux A, Cioltea D, Angeletti L. A phenomenological approach of treatment-resistant depressions. *Encephale.* 2014;40(2):168-73.
55. Gaynes BN, Warden D, Trivedi MH, Wisniewski SR, Fava M, Rush AJ. What did STAR*D teach us? Results from a large-scale, practical, clinical trial for patients with depression. *Psychiatr Serv.* 2009;60(11):1439-45.
56. McIntyre RS, Filteau MJ, Martin L, Patry S, Carvalho A, Cha DS, et al. Treatment-resistant depression: definitions, review of the evidence, and algorithmic approach. *J Affect Disord.* 2014;156:1-7.
57. Murrough JW, Burdick KE, Levitch CF, Perez AM, Brallier JW, Chang LC, et al. Neurocognitive effects of ketamine and association with antidepressant response in individuals with treatment-resistant depression: a randomized controlled trial. *Neuropsychopharmacology.* 2014.
58. Wan LB, Levitch CF, Perez AM, Brallier JW, Iosifescu DV, Chang LC, et al. Ketamine safety and tolerability in clinical trials for treatment-resistant depression. *J Clin Psychiatry.* 2014.
59. Scantamburlo G, Hansenne M, Geenen V, Legros JJ, Ansseau M. Additional intranasal oxytocin to escitalopram improves depressive symptoms in resistant depression: An open trial. *Eur Psychiatry.* 2014.
60. Laporte JR, Tognoni G. *Principios de epidemiología del medicamento.* 2a ed. Barcelona, España: Masson-Salvat; 1993.
61. Trivedi MH, Rush AJ, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Warden D, Ritz L, et al. Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D: implications for clinical practice. *Am J Psychiatry.* 2006;163(1):28-40.
62. INEGI, I.N.d.E.y.G. *Estadística de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2011.* México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2013.
63. Stone MB. The FDA warning on antidepressants and suicidality--why the controversy? *N Engl J Med.* 2014;371(18):1668-71.
64. Einarson TR, Kennedy D, Einarson A. Do findings differ across research design? The case of antidepressant use in pregnancy and malformations. *J Popul Ther Clin Pharmacol.* 2012;19(2):e334-48.
65. Grigoriadis S, Vonderporten EH, Mamisashvili L, Tomlinson G, Dennis CL, Koren G, et al. Prenatal exposure to antidepressants and persistent pulmo-

- nary hypertension of the newborn: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2014;348:f6932.
66. Oller-Canet S, Fernandez-San Martin MI, Garcia-Lecina R, Castro Rodriguez JI, Font-Canal T, Lacasta-Tintorer D, et al. Do depressed patients comply with treatments prescribed?: a cross-sectional study of adherence to the antidepressant treatment. *Actas Esp Psiquiatr.* 2011;39(5):288-93.
 67. Xing S, Dipaula BA, Lee HY, Cooke CE. Failure to fill electronically prescribed antidepressant medications: a retrospective study. *Prim Care Companion CNS Disord.* 2011;13(1).
 68. McGettigan P, Kelly A, Carvahlo M, Feely J. Anti-depressants in primary care: analysis of treatment discontinuations. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2000;9(6):521-8.
 69. Mitchell AJ. High medication discontinuation rates in psychiatry: how often is it understandable? *J Clin Psychopharmacol.* 2006;26(2):109-12.
 70. van Geffen EC, van der Wal SW, van Hulten R, de Groot MC, Egberts AC, Heerdink ER. Evaluation of patients' experiences with antidepressants reported by means of a medicine reporting system. *Eur J Clin Pharmacol.* 2007;63(12):1193-9.
 71. Demyttenaere K, Enzlin P, Dewé W, Boulanger B, De Bie J, De Troyer W, et al. Compliance with antidepressants in a primary care setting, 1: Beyond lack of efficacy and adverse events. *J Clin Psychiatry.* 2001;62(suppl 22):30-3.
 72. Singh AB, Bousman CA, Ng C, Berk M. Antidepressant pharmacogenetics. *Curr Opin Psychiatry.* 2014;27(1):43-51.
 73. Fabbri C, Porcelli S, Serretti A. From pharmacogenetics to pharmacogenomics: the way toward the personalization of antidepressant treatment. *Can J Psychiatry.* 2014;59(2):62-75.

LOS CASOS RESISTENTES. CASO CLÍNICO

Carlos Berlanga

13

Reporte de caso

185

RA, masculino de 45 años de edad acudió a consulta hace 9 meses con el médico de atención primaria quien diagnosticó un trastorno depresivo mayor. A la fecha ha recibido dos tratamientos anti-depresivos con dos diferentes fármacos, ambos administrados en términos de dosis y tiempos suficientes. Primero recibió sertralina hasta 200 mg al día, y después fluoxetina a dosis de 40 mg al día. Con este último tratamiento dice sentirse “levemente mejor” pero aún no logra recuperarse del todo, no se puede concentrar, está irritable y llega a pensar que su familia estaría mejor si él muriera. Al menos tres preguntas surgen de este caso: ¿cómo se determina la condición de resistencia en un cuadro depresivo?; ¿cuál sería el paso a seguir: combinar el fármaco actual con otro medicamento o cambiar a un antidepresivo diferente? y ¿debe el paciente canalizarse a un especialista?

Introducción

El trastorno depresivo mayor (TDM) afecta aproximadamente a uno de cada cinco individuos adultos a nivel mundial, y es además la cuarta causa de discapacidad.¹ Sus costos sociales son elevados en términos de gasto público destinado a su atención y de días laborables perdidos. Además en cuanto a calidad de vida, los enfermos deprimidos se caracterizan por tener un nivel por debajo del resto de la población y comparable al de las enfermedades crónico-degenerativas. Los tratamientos farmacológicos para la depresión

no sólo aminoran los síntomas, sino que también incrementan la calidad de vida. Sin embargo, sólo entre 25 y 40% de todos los pacientes que reciben tratamiento logra la recuperación completa, mientras que el resto continúa con síntomas residuales o definitivamente sin ninguna mejoría.² Quienes no responden a los tratamientos conforman un grupo particular del trastorno denominado de resistencia terapéutica.

Para poder enfrentar estas situaciones clínicas es necesario identificar en qué momento se debe considerar un TDM como resistente, cómo se seleccionan los tratamientos con base en los principios farmacológicos y en el conocimiento de la neurobiología de la depresión, y cuáles son los beneficios que se obtienen con su prevención y detección temprana con el fin de reducir en lo posible el costo excesivo que representan para los servicios de salud mental y para la salud pública en general.

Los casos de TDM resistente a los tratamientos corresponden a un subgrupo de pacientes cuya enfermedad es de curso crónico, en ocasiones recurrente e incapacitante que afecta la calidad de vida y que eleva los costos de la atención médica. Estos enfermos tienen una mayor comorbilidad con otros padecimientos mentales, presentan mayor tendencia al consumo de sustancias adictivas, se hospitalizan con una frecuencia dos veces mayor que los casos de no resistencia y se calcula que solicitan alrededor de 10% más de visitas en los servicios de consulta externa tanto de medicina general como de diversas especialidades. Varios estudios llevados a cabo en otros países muestran que, en comparación con los no resistentes, los deprimidos resistentes elevan seis veces el costo de sus estancias hospitalarias. Por ejemplo, en Estados Unidos de Norteamérica se calcula que del total de los recursos destinados a la atención de los trastornos depresivos, 40% se dirige a la atención de casos de resistencia terapéutica.³

Definición y causas de la depresión resistente

Se considera que el TDM es resistente cuando al menos dos intentos de tratamiento (con dos antidepresivos diferentes) han dado resultados insuficientes. El nivel de resistencia aumenta, y se define como tal, en la medida en que fallan más tratamientos. Se desconoce qué produce que una depresión no responda, sin embargo es

posible que se trate de condiciones con elementos fisiopatológicos diferentes de las de los respondedores (si bien estos elementos no se han identificado aún), o bien que existan factores psicosociales individuales y condiciones del entorno que favorezcan la falta de respuesta. En algunas ocasiones el que un paciente no mejore se puede deber a un diagnóstico equivocado, a la presencia concurrente de otros trastornos mentales o de padecimientos médicos en general, al uso inadecuado de medicamentos o de la psicoterapia, al mal manejo de los efectos secundarios y a la falta de apego a los tratamientos entre otros más. Se han identificado ciertas variables que cuando están presentes favorecen el surgimiento de una condición de resistencia. Entre ellas, se cuentan la presencia de síntomas de ansiedad intensa dentro del cuadro depresivo, los trastornos de la personalidad, las ideas suicidas, un mayor número de hospitalizaciones, el inicio de la enfermedad en edades tempranas, así como diversas condiciones médicas, por ejemplo el distiroidismo.⁴ De acuerdo con las más recientes investigaciones sobre los aspectos neurobiológicos de la depresión, se ha documentado que el estrés crónico y persistente que acompaña a las depresiones genera con el paso del tiempo cambios estructurales en ciertas regiones cerebrales consistentes en una reducción del volumen del grosor de la corteza frontal y del hipocampo. Esta reducción volumétrica inducida por daño y muerte celular produce, entre otras cosas, una pérdida de sinapsis en las regiones mencionadas, con lo cual se altera la densidad y funcionalidad de los receptores de serotonina y de noradrenalina y se modifica la actividad del transportador de estos neurotransmisores. Por consiguiente es posible que la resistencia terapéutica se deba a que cuando no se detecta ni se trata de manera oportuna, la depresión sigue un curso crónico que favorece estos cambios neurobiológicos y que posiblemente hace que los medicamentos no produzcan la respuesta esperada.⁵

Identificación y evaluación de los casos resistentes

Para determinar si un paciente tiene un TDM resistente, el primer paso es hacer una valoración completa e integral para asegurarse de que el diagnóstico es el correcto y de que se han llevado a cabo intentos adecuados de tratamiento. Es importante que al valorar el efecto, no sólo se tome en cuenta la reducción de síntomas sino también el

impacto de los tratamientos sobre el nivel de funcionamiento, la calidad de vida y las interacciones sociales del sujeto. Además de revisar los tratamientos farmacológicos, se deberá evaluar si el paciente ha recibido intervenciones de psicoterapia, tales como las del tipo cognitivo-conductual o interpersonal, o bien, en caso de no haberlas recibido, considerar si pudiese responder a ellas.

Si bien la condición de resistencia terapéutica indica la probable existencia de factores orgánicos individuales que hacen que los tratamientos no generen los efectos esperados, no se deberá dejar de lado la valoración de otros posibles factores causales. Entre ellos, se incluye el efecto que la depresión puede tener en la vida del paciente; en algunos casos y en algunos individuos, el mantenerse en depresión produce ciertos “beneficios”, por ejemplo recibir atención o afecto, lograr beneficios económicos o bien evitar enfrentarse a problemas y obligaciones. En el caso de que se identifique esa posibilidad, se deberá buscar atención especializada. Estos casos se denominan condiciones de “seudoresistencia” y representan un reto de evaluación para el clínico. Sin embargo, es indispensable diferenciarlos de manera razonable antes de dar un diagnóstico definitivo de resistencia. Existen instrumentos de evaluación de síntomas depresivos y de funcionalidad validados y estandarizados que pueden ayudar al clínico en el proceso diagnóstico, y se cuenta también con criterios estandarizados para definir el nivel de resistencia; sin embargo, el juicio clínico y la evaluación completa e integral son las mejores herramientas de valoración. En la mayoría de las ocasiones será indispensable obtener información adicional de familiares y de personas que convivan con el paciente. Esta información será útil para completar el escenario clínico y definir el diagnóstico.

En el proceso de diagnóstico integral se deberá descartar de manera razonable el que la resistencia a los tratamientos se deba a la presencia de otros padecimientos físicos aún no identificados. En situaciones de duda diagnóstica, además de una exploración física completa, se deberán solicitar aquellos estudios de laboratorio y gabinete que, a juicio del clínico, son indispensables para hacer un diagnóstico diferencial. Hay condiciones médicas cuyas primeras expresiones corresponden a síntomas depresivos, o bien que no muestran claras manifestaciones somáticas en sus primeras etapas, por lo que esto deberá considerarse en la valoración. Quedará a juicio del clínico determinar en cada caso individual, el tipo de estudios y el grado de amplitud que estén justificados. Cuando los resultados de la valoración física y/o de los estudios sean dudosos

o difíciles de interpretar, será recomendable solicitar la opinión de otros especialistas.

Estrategias de tratamiento

Para tratar el TDM resistente, es recomendable establecer una estrategia farmacológica racional y en lo posible organizada de manera secuencial. Sin embargo, no siempre se podrá seguir la secuencia en forma ordenada, ya que el proceso se definirá de acuerdo con las condiciones particulares de cada caso.⁶ En términos generales las opciones de tratamiento se observan en el siguiente esquema:

189

Opciones de tratamiento de depresión resistente

Optimización

La primera estrategia a utilizar con pacientes que no responden al primer intento con un antidepresivo es incrementar la dosis y extender el tiempo de tratamiento lo más razonable posible. Si bien de acuerdo con los resultados generados por un buen número de ensayos clínicos no se ha comprobado que a dosis mayores la respuesta sea mejor, se deberá valorar la posibilidad del incremento sobre todo cuando las dosis utilizadas hayan sido bajas. Los intentos de tratamiento deberán efectuarse con dosis dentro del rango terapéutico establecido para cada fármaco, manteniendo incluso el límite superior del rango durante un tiempo suficiente, siempre y cuando haya una buena tolerancia. Hay que considerar que el administrar dosis por arriba de ese nivel, además de no generar mejoría, puede incrementar los efectos secundarios y facilitar que el paciente suspenda por decisión propia el medicamento. Un aspecto importante antes de considerar una respuesta fallida, es corroborar que el paciente se apegue a las indicaciones del tratamiento y determinar que el intento se hizo durante un tiempo suficiente. Considerando los resultados de diversos estudios publicados, un intento suficiente deberá durar entre 4 y 8 semanas. Se deberá tomar en cuenta que hay respuestas tardías y que algunos pacientes que no mejoran después de 4 semanas es posible que lo hagan en el curso

de las siguientes. Será decisión del clínico determinar hasta cuándo es conveniente continuar con un mismo medicamento; en ello se deberán considerar aspectos tales como la gravedad de los síntomas, la incapacidad y malestar que éstos generen y los posibles riesgos como el de suicidio o alguna complicación médica.

Cambio

190

Una vez agotado un adecuado intento de tratamiento, la siguiente opción es sustituir el fármaco por otro. La información generada por los estudios que evalúan esta estrategia dan resultados inconclusos que no permiten llegar a un consenso general. El fundamento para hacer el cambio se basa en que es factible que ciertos pacientes tengan una susceptibilidad individual para responder a ciertos medicamentos, y que esta susceptibilidad esté dada por factores genéticos y por las condiciones físicas de cada individuo. De hecho, existen estudios farmacogenéticos de aplicación clínica que con muestras de fluidos corporales pueden hacer un análisis de cómo metaboliza cada individuo los medicamentos. Sin embargo, es aún prematuro considerar estos estudios como indispensables y de suficiente información como para tomar decisiones terapéuticas.

La primera disyuntiva a la que se enfrenta el clínico cuando decide cambiar de medicamento es decidir si hacerlo por otro de la misma clase o bien por otra clase terapéutica. De igual manera, no existe un consenso general que ayude a esta decisión. La mayoría de los clínicos en la actualidad utilizan a los inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina (ISRS) como los antidepresivos de primera elección, principalmente porque tienen un buen nivel de eficacia y porque suelen generar muy pocos efectos secundarios. Todos los ISRS comparten el mismo mecanismo de acción primario: inhiben la actividad de la molécula que transporta a la serotonina de regreso a la neurona presináptica, con lo cual se reduce su recaptura incrementando por consiguiente sus concentraciones en el espacio sináptico; desde luego, ahora se sabe que el efecto antidepresivo global de estos fármacos incluye otros mecanismos adicionales. Si bien todos los ISRS comparten este mecanismo, cada uno de ellos tiene otros efectos farmacológicos adicionales que les confieren efectos diferenciales. Estas diferencias entonces justifican el cambiar de uno a otro fármaco dentro de la misma clase, como se ilustró en el caso clínico

expuesto al inicio del capítulo. Esta misma consideración se aplica al resto de los antidepresivos como los tricíclicos, los inhibidores de la MAO o los que tienen un mecanismo de acción dual. De igual manera, en estos casos será decisión del clínico determinar por cuál medicamento se deberá cambiar. En ocasiones se prefiere hacer el cambio con medicamentos de otra clase terapéutica tanto por experiencia con otros pacientes, como por anticipación de tolerancia. Una de las limitaciones del cambio de medicamento es que es una estrategia que consume tiempo. Por razones de seguridad y tolerancia se recomienda hacer el cambio en forma progresiva y evitar modificaciones súbitas. Una vez modificado habrá que llegar a las dosis terapéuticas y además esperar el tiempo suficiente para determinar si está funcionando.

191

Combinación

Ante una persistente falta de respuesta, la siguiente estrategia es la de combinar medicamentos antidepresivos. La mayoría de las veces ésta consiste en mantener el antidepresivo que está generando una respuesta mínima o parcial y agregar otro que con un mecanismo de acción complementario pueda, al menos teóricamente, hacer más potente el efecto global del tratamiento. El beneficio de esta estrategia es que, aunque sea mínimo, no se pierde el efecto del primer medicamento y que no se vuelve a empezar desde el principio para valorar el efecto, por lo que se consume menos tiempo. Lo negativo es que dar dos medicamentos puede aumentar los efectos secundarios afectando la tolerancia, y además aumentan los costos del tratamiento. Cuando se determina hacer una combinación, lo ideal es que se seleccione un medicamento cuyo efecto vaya dirigido al control de los síntomas del cuadro que aún no se resuelven, como podría ser el caso de la ansiedad o del insomnio (en estos casos los antidepresivos con efecto hipnótico se pueden utilizar). Las combinaciones de antidepresivos incluyen un número extenso de opciones, incluso con dos de la misma clase farmacológica.

Adicción

La adicción es una forma de combinación en la que a un antidepresivo se le agregan otros medicamentos que en principio no tienen un

efecto antidepresivo primario: tal es el caso del carbonato de litio y otros estabilizadores del ánimo (valproato, carbamacepina, lamotrigina, etc.), o bien de los antipsicóticos atípicos (olanzapina, risperidona, quetiapina, etc.). La estrategia de adición incluye igualmente la combinación de antidepresivos con psicoestimulantes (metilfenidato, modafinil, atomoxetina) o bien con hormonas tiroideas a pesar de que el paciente esté en condiciones de eutiroïdismo. Al igual que las estrategias anteriores, no hay evidencia con suficiente sustento que le dé más peso de eficacia a cualquiera de estas combinaciones, por lo que, una vez más, la determinación de qué combinar dependerá de la valoración de cada caso en particular.

192 Conclusiones

Es claro que los pacientes con TDM resistente a los tratamientos tienen una serie de elementos clínicos y de evolución que los diferencian de aquellos que responden a los tratamientos habituales. Aquellos que presentan resistencia tienen costos más elevados de atención médica y representan una mayor carga económica para los sistemas de salud pública. Estas características justifican la necesidad de tener elementos que permitan identificarlos lo más temprano posible durante el curso de su enfermedad, para poder proporcionar tratamientos racionales que puedan lograr una recuperación adecuada. Es claro también que uno de los factores causales más relacionados con la resistencia es el tiempo de evolución. Está demostrado que el mantenimiento de condiciones depresivas produce cambios estructurales y funcionales en el tejido cerebral que pueden detenerse con tratamientos eficaces. Es por ello que los pacientes más resistentes a los tratamientos son aquellos que no han sido diagnosticados en etapas iniciales de la enfermedad, que por falta de respuesta han tenido una evolución crónica de su padecimiento, o bien que a lo largo del curso de la enfermedad presentan más episodios recurrentes. Por lo tanto, una estrategia razonable de prevención es la identificación temprana y el tratamiento oportuno de estos casos, con lo cual se reduciría la posibilidad de generar condiciones favorables de resistencia. La mayor parte de los pacientes deprimidos en sus primeras etapas, suelen acudir a consulta con médicos de primer contacto del nivel de atención, o bien con médicos de distintas especialidades. Por ello, una reco-

mendación oportuna en este sentido es asegurarse de que en esos primeros contactos clínicos los médicos cuenten con el conocimiento y las destrezas necesarias para poder diagnosticar casos depresivos e instalar tratamientos eficaces lo más temprano posible en el curso de la enfermedad, así como canalizar al especialista aquellos casos complejos o de difícil diagnóstico. De esa manera, se podrá reducir el riesgo de que los sujetos evolucionen a condiciones de resistencia terapéutica. Otro aspecto que no debe dejarse de lado y que también desempeña un papel en el desarrollo de la resistencia es el concepto del *estigma*. Muchos pacientes y familiares consideran vergonzoso el tener depresión, incluso les genera un importante sentimiento de culpa. Dentro de las políticas de salud mental, es entonces indispensable considerar que se lleven a cabo campañas de educación dirigidas al público en general y de manera particular a pacientes y familiares, con el objetivo de eliminar los conceptos erróneos y equivocados que suelen tenerse en relación con la enfermedad depresiva, al igual que con otros trastornos mentales.

193

Bibliografía

1. Ustun TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathen C, Murray CJ. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry*. 2004;184:386-92.
2. Cuffel BJ, Azocar F, Tomlin M, Greenfield SF, Busch AB, Croghan TW. Remission, residual symptoms, and non-response in the usual treatment of major depression in managed clinical practice. *J Clin Psychiatry*. 2003;64:397-402.
3. Crown WH, Finkelstein S, Berndt ER. The impact of treatment-resistant depression on health care utilization and cost. *J Clin Psychiatry*. 2002;63:963-71.
4. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet*. 2009;374(9690):609-19.
5. Trivedi MH, Hollander E, Nutt D. Clinical evidence and potential neurobiological underpinnings of unresolved symptoms of depression. *J Clin Psychiatry*. 2008;69:246-58.
6. McIntyre RS, Filteau MJ, Martin L, Patry S. Treatment-resistant depression: definitions, review of the evidence, and algorithmic approach. *J Affect Disord*. 2014;156:1-7.

MANEJO PSICOTERAPÉUTICO DE LA DEPRESIÓN Y OTROS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Armando Vázquez

14

195

El manejo de los diversos trastornos psiquiátricos comprende varios componentes, entre éstos destacan el farmacológico y el psicoterapéutico. Sin embargo, es necesario no olvidar los aspectos familiares, sociales, ambientales y económicos. Todos ellos intervienen en mayor o menor grado en el éxito del tratamiento de los padecimientos mentales. Dentro de éstos, los trastornos depresivos ocupan un lugar preponderante, debido a su frecuencia y al impacto que tienen sobre la vida de los sujetos que la padecen.

Según refiere el doctor Ramón de la Fuente en su libro *La patología mental y su terapéutica, psicoterapia*

“es cualquier forma de tratamiento por medios psicológicos, que lleva a cabo una persona adiestrada, por medio de una relación profesional con un paciente, con el propósito de ayudarle a remover o atenuar síntomas o patrones de conducta indeseables y mejorar el funcionamiento de su personalidad y sus relaciones con los demás”.

El tratamiento de la depresión, los trastornos de ansiedad, la farmacodependencia, las psicosis y, por lo general, los trastornos psiquiátricos se complementa con la comprensión del viejo adagio de que hay enfermos que padecen enfermedades y, si bien cada una de ellas tiene sus propias características, es conveniente referirlas a cada sujeto en lo particular para poder entender al paciente, con el propósito de que su tratamiento tenga mayores probabilidades de éxito.

Además, hay que considerar que varios padecimientos de la esfera mental son crónicos y que por lo mismo los tratamientos son a largo plazo, o cuando menos intermitentes y es necesario entender a los pacientes para poder ayudarlos más eficientemente. Así no es posible comprender al sujeto que padece algún tipo de enfermedad

sin conocer su personalidad, es decir su particular forma de ser, de pensar, de reaccionar a su medio ambiente y, por lo general, de su conducta; pues esto tendrá influencia directa en la forma que afrontará su enfermedad y el grado de cooperación que podremos esperar de él. Por ello las vivencias del sujeto pueden ser generadoras de patología o al menos ser el factor desencadenante de las mismas.

Ahora bien hay aspectos que son comunes a los diversos tipos de psicoterapia. La confianza que el paciente deposita en el médico, así como el deseo de recibir ayuda, aunque en ocasiones este proceso se ve alterado por las circunstancias (tiempo dedicado a la consulta, frecuencia de las entrevistas, factor económico, distancia entre el punto de partida y el sitio del tratamiento, etc.). En los tratamientos, por lo general existen dos factores que son comunes. La fe que el paciente tiene en su curación y la esperanza de que así suceda. Estos aspectos son relevantes no sólo en el tratamiento de la depresión, sino de los enfermos en su conjunto. También intervienen en forma importante la sugestión y la persuasión. Incrementar y fortalecer el ánimo de los pacientes y disminuir sus temores y culpas son aspectos importantes de los tratamientos médicos en general, incluidos los psiquiátricos. Combatir la desconfianza y el desaliento es meta común de cualquier tratamiento en medicina. Hay atributos que son indispensables en el tratamiento de los pacientes, sobre todo en los psiquiátricos: saber escuchar, confidencialidad y capacidad de empatía; sin ellos es poco probable una influencia terapéutica exitosa.

Escuchar puede ser difícil en sistemas de salud donde lo impersonal y la sobredemanda restringen el tiempo de la consulta. Sin embargo, debe aplicarse en la medida de lo posible. La confidencialidad es básica en la atención de los pacientes, que tienen derecho a la privacidad y la confianza de que los datos expuestos estarán resguardados.

La empatía es la capacidad de ponerse en el lugar del otro para entenderlo mejor y valorar su punto de vista acerca de su padecimiento y de lo que aquél conlleva.

La psicoterapia médica

La psicoterapia que se relaciona de manera más estrecha con la práctica médica es aquella que tiene su fundamento en la relación médico-paciente, en donde la personalidad misma del médico tiene una influencia benéfica en el tratamiento de los pacientes.

La psicoterapia entiende el aspecto humano, psicológico y social de los problemas médicos. Este tipo de psicoterapia tiene una orientación biopsicosocial y se basa en un diagnóstico preciso del padecimiento del que se trate. Es el tipo de psicoterapia más usado por médicos que están en contacto con pacientes de padecimientos no psiquiátricos y que requieren de asistencia para el afrontamiento de los aspectos psicológicos de quienes padecen enfermedades graves incapacitantes o que, por lo general, son generadoras de intenso sufrimiento humano. Su práctica se sujet a las mismas normas que la práctica médica y frecuentemente acompaña a los tratamientos farmacológicos o de otra índole.

Si bien es cierto que la influencia benéfica puede ser ejercida por los médicos, por lo general se requiere de entrenamiento específico en psicoterapia para ejercer una acción terapéutica más a fondo cuando el caso así lo requiera, y puede requerir algún tipo de entrenamiento como la terapia especial de grupo, de familia, de niños y adolescentes o de ancianos. En este tipo de psicoterapia es necesario identificar aquellos aspectos que el paciente experimenta hacia su enfermedad y que, por ejemplo, pueden causar o acompañar a la depresión. La desesperanza, la angustia, la culpa y la cólera son emociones que a menudo la acompañan. Entre los factores que intervienen en las reacciones de los pacientes, se encuentran su personalidad, edad, historial médico y psiquiátrico, la enfermedad de que se trate así, como los aspectos familiares y socioculturales. Todo ello debe ser tomado en cuenta para poder ejercer un aspecto benéfico en los pacientes.

La psicoterapia médica tiene indicaciones en situaciones a corto plazo (las más frecuentes) como el apoyo de personas que se encuentran en una situación de crisis, hasta enfermos crónicos que requieren de asistencia por medio de su tratamiento. Para efectuar este tipo de psicoterapia, es necesario efectuar un diagnóstico médico sobre el padecimiento (psiquiátrico cuando sea el caso), un diagnóstico o evaluación de la personalidad del sujeto, así como de los aspectos familiares, sociales y culturales con el fin de entender su padecimiento y entorno, y estar en posibilidad de éxito.

Fijar límites de tiempo es importante para establecer metas alcanzables, objetivos precisos, evaluables de manera periódica y a la terminación del mismo, dejando la “puerta abierta” a posibles intervenciones en el futuro si fuese necesario.

Uno de los factores que influyen en forma importante en la actualidad son las limitaciones económicas y el incremento en la de-

manda, lo que ha inclinado la balanza hacia los tratamientos más breves con intervenciones a corto plazo.

En el tratamiento de la depresión y de otros padecimientos psiquiátricos se pueden utilizar principalmente los siguientes tipos de terapias: apoyo breve, conductual, cognoscitiva, interpersonal, familiar y de pareja, de grupo, psicodinámica y psicoanálisis. Hay una enorme cantidad de terapias según sean las variantes de los autores de las mismas, pero por lo general las que se explican a continuación son las fundamentales.

Psicoterapia de apoyo

198

La *psicoterapia de apoyo* es la más utilizada en la medicina en general y es poco específica. Puede ser aplicada por médicos, enfermeras, trabajadores sociales y desde luego por psiquiatras. Este tipo de psicoterapia ayuda a restablecer o mantener el nivel de funcionamiento que tenía el paciente antes de su padecimiento y en ocasiones ayuda a transitar o a vivir con él. Esto de acuerdo con los recursos con que cuenta el paciente (personalidad, etapa de la vida, apoyo familiar, etc.). Desde el punto de vista psicológico, tiene por objeto el fortalecimiento del *yo*, para con ello aumentar la independencia del sujeto. Asimismo, al igual que otro tipo de psicoterapias, apoya la percepción de la realidad.

La técnica de la psicoterapia de apoyo toma en cuenta tanto la relación médico-paciente como intervenciones activas por parte del terapeuta. Dicha relación no requiere que el paciente sea capaz de observar e informar de sus propios sentimientos y conductas con el mismo grado de precisión y profundidad que aquellas que están enfocadas a la introspección y el cambio. Los pacientes en este tipo de psicoterapia pueden desarrollar mucha ambivalencia hacia el tratamiento y dependencia hacia el mismo. Es necesario que el terapeuta esté disponible en forma regular y predecible.

La psicoterapia de apoyo está indicada para pacientes que están incapacitados por una crisis, catástrofe o trauma que está por encima de su capacidad de adaptación lo que provoca que funcione por debajo de su nivel habitual. Asimismo, también está indicada en sujetos en quienes hay una mayor alteración en su capacidad de adaptación y funcionamiento, como son los pacientes que sufren de: empobrecimiento de contacto con la realidad, escaso control de im-

pulsos, pobres relaciones interpersonales, desequilibrio emocional, incapacidad para la sublimación y escasa capacidad de introspección. Tomando en consideración lo anteriormente expuesto se puede concluir que este tipo de psicoterapia está indicada en la mayoría de los trastornos psiquiátricos, incluida desde luego la depresión, como resultado de situaciones de la vida que comprometen el funcionamiento del paciente.

También puede ejercerse –como ya se mencionó– en situaciones manejadas por médicos no psiquiatras o personal de salud cuando se tienen conocimientos sobre su aplicación y las características de personalidad necesarias de quien la ejerza. Las técnicas para ello comprenden la sugestión, el refuerzo, el consejo, las pruebas de realidad, la reestructuración del pensamiento, la reafirmación, la clarificación, establecimiento de límites, intervenciones en el entorno y el uso combinado con medicamentos. Las expresiones de interés, los consejos y la facilitación de la expresión emocional refuerzan las conductas apropiadas. La evidencia demuestra que este tipo de psicoterapia puede ser eficaz tanto en enfermedades psiquiátricas como médicas y que, dadas las características de la atención en donde la relación costo-beneficio es importante, por lo general ofrece una mejor alternativa que las psicoterapias más profundas y a mayor plazo.

Terapia conductual

En este tipo de psicoterapia lo esencial son los cambios en la conducta del sujeto, sin incidir sobre sus posibles causas. La conducta obedece a hábitos involuntarios que se adquieren, es decir por eventos repetidos del ambiente. El estímulo-respuesta es lo que guía la conducta del hombre, de tal modo que curarse es liberarse del síntoma.

De acuerdo con Eysenek, la relación con el paciente se maneja como una de tipo educativo. Los cambios conductuales incluyen el condicionamiento, la desensibilización sistémica, la relajación muscular, la autoafirmación, la implosión, las técnicas de reforzamiento positivo o negativo, entrenamiento aversivo, el consejo, la persuasión y la exhortación.

Skinner afirmó que las consecuencias que la conducta genera en el entorno determinarán qué acciones se verán reforzadas y cuáles resultarán debilitadas a lo largo del tiempo. Los estudios expe-

rimentales han aportado el concepto de que la experiencia previa y la relación entre los acontecimientos son muy importantes para el proceso de aprendizaje en que se basa este tipo de psicoterapia. Por lo tanto, existe una interacción recíproca entre los procesos biológicos del sistema nervioso central y los cambios conductuales que son resultado de las influencias ambientales.

Además de la depresión, este tipo de psicoterapia se ha utilizado con éxito en trastornos de ansiedad, fobias específicas como la agorafobia y la fobia social, el trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de la conducta alimentaria, trastornos psicóticos. Asimismo, en trastornos médicos como obesidad, cefalea, insomnio, cáncer y algunos trastornos pediátricos como el autismo, el trastorno por *déficit* de atención con hiperactividad, trastornos de la eliminación, etc.).

200

Terapia cognitiva

El aspecto principal de este tipo de terapia es el intentar el cambio del sujeto cambiando la percepción de sí mismos y de la realidad. Por medio del pensamiento, ideas, creencias y expectativas se puede entender la vivencia humana. La cognición es el principal determinante de las conductas y las emociones.

La terapia cognitiva es un tratamiento a corto plazo orientada a los problemas y requiere una participación activa del paciente. Tanto él como el terapeuta se enfocan en identificar patrones de pensamiento desadaptativos. Se utilizan técnicas conductuales para descubrir cogniciones distorsionadas y lograr un mejor funcionamiento del individuo. Son de gran importancia los procedimientos psicoeducativos y la asignación de tareas para reforzar los conceptos aprendidos durante la psicoterapia. El objetivo es la revisión a corto plazo de los síntomas. Asimismo, desarrollar las habilidades de cognición (conocimiento) que minimicen el riesgo de recaídas. Es así que en la terapia cognitiva las técnicas tienen por objeto cambiar el pensamiento anormal mediante la explicación, la discusión y el cuestionamiento de las suposiciones.

La terapia cognitiva es un tratamiento a corto plazo. El número de sesiones es variable según sea el caso pero suele ir de 3 a 20, aunque puede ampliarse si así se considera pertinente; pudiendo programar sesiones adicionales intermitentes cuando se estimara necesario con objeto de reforzar lo aprendido y evitar recaídas. La terapia cognitiva se centra en el “aquí y ahora”, las experiencias a lo

largo de la vida, los antecedentes familiares, el historial médico y la red social del paciente.

La historia clínica puede comprender una “historia biográfica” elaborada por el mismo paciente. Se examinan primero los problemas actuales y las acciones a tomar; como evitar los sentimientos de indefensión, culpa, vergüenza, desesperanza, etc. En seguida se analizan los actos presentes, dejando el pasado para más adelante, cuando el paciente esté en mejores condiciones de entender sus percepciones distorsionadas.

Con referencia a la depresión, Beck enfatizó que el procesamiento de la información está matizado por la desesperanza, la baja autoestima, la visión negativa del entorno, los pensamientos automáticos sobre temas negativos, el desánimo, el ensimismamiento, la reducción de la capacidad cognitiva para la solución de problemas, el incremento del recuerdo de acontecimientos negativos, la dificultad del pensamiento abstracto. Todo lo anterior son el material para trabajar, el cambio de dichas percepciones por otras más “sanas” y la psicoeducación. Las técnicas conductuales como la planificación de actividades y la asignación gradual de tareas son el componente principal de la primera fase del tratamiento de la depresión. La fase intermedia corresponde a identificar y modificar los pensamientos automáticos, negativos distorsionados. En la fase final se debe revisar lo aprendido durante la terapia y prever circunstancias que puedan desencadenar otro cuadro depresivo, y en ese caso se desarrollan estrategias de solución de problemas para que se utilicen en situaciones conflictivas futuras.

Terapia interpersonal

La psicoterapia interpersonal es un tipo de psicoterapia desarrollado por Klerman *et al.*, Proviene de la escuela de Adolf Meyer y Harry Stack Sullivan. Este tipo de psicoterapia se centra en la provisión de apoyo, la clarificación de los estados emocionales y sobre todo en la mejoría de la comunicación y de las habilidades interpersonales. Asimismo, analiza el funcionamiento social del paciente en el momento actual. La fase de evaluación comprende la recopilación de las relaciones interpersonales del sujeto en la actualidad y también las del pasado, por ejemplo con la familia y las amistades, y las relaciones sociales. Es así que el mayor énfasis se pone en la familia, el círculo social y el trabajo.

El enfoque interpersonal comprende aspectos cognitivos y psicodinámicos que se hacen patentes en las relaciones sociales del paciente. Así, examina sus percepciones desadaptativas, la influencia en su comunicación con los demás y sus expectativas que al estar distorsionadas agravan el problema. El terapeuta guía al paciente hacia el establecimiento de distintas formas de relacionarse con otros y de formas alternativas para lograrlo.

La terapia interpersonal se utiliza básicamente en el tratamiento de la depresión, ayudando de este modo a recuperar la habilidad para iniciar y sostener o recuperar relaciones con otros individuos.

Ya se expuso con anterioridad la terapia de ayuda o de apoyo que tiene cabida dentro de este proceso terapéutico. La relación terapéutica es básicamente realista y evita la dependencia y la agresividad. En este tipo de terapia es válida la intervención familiar, y el principal objetivo es que el paciente logre buenas relaciones interpersonales y una adecuada adaptación social. Su duración promedio es de 15 sesiones y está sujeta a los resultados obtenidos y al logro de las metas establecidas.

Por lo general, la terapia interpersonal se divide en tres etapas. En la primera de ellas, debe establecerse el diagnóstico y prestar el apoyo necesario al paciente relevándolo de su necesidad de complacer a los demás. La identificación de los problemas principales y su conexión con circunstancias en el pasado que tengan relación con la problemática actual constituye la segunda fase del tratamiento.

En la depresión y el duelo, la tarea es facilitar el proceso de éstos y fomentar el restablecimiento de las relaciones con los demás y la separación de la persona, situación o posesión perdida. En caso de dificultades de relación con otras personas en el trabajo, la familia y amistades, establecer una estrategia de recuperación de ellas o la superación de la pérdida y la búsqueda de nuevas relaciones más sanas. Cuando hay cambios de rol es necesario facilitar el proceso de adaptación (divorcio, empleo, etc.) aceptando la pérdida o el cambio y el nuevo rol a desempeñar. En la tercera fase del tratamiento se valoran las metas alcanzadas y se promueve su mantenimiento a lo largo del tiempo.

Este tipo de psicoterapia es una alternativa intermedia entre la terapia cognitivoconductual que hace énfasis en lo externo y las terapias psicodinámicas con un énfasis en lo intrapsíquico.

Psicoterapia psicodinámica

En estas psicoterapias se utilizan métodos de estudio de la conducta humana, con base en el hecho de que existen motivaciones, fuerzas, instintos y experiencias del pasado que son el motor de la conducta. Según hayan sido dichas experiencias, se va “construyendo” la estructura de la personalidad y de acuerdo con el autor de la teoría psicoanalítica, Sigmund Freud, dicha conducta se guía por aspectos inconscientes, es decir que escapan al conocimiento del sujeto. Es por ello que cuando existen conflictos se requiere un proceso para traer a la conciencia y resolver en la medida de lo posible aquello que hace que el sujeto no pueda adaptarse a su realidad. Así se espera cambiar la conducta y la estructura del carácter, por medio de la modificación de la forma en que se organiza la información y cómo se experimenta ésta. La técnica para lograr dichos objetivos son por medio de las asociaciones libres que permiten explorar el material reprimido (excluido de la conciencia) y gran parte mediante el análisis de la transferencia, es decir el material inconsciente que es vertido sobre el terapeuta y que tiene sus raíces en las vivencias tempranas infantiles y cómo se experimentaron las mismas. Esta restructuración de la personalidad es un proceso largo y poco práctico para el tratamiento de la mayor parte de la patología mental. En la depresión puede ser de utilidad en los contados casos donde la misma es la respuesta a la insatisfacción de las metas establecidas por el sujeto y los consiguientes sentimientos de culpa que desembocan en la desesperanza y la frustración.

Debido a esto se desarrollaron las llamadas psicoterapias psicodinámicas que, sin tener la pretensión de la restructuración completa de la personalidad, la tienen en el sentido de que utilizando los principios básicos del psicoanálisis, se centren en aspectos más focalizados de la vida presente del sujeto. Por ello son “menos profundas”, pero al ser de menor duración son más prácticas, por lo que están al alcance de un mayor número de pacientes.

Psicoterapia breve de orientación dinámica

Existe un gran número de psicoterapias de este tipo pero algunas de ellas fijan un número determinado de sesiones, por ejemplo 12,

con el objeto de que tanto el paciente como su terapeuta se centren en el “aquí y ahora”, es decir, en los conflictos actuales, y que uno de ellos, el más disruptivo o el que englobe a los demás se aborde, analice y en su caso se resuelva con la expectativa de que ello conllevará a la resolución en un tiempo razonable de los principales conflictos del paciente y un mejor nivel de funcionamiento y satisfacción del sujeto.

Los terapeutas de tratamientos breves necesitan un determinado tema o problema central que sirva de guía para no desviarse del objetivo establecido. Esto es de gran importancia cuando el tiempo es un factor importante. Hay que mantener un “foco” principal a lo largo de todo el tratamiento y el terapeuta debe ser flexible con objeto de que en los casos que se requiera desviarse del mismo no alterar la relación médico-paciente con escasos resultados terapéuticos.

204

El objetivo de la psicoterapia dinámica breve no es “curar” de una vez por todas, sino proporcionar la oportunidad de fomentar cambios en el pensamiento y la conducta con una mayor adaptación y percepción de sí mismo, con la expectativa de que dichos cambios se mantengan una vez terminado el tratamiento. Es por ello que en caso necesario la terapia puede ser intermitente, de acuerdo con el desarrollo de la vida del paciente.

La psicoterapia breve en casos de depresión

A continuación, se describen los principales conceptos y acciones para el tratamiento de la depresión por medio de psicoterapia breve.

Es necesario enfocarse en la disminuida autoestima del paciente, reforzándola y en el caso de que considere el pedir ayuda como una debilidad, hacerle ver que buscarla significa más sabiduría que debilidad.

En segundo lugar hay que reforzar la confianza del paciente incrementando su autoestima, hasta donde ello sea posible. En seguida es necesario revertir la intra-agresión que es lo que puede inducir a los impulsos suicidas. La catarsis de los impulsos agresivos es básica para disminuir la culpa. En seguida, hay que hacer el análisis de la situación precipitante o coadyuvante en relación con la vida temprana del paciente y cómo ha influido en el presente.

En este tipo de terapia es conveniente favorecer la aparición de la transferencia y el trato inmediato de ello. Al hacerlo, es necesario que sea en forma clara y comprensiva para el paciente. Asimismo, el

dar apoyo y guía es válido, incluso con la realización de actividades que puedan canalizar la hostilidad como el ejercicio y la práctica de algunos deportes.

Ahora bien como ya se mencionó con anterioridad, la combinación de este tipo de terapia con la farmacoterapia es el tratamiento que mayor éxito ha obtenido no solamente en la depresión, sino en los padecimientos mentales en general. Por último, es conveniente recordar que en casos donde la ideación suicida es persistente y estructurada, la terapia electroconvulsiva continúa siendo el tratamiento de elección.

Conclusiones

205

De acuerdo con lo descrito, la psicoterapia es un método de tratamiento eficaz que es necesario como parte de los recursos terapéuticos en el tratamiento de los padecimientos mentales. Su enseñanza se encuentra considerada en la mayor parte de los programas académicos de los distintos cursos de especialidad en nuestro país, si bien es cierto que el tiempo que se dedica a ellos por lo general es insuficiente. Debido a ello y a la creciente necesidad de la población para su atención, las terapias cortas son las que se ajustan con mayores probabilidades de éxito en el tratamiento de los padecimientos mentales en las instituciones.

La preparación más detallada y profunda en psicoterapia habitualmente se realiza en cursos de posgrado para el efecto. La práctica de los distintos tipos de psicoterapia se realiza a nivel de práctica privada. Sin embargo, la aplicación de psicoterapias breves no se basa tan sólo en consideraciones económicas, sino también en formas más rápidas de aliviar el sufrimiento y de conseguir que un mayor número de sujetos puedan beneficiarse del tratamiento.

Es recomendable que los programas para la formación de especialistas en psicoterapia aumenten en la medida de lo posible el tiempo dedicado al aprendizaje teórico de las diversas modalidades de la psicoterapia y, sobre todo, a la supervisión de casos, que es la modalidad más conveniente para su aprendizaje.

Asimismo, y conforme a las posibilidades institucionales, conviene ofrecer ampliar dicho tipo de atención en beneficio de un tratamiento integral y de la disminución de las recaídas, que disminuyen el costo del tratamiento.

Bibliografía

- 206
1. Austand CS, Berman WH. Managed health care and the evolution of psychotherapy. En: Austad CS, Berman WH (ed). *Psychotherapy in Managed Health Care: The Optimal Use of Time and Resources*. Washington, DC: American Psychological Association, 1991:3-18.
 2. Barber JP, Ellman J. Advances in short-term dynamic psychotherapy. *Curr Opin Psychiatry*. 1996;9:188-92.
 3. Bastos AG, Guimaraes LS, Trentini CM. The efficacy of long-term psychodynamic psychotherapy, fluoxetine and their combination in the outpatient treatment of depression. *Psychother Res*. 2014 Jul 21:1-13.
 4. Beck AT, Freeman A. *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Gilford; 1990.
 5. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, et al. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford; 1979.
 6. Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders*. USA: International Universities Press; 1984.
 7. Beck AT. Cognitive therapy: past, present and future. *J Consult Clin Psychol*. 1993;61:194-8.
 8. Crist P. The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta analysis. *Am J Psychiatry*. 1992;149:151-8.
 9. De la Fuente R. *La patología mental y su terapéutica*. Fondo de Cultura Económica; 2013.
 10. Dobson KS. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol*. 1989;57:414-9.
 11. Ellis A. *Humanistic psychotherapy: the rational-emotive psychotherapy*. New York: McGraw-Hill; 1973.
 12. Ellis A. *Reason and emotions in psychotherapy*. Nueva York: Lyle Stuart; 1962.
 13. Freud S. *El método psicoanalítico de Freud. Obras Completas. Tomo I*, Madrid: Biblioteca Nueva; 1973.
 14. Fromm E. *Ética y psicoanálisis*. México: Fondo de Cultura Económica; 1985.
 15. Gabbard GO. *Psychodinamic psychiatry in clinical practice*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2005.
 16. Gerber AJ, et al. A Quality-based review of randomized controlled trials of psychodynamic psychotherapy. *Am J Psychiatry*. 2011;168:19-28.
 17. Gühne U, Luppa M, König HH, Hautzinger M, Riedel-Heller S. Are psychotherapeutic interventions effective in late-life depression? *Psychiatr Prax*. 2014 Nov;41(8):415-23.
 18. Hales R, Yudotsky S, Talbott J. *DSM IV. Tratado de psiquiatría Tomo II*. The American Psychiatric Press; 2001.
 19. Iglehart JK. Managed care and mental health. *N Engl J Med*. 1996;334:131-5.

20. Jarrett RB, Minhajuddin A, Gershenson H, Friedman ES, Thase ME. Preventing depressive relapse and recurrence in higher-risk cognitive therapy responders: a randomized trial of continuation phase cognitive therapy, fluoxetine, or matched pill placebo. *JAMA Psychiatry*. 2013 Nov;70(11):1152-60.
21. Klerman GL, Weissman MM, Rounsville BJ, et al. Interpersonal psychotherapy of depression. New York: Basic Books; 1984.
22. Leichsenring F, et al. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61:1208-16.
23. Mackinnon RA, Michels R, Buckley PJ. The psychiatric interview in clinical practice. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2006.
24. Steinert C, Hofmann M, Kruse J, Leichsenring F. Relapse rates after psychotherapy for depression-stable long-term effects? A meta-analysis. *J Affect Disord*. 2014 Jul 2;168C:107-18.
25. Thase ME. Reeducative psychotherapies in treatments of psychiatric disorders. Edited Gabbard GO. Whashington, DC: American Psychiatric Press; 1995: pp. 1199-204. 207
26. Thase ME, et al. Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54:1009-15.
27. Weissman MM, Markowitz JC. Interpersonal psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:599-606.
28. Weissman MM, Markowitz JC. Interpersonal psychotherapy current status. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51(8):599-605.
29. Wolberg LR. Handbook of short-term psychotherapy. New York: Thieme-Stratton; 1980.
30. Wolberg LR. The technique of psychotherapy. 3a ed. Nueva York: Grune and Stratton; 1977.
31. Work Group on Major Depression Disorder. American practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. 3a ed. Arlington (VA): American Psychiatric Association (APA); 2010:152.
32. Wright JH, Thase ME. Cognitive and biological therapies. A synthesis. *Psychiatric Annals*. 1992;22:451-8.

LA ATENCIÓN DE LA FAMILIA Y EL CUIDADO DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

Maria Luisa Rascón Gasca

15

209

Introducción

Se calcula que alrededor de 450 millones de personas en el mundo sufren de algún tipo de trastorno mental;¹ a su vez, se estima que una de cada cuatro familias tiene al menos un miembro afectado por un trastorno mental o del comportamiento.² Cinco de los diez trastornos más discapacitantes son de naturaleza psiquiátrica: la depresión unipolar, el abuso de alcohol, la bipolaridad, la esquizofrenia y los trastornos obsesivo-compulsivos.³ Se trata de la enfermedad más incapacitante de la sociedad actual, de mayor repercusión social y familiar. Se prevé que por cada enfermo con esquizofrenia, hay varias personas afectadas por los efectos del trastorno, ya sean familiares o conocidos.⁴

En México diversos estudios han encontrado que entre 60 y 85% de los pacientes vive con su respectiva familia.⁵ Sin embargo, en la institución médico-psiquiátrica, se brinda a la familia poca orientación y ayuda profesional, es decir, los familiares tienen que manejar la problemática que manifiesta el paciente sin conocimiento de la enfermedad, ni entendimiento de la naturaleza biopsicosocial del trastorno. Según la OMS,⁶ la convivencia con una persona con enfermedad mental crónica reduce la productividad media de toda la familia, en especial cuando el sistema no puede ofrecerle tratamiento y apoyo. El desempleo, el estigma social y el aislamiento son algunas de las consecuencias añadidas de padecer una enfermedad mental.

La familia está involucrada en los cuidados de las personas con trastornos mentales, denominaremos *familiar cuidador primario informal* (FCPI) a la persona que se hace cargo de proveer atención y asistencia al enfermo y guarda una relación directa con el paciente, sean los padres, el cónyuge, los hijos o los hermanos; en algunos casos

pueden ser amistades. Este tipo de cuidador es informal porque no recibe capacitación para brindar los cuidados al paciente.⁷

¿Cuáles son las necesidades de los familiares de las personas con trastornos mentales?

210

En México se estudiaron las necesidades clínicas y sociales de los familiares de personas con trastornos mentales por medio de la metodología cualitativa, con grupos de discusión⁸ y se manifestaron diversas carencias en la atención, tratamiento y la rehabilitación de su paciente. Los resultados se clasificaron en cuatro dimensiones interdependientes: primera, necesidad de información; segunda, necesidad de atención integral; tercera, necesidad de servicios comunitarios, y cuarta, necesidad de combate al estigma hacia los trastornos mentales.

Necesidades de información. La primera categoría se refiere a las *necesidades de información*, que se reflejan en la falta de información y de conocimientos que les permitan entender lo que es un trastorno mental, desde los componentes –biológico, psicológico y social–, los obstáculos para cubrir esta necesidad provocan el retraso en la búsqueda de la atención y el deterioro de las personas con trastornos mentales, así como los internamientos involuntarios, la desunión familiar, el estigma social y el aislamiento, entre otros. Los FCPI mencionan que la información sobre los trastornos mentales debería estar disponible en diversos formatos, a diferentes niveles, con un lenguaje accesible, en los medios impresos conocidos, en el sistema educativo y de salud, desde la atención primaria hasta la especialización, así como en el sistema productivo y laboral y, por supuesto, en jornadas comunitarias de salud. Si los pacientes y los familiares recibieran información suficiente, comprenderían la importancia del tratamiento médico y psicosocial para la recuperación.

Necesidad de atención integral. En segundo lugar, se destacó la *necesidad de la atención integral*. Es necesario que el modelo de tratamiento que se brinda en los centros de salud mental considere los componentes psicosociales y el entramado de inclusión social, además de la atención médica por medio de un equipo sensible y bien capacitado desde la consulta externa e internamiento, hasta el servicio de urgencias. Asimismo, dicho modelo debe contemplar la participación interdisciplinaria que favorezca la integración del equipo de salud con el paciente y la familia –ya que de ésta depende que se dé el apego al

tratamiento, la asistencia a las consultas médicas— y, a su vez, integrar el reconocimiento de cómo los FCPI coadyuvan en la recuperación y reinserción social del paciente, siempre que los FCPI estén capacitados en diversas técnicas que les permitan resolver conflictos, manejar crisis, prevenir recaídas y recibir apoyos del equipo de salud y de su red social tendrán menor síndrome de carga y menor aislamiento social. Además, se reconoce que la participación del FCPI contribuye a menores tasas de recaídas y a un menor número de rehospitalizaciones que tienen efecto sustancial en el ahorro económico, tanto para las familias como para la institución de salud mental.

Necesidad de servicios comunitarios. En cuanto a la tercera dimensión, la *necesidad de servicios comunitarios*, los FCPI y los pacientes en recuperación manifestaron que es imperativo que se haga un esfuerzo comunitario de unión y apertura, en el cual se deben integrar diferentes tipos de apoyo institucional, de organizaciones civiles y del Estado, con la finalidad de mantener la interacción social. La labor comunitaria implica que las familias adiestradas y unidas por la misma experiencia se integren en grupos de apoyo para familiares, y para las personas con trastornos, gracias a la información provista, formen grupos para hacer frente al desafío de la discapacidad. Esta unión permite sentirse como si estuvieran recuperando un nuevo sentido de sí mismos, así como crear talleres laborales para reintegrar a sus seres queridos a una ocupación, también realizar capacitación para la prevención, asistencia y rehabilitación que ayude a inducir a una reinserción social del paciente, la creación de servicios de base comunitaria que permite a los pacientes vivir en un entorno normal, apartamentos protegidos y de cooperativas que den empleo a las personas con el trastorno mental. Todo esto puede ser promovido y asistido por profesionales de la salud y familiares voluntarios. Es conveniente distinguir entre las necesidades de los FCPI y las necesidades de las personas con trastorno mental y lograr un equilibrio con el fin de que cada persona pueda gozar de independencia, dignidad y buena calidad de vida.

Necesidad de combatir el estigma. La cuarta dimensión se identificó como la *necesidad de combatir el estigma* hacia la familia, el paciente y a los servicios sanitarios (hospital y personal de salud mental). El principal obstáculo que detiene el reconocimiento del trastorno mental como una enfermedad es que prevalezcan mitos y creencias erróneas, los FCPI y los usuarios manifestaron las vivencias constantes de discriminación social y la autodiscriminación que viven de manera cotidiana.

El abatimiento de esta necesidad por medio de recibir orientación y psicoeducación, al crear espacios para que el paciente y su familia puedan ser escuchados, consentir el poder hablar y compartir sin ser rechazados –con actitudes y conductas incluyentes y con la información adecuada de lo que es un trastorno mental–, y así crear conciencia, el combate a esta gran barrera permitirá tomar medidas para practicar la prevención, el tratamiento y la recuperación de las personas y sus respectivas familias, siendo más fraternales y facilitando la pronta integración a la vida cotidiana en la comunidad. Los FCPI han vivido la experiencia de que cuando un familiar se enferma de cáncer u otra enfermedad física, los vecinos, los amigos y otros familiares a menudo ofrecen mucho apoyo, mientras que si la enfermedad es mental, por lo general la familia involucrada se siente estigmatizada y a menudo la unidad familiar se retira con su familiar enfermo de la comunidad. Al discriminar se excluye y se afecta a toda la población: a niños y adultos, a ricos y pobres, a enfermos y sanos.

En este sentido las cuatro dimensiones de necesidades interdependientes reflejan que los servicios brindados por el Estado para la atención y la reinserción social de la persona con trastorno mental son insuficientes e incompletos, por tal motivo se abandona a la familia como proveedor de asistencia, cuidado y apoyo, sin el reconocimiento de ser el FCPI el principal y único agente comunitario en nuestro contexto social.

No hay duda de que en la actualidad la familia es la dispensadora de atención en la enfermedad mental crónica, se ha comprobado que la FCPI es la fuente más importante y principal de ayuda que tienen las personas con TM, las mujeres están identificadas como las cuidadoras principales en la familia. En otro estudio se muestra que desde un primer momento, se distingue la *carga objetiva y subjetiva*, la carga objetiva de la vida familiar por ser cuidador, por los costos directos (medicamentos, hospitalizaciones) o indirectos (*pérdidas de horas de trabajo del FCIP, mal uso de servicios generales de salud, tasa de accidentes, entre otros*). Otro aspecto de relevancia es el estrés provocado en los FCIP por el intento suicida de su ser querido, se pudo apreciar que desconocen el riesgo que se corre cuando su familiar está deprimido o ansioso y con ideación suicida.⁹ Así como también la falta de tiempo libre y de apoyo social, el bajo nivel de bienestar y de calidad de vida, la *carga subjetiva* como el sufrimiento silencioso de los FCIP por la culpa, aflicción e ira, estas emociones les agotan y desalientan, debido a la lucha con el estrés de una enfermedad crónica. El cuidado propio del FCPI es fundamental a pesar de la doble carga para continuar cuidando a su ser querido, las *actividades de cuidado personal* como prevenir enfermedades o acci-

dentes, mantener una nutrición adecuada, hacer ejercicio y procurar períodos de descanso disminuyen el síndrome de carga, sin embargo, estos hábitos son poco frecuentes en los cuidadores.

Respuestas a las necesidades invisibles

En el mismo orden de ideas, podemos considerar que *la carga que sobrelleva la familia como cuidadora de enfermedades no es nueva, cabe mencionar que en ninguna otra enfermedad grave se espera que los familiares tengan que tolerar tan poca consideración o apoyo por parte de las instituciones*. Lo que resulta relativamente reciente es el tratamiento que se da a las personas con trastornos mentales después de la desinstitucionalización y que la familia es la que debe hacerse cargo por falta de atención comunitaria.

213

La búsqueda de soluciones efectivas para atender la creciente demanda plantea una serie de desafíos y retos a las políticas en salud, en especial en relación con la atención enfocada a las familias.

En México no ha existido política específica para la atención de la familia, estas políticas de asistencia social atienden a un grupo poblacional y son creadas *ex profeso* para atender asuntos relacionados con las familias, pero centran su acción en la protección. Es decir, los criterios y lineamientos para la atención a las familias están contenidos en las políticas sociales y han operado bajo una perspectiva poblacional (adultos mayores y mujeres, entre otros segmentos) y desconoce las necesidades y requerimientos de la familia, en particular para llevar a cabo el cuidado de un integrante con un trastorno mental grave y crónica.

Es conocido que para atender los asuntos relacionados con las familias, se creó el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de La Familia (DIF), institución que centra su acción en la protección de los niños en condición de abandono o en situación de riesgo por violencia familiar o maltrato infantil. En este escenario, las familias se consideran el medio para la socialización, el cuidado y la garantía de los derechos de la infancia y no como protagonistas del desarrollo, como grupo social con características y particularidades, a ser intervenidas, por tal antecedente es conveniente recomendar los planteamientos que se especifican en seguida.

- Reconocer a la familia como la instancia fundamental, es decir como el único agente comunitario en nuestro contexto, que requiere capacitación y apoyo, ya que en ella se materializan las condiciones de vida, de consecución del tratamiento, de atención para prevenir crisis y de reinserción social de las personas con trastornos menta-

les, como un socio activo indispensable y como una persona a la que se debe ayudar a enfrentar con habilidad la solución de problemas relacionados en la convivencia entre cuidador y enfermo. Sin duda, los familiares que figuran con más desgaste son las mujeres

- *Promover condiciones de vida equitativas e impugnar la inequidad para el FCPI en salud mental, de manera que se le brinde remuneración por su desempeño, destacando a las mujeres por sus jornadas triples y sin apoyos*
- *Incluir la participación de FCPI por parte del servicio sanitario por medio de un proceso integral de atención interinstitucional e interdisciplinaria, de las asociaciones de familiares y cuidadores, las organizaciones de personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales, los usuarios de servicios, organizaciones dedicadas a la salud mental comunitaria no gubernamentales, las redes de desarrollo, las asociaciones de profesionales de la salud y proveedores de servicios en las acciones de carácter preventivo, de promoción de la rehabilitación y de apoyo a la reinserción social, que involucre la participación comunitaria con cobertura nacional*
- *La inclusión de una sociedad civil, y en particular de organizaciones de personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales y de familiares y cuidadores, puede ayudar a formular políticas y leyes y a crear servicios de salud mental más eficaces, con mayor rendición de cuentas y en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos*
- *Es necesario el liderazgo y el compromiso sensible de los gobiernos, la implicación de las partes interesadas para el desarrollo de las políticas, planes y leyes sobre salud mental que deben cumplir con las obligaciones de la Convención*
- *Política y legislación, planificación de los recursos, colaboración con las partes interesadas, fortalecimiento de los familiares y empoderamiento de las personas con trastornos mentales y discapacidad psicosocial y sus organizaciones, para garantizar que las familias y las personas con trastornos mentales tengan funciones y atribuciones oficiales para influir en el proceso de elaboración, planificación y aplicación de las políticas, leyes y servicios*

Agradecimientos

Se extiende un agradecimiento a los familiares de las personas con trastorno mental y al Conacyt por el financiamiento de los proyectos 3335-H y 46569-H.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias OMS, Catalogación por la Biblioteca de la OMS, Ginebra Suiza; 2004. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9243562576.pdf>
2. Pai, Kapur 1982; Fadden, et al., 1987; Winefield, Harvey 1994; Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo, salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, Suiza; 2001. Disponible en: http://www.int/mental_health/advocacy/en/Spanish_final.pdf
3. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo, salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, Suiza; 2001. En línea: http://www.int/mental_health/advocacy/en/Spanish_final.pdf
4. Organización Mundial de la Salud. Por la salud mental en el mundo sí a la atención no a la exclusión, Día Mundial de la Salud. Informe Doctora Gro Harlem Brundtland. OMS; 2001.
5. Valencia M, Rascón ML, Quiroga H. Aportaciones de la investigación con respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia. Rev Salud Mental. 2003;26:1-18.
6. Hawking-Stephen W, Chan M, Zoellick RB. Informe Mundial sobre la Discapacidad. Informe mundial sobre la discapacidad 2011. Catalogación por la Biblioteca de la OMS. En línea: www.who.int/iris/bitstream/10665/75356/1/9789240688230_spa.pdf -256ok
7. Rascón ML, Caraveo J, Valencia M. Trastornos emocionales, físicos y psiquiátricos en los familiares de pacientes con esquizofrenia en México. Rev Investigación Clínica. 2010 Noviembre-Diciembre;62(6): 509-15.
8. Rascón ML, Alcantara H, Casanova L. Las necesidades clínicas y sociales de familiares de personas con esquizofrenia en Florencia Peña Saint Martin y Beatriz León Parra (coord.), Medicina Social en México 1. Experiencias, subjetividad y salud Ed. EON; 2010.
9. Rascón GML, Gutiérrez LML, Valencia CM, Leaños GC, Rodríguez VERSUS. Percepción de los familiares del intento y la ideación suicida en sus parientes con esquizofrenia. Rev. Salud Mental. 2004;27(5):44-52.

LA REHABILITACIÓN PSIQUIÁTRICA INTEGRAL

Rosa Díaz Martínez

16

Introducción

217

En el presente capítulo se centra la atención en la necesidad del tratamiento continuo en la rehabilitación psiquiátrica integral.

Si bien es cierto que en México ya existe un Programa de Atención en Salud Mental, al igual que un “Capítulo de salud mental” dentro de la *Ley general de salud*, en la práctica aún es mucho lo que queda por hacer en este campo, en particular en torno de la Rehabilitación Psiquiátrica Integral.¹

En nuestro país, el eje de la atención de la salud mental sigue siendo el hospital psiquiátrico e infortunadamente existen muy pocas unidades de internamiento psiquiátrico en hospitales generales, establecimientos residenciales y servicios específicos para niños y adolescentes.

Del total del presupuesto asignado a la salud, que equivale a 6.5% del PIB, sólo 2% está orientado a la salud mental; y de este monto, se destina 80% a la manutención de los hospitales psiquiátricos. El total de recursos humanos que trabajan en el área de la salud mental asciende a 10 000 personas y la tasa de psiquiatras por cada 100 000 habitantes es de 1.6, lo cual resulta notoriamente insuficiente.²

A partir de 2004 la población que no se encuentra cubierta por la seguridad social (IMSS, ISSSTE, ISSFAM, entre otros) es atendida dentro del Seguro Popular, cuyos beneficiarios tienen derecho a recibir tratamiento de las enfermedades incluidas en el *Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud* (CAUSES), el cual cubre 100% de los servicios médicos que se prestan en los centro de salud de primer nivel. En el CAUSES 2010, se incluye atención ambulatoria y hospitalización breve para los trastornos mentales priorita-

rios: trastornos por déficit de atención e hiperactividad, trastornos afectivos y de ansiedad, trastornos psicóticos y del desarrollo, como autismo y epilepsia, además de la atención de las adicciones.³

A partir de 2007, se dio inicio a la integración de una red nacional de salud mental, conformada por unidades especializadas de atención (UNEMES) organizadas bajo un modelo comunitario, y se pretende que funcionen como el eje que estructura la atención ambulatoria y comunitaria de la salud mental.

Pero a pesar de la importante carga de enfermedad que representan los trastornos mentales, los datos de la última *Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica* señalan que existe una baja utilización de los servicios por parte de la población que presenta este tipo de padecimientos; por ejemplo, sólo una de cada cinco personas con algún trastorno afectivo recibió atención y sólo una de cada diez con algún trastorno de ansiedad lo obtuvo.³

El tiempo que tardan los pacientes en llegar a la atención es también importante, con una latencia que oscila entre 4 y 20 años, según el tipo de padecimiento.⁴ Cuando se considera la adecuación del tratamiento, se observa que sólo 50% de las personas que buscaron atención especializada en salud mental recibió un tratamiento adecuado. Aunado a lo anterior, los servicios son proporcionados principalmente en el tercer nivel con poca representación del primer nivel de atención.⁵

Como un ejemplo de lo que convendría hacer para mejorar algunos aspectos de la rehabilitación psiquiátrica integral, se podría mencionar el programa establecido en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM) para la rehabilitación integral del paciente con esquizofrenia, que ya cuenta con más de 14 años de continuidad.⁶

El programa para la rehabilitación integral de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del INPRFM

Un ejemplo de la posibilidad de establecer programas de rehabilitación psiquiátrica integral en México de mediano y largo plazos es el Programa de Rehabilitación Integral de Pacientes con Esquizofrenia del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), que ha tenido una continuidad ininterrumpi-

da de 14 años hasta la fecha. Se inició en 1994, y cada uno de los programas anuales realizados hasta hoy ha servido de base para enriquecer y modificar, en lo que se considera recomendable, el programa de rehabilitación integral del año siguiente.⁶⁻⁹

Se trata de un programa de consulta externa que permite el abordaje interdisciplinario de los pacientes con este diagnóstico mediante la aplicación de estrategias de intervención sociopsicológicas sustentadas en la investigación científica. Tiene las siguientes fases:

- 1. Evaluación e integración del diagnóstico*
- 2. Atención clínica y estabilización de la sintomatología psiquiátrica*
- 3. Fase de estudio y evaluación integral inicial*
- 4. Aplicación de estrategias de rehabilitación*
- 5. Evaluación final*

El objetivo básico del programa es identificar, diagnosticar, tratar y rehabilitar a las personas que sufren de manera persistente y recurrente trastornos esquizofrénicos de tipo crónico, con el propósito de evitar y prevenir el deterioro de sus capacidades funcionales de la vida diaria en áreas como la autosuficiencia para el cuidado de sus hábitos personales y el cuidado de sí mismos; su capacidad de establecer adecuadas relaciones interpersonales, y, si es posible, recuperar sus posibilidades de aprendizaje y autosuficiencia económica. Este programa ha tenido como metas específicas las siguientes:

- Disminuir la frecuencia de las recaídas de los pacientes
- Disminuir el número de las hospitalizaciones
- Mejorar el desempeño cotidiano de los pacientes
- Incrementar sus habilidades para la socialización
- Optimizar las habilidades ocupacionales
- Mejorar el funcionamiento del paciente en la familia
- Disminuir la emoción expresada
- Evaluar la satisfacción del paciente y su familia con el servicio proporcionado

Ingreso al programa

Para ingresar al programa, los pacientes deben cubrir criterios de inclusión y exclusión específicos que permitan la captación de personas con el diagnóstico a tratar, con estabilidad clínica demostrada y con el compromiso, tanto del paciente como de sus familiares, de cumplir con la evaluación inicial y final, contar con el tiempo establecido, participar de manera activa en cada una de las actividades

de rehabilitación durante el tiempo estipulado y colaborar en las evaluaciones de seguimiento semestrales por tiempo indefinido.

La evaluación debe permitir tener un perfil diagnóstico de la condición médica y de su funcionalidad psicosocial y medir la efectividad del tratamiento por medio de diferentes parámetros: como la sintomatología psiquiátrica, el nivel de funcionamiento cognitivo, el desempeño cotidiano, laboral y ocupacional, la calidad de las relaciones interpersonales, la emoción expresada, el nivel de discapacidad, la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos y el nivel de funcionalidad familiar. Lo anterior debe evaluarse con instrumentos confiables, de uso internacional y validados para población mexicana.

El programa incluye tanto intervenciones para los pacientes – tratamiento médicopsiquiátrico, psicoterapia individual, psicoterapia grupal, taller de inducción laboral, terapia ocupacional–, como intervenciones para los familiares –curso psicoeducativo, psicoterapia familiar grupal y psicoterapia unifamiliar.⁶⁻⁹

Para la evaluación de la efectividad del programa se utilizan los mismos indicadores y se aplican los mismos instrumentos que en la evaluación inicial.

El programa incluye la retroalimentación y las recomendaciones generales al paciente y a su familia, por medio de las observaciones y conclusiones de cada uno de los integrantes del equipo médico y psicoterapéutico.

Por último, se invita a los pacientes a acudir a la coordinación o con cualquiera de los terapeutas en caso necesario.

Como funciones adicionales, el programa permite elaborar y desarrollar programas de investigación, docencia, asesorías e intercambio académico en el campo de la rehabilitación.

Beneficios del programa

Los resultados muestran que la mayoría de las estrategias rehabilitadoras han resultado ser eficaces para incrementar el apego terapéutico, disminuir el índice de hospitalización, para mantener estabilidad en el cuadro clínico. Para mejorar el funcionamiento familiar y el funcionamiento psicosocial, así como el desempeño cotidiano del paciente con resultados estadísticamente significativos.¹⁰⁻¹³

Probablemente las características personales como el diagnóstico específico, el predominio de un tipo de síntomas (positivos/negativos), los años de evolución del padecimiento la comorbilidad psiquiátrica, el funcionamiento psicosocial, la dinámica familiar, el deterioro

cognoscitivo, el apego terapéutico, entre otros, pueden influir en los resultados del programa.¹⁴

Conclusiones

El tratamiento del padecimiento esquizofrénico ha evolucionado del uso casi exclusivo de antipsicóticos hasta la identificación e incorporación de estrategias determinantes de la rehabilitación psiquiátrica.

La experiencia acumulada de más de seis décadas en torno del tratamiento de los pacientes con trastornos esquizofrénicos por medio de alternativas psicosociales simultáneas al tratamiento psiquiátrico¹⁵⁻²⁰ ha permitido llegar a la conclusión de que el tratamiento adecuado para estos pacientes debe orientarse a brindar una rehabilitación integral, que abarque todas o la mayoría de las áreas que se ven afectadas en este padecimiento. La intención es que el paciente y su familia desarrollen estrategias que les permitan, en última instancia, obtener una mejor calidad de vida.

Al igual que en el caso de los pacientes con esquizofrenia, sería recomendable instrumentar un programa de rehabilitación del mismo tipo en los pacientes con trastornos de evolución crónica, como la depresión mayor, trastorno de ansiedad, trastorno bipolar, alcoholismo y farmacodependencia, que se acompañan de recaídas frecuentes o de exacerbación de los síntomas; es en estos trastornos que se requiere de apoyo para evitar que se generen discapacidades mayores en la productividad y alteraciones en el funcionamiento personal, familiar, laboral y social, además de aumentar el número de consultas y hospitalizaciones, así como incrementar el riesgo de suicidio, entre otras morbilidades.²¹⁻²⁴

Se ha propuesto un gran número de intervenciones psicoterapéuticas para la rehabilitación de los pacientes con trastornos mentales crónicos; cada una de ellas con objetivos y orientación particular de acuerdo con el diagnóstico específico, al lugar, al estatus del paciente (hospitalizado, o de consulta externa) y de acuerdo con los recursos tanto humanos como materiales disponibles. Sin embargo, existen elementos comunes que pueden ser aplicados de manera específica en todos estos casos.

En la literatura especializada, se ha propuesto de manera frecuente el empleo de por lo menos dos o más de los siguientes elementos como idóneos para llevar a cabo un programa de rehabilitación integral:

- 1. Tratamiento farmacológico*
- 2. Talleres psicoeducativos para familiares*
- 3. Psicoterapia grupal para pacientes y para familiares*
- 4. Psicoterapia individual*
- 5. Psicoterapia unifamiliar*
- 6. Dinámica grupal con familiares responsables del paciente*
- 7. Terapia ocupacional (áreas diversas)*
- 8. Estrategias comunitarias (creación o apoyo para el desarrollo de asociaciones civiles de familiares)*

Recomendaciones finales

222

Además de las medidas preventivas terciarias antes descritas, se deben promover programas de prevención en salud mental para los grupos en mayor riesgo.

Los servicios de atención primaria deben ser los encargados de proporcionar la atención en salud mental en primera instancia, de manera coordinada con los Servicios Especializados de Salud Mental.

Se deben homogeneizar los indicadores que permitan la identificación de los casos no detectados basados en clasificaciones diagnósticas internacionales,²⁵ para favorecer la accesibilidad y calidad de la atención.

Se debe ampliar la atención de la salud mental en hospitales generales con la tendencia a reducir las camas en hospitales psiquiátricos.

Se debe favorecer la atención en los hospitales generales, de pacientes con trastornos mentales en fase aguda (en urgencias y en la consulta externa).

Sería recomendable que en caso de ser necesaria la hospitalización de este tipo de pacientes, sea lo más breve posible, y se incremente la consulta ambulatoria en hospitales psiquiátricos para la atención de pacientes con trastornos mentales, con el fin de reducir la ocupación de camas y fortalecer las intervenciones psicosociales.

Es necesario instrumentar un mayor número de programas de rehabilitación integral con atención continuada, tanto dentro como fuera de las unidades hospitalarias que sean accesibles a un número cada vez mayor de personas con trastornos mentales. De esta forma, se podrían disminuir las hospitalizaciones y el estigma asociado con estos padecimientos, y aumentar las posibilidades de que los pacientes reciban servicios que se ajusten a sus necesidades.

Sería conveniente que lo anterior fuese convertido en políticas

públicas a lo largo y ancho del sector salud de nuestro país, con la idea de mejorar la eficacia y la eficiencia de la atención en el área de la salud mental en México.

Bibliografía

1. Informe sobre el sistema de salud mental en México. IESM-OMS. México: Secretaría de Salud; 2011.
2. Medina-Mora M, Borges G, Lara C, et al. Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*. 2005;35:1773-83.
3. Medina-Mora M, Borges G, Lara M, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 2003;26(4):1-16.
4. Borges G, Medina-Mora M, Wang P, Lara C, Berglund P, Walters E. Treatment and adequacy of treatment of mental disorders among respondents to the Mexico National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry*. 2006;163(8):1371-8.
5. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Zambrano-Ruiz J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública Mex*. 2004;46:417-24.
6. De la Fuente R. Acerca de las bases del tratamiento continuo y la rehabilitación de los enfermos psiquiátricos. Documento presentado a la Comisión para el Bienestar del enfermo Mental el 29 de enero de 1993.
7. Díaz-Martínez R, Murrow E, Ortega H, Valencia M, Rascón ML, Ramírez I. El manejo integral del paciente esquizofrénico: Un modelo del Instituto Mexicano de Psiquiatría. *Salud Mental*. 1996;19(4):1-7.
8. Díaz-Martínez R, Rascón ML, Ortega H, Murrow E, Valencia M, Ramírez I. Evaluación de un programa de rehabilitación del paciente esquizofrénico. *Rev Facultad de Medicina*. 1998;41(2).
9. Rascón ML, Díaz-Martínez R, López J, Reyes C. La necesidad de atención en los familiares responsables del cuidado de pacientes esquizofrénicos. *Salud Mental*. 1997;20(2 suppl 2):55-64.
10. Ortega H, Díaz-Martínez R, Benasini O, Rivero E, Herrera M, González S. Lineamientos prácticos para el diagnóstico y el manejo de los pacientes esquizofrénicos. Ed. Colegio Mexicano de Neuropsicofarmacología AC; 2001.
11. Diaz-Martínez R, Leaños-Guerrero C. La rehabilitación del paciente esquizofrénico. En: Esquizofrenia. Estado actual y perspectivas. Publicación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Composición Editorial Láser, S.A. de C.V.; 2001: pp. 455-505.

12. Rascón ML, Rascón D, Díaz-Martínez R, Valencia M. Relación entre la emoción expresada y la opinión afectiva de familiares y pacientes esquizofrénicos” Psicología Universidad Iberoamericana. Departamento de Psicología. 1998 Dic;6(4):56-65.
13. Díaz-Martínez R, Rascón ML, Valencia M, Murrow E, Rascón D, Leaños C, et al. El programa de rehabilitación del paciente esquizofrénico del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Seguimiento a dos años. Salud Mental, Número Especial. 1999 Dic:104-13.
14. Díaz-Martínez R, Ortega Soto H, Leaños Guerrero C, et al. La rehabilitación integral del paciente esquizofrénico en México: el modelo del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Grupo III. Salud Mental. 2005 Dic;28(6).
15. Paquin M, Perry G. Maintaining successful interventions in social, vocational, and community rehabilitation. Can J Commun Mental Health. 1990;9(1):39-49. (bloom 1968).
16. Rogers ES, Anthony W, Jansen MA. Psychiatric rehabilitation as the preferred response to the needs of individuals with severe psychiatric disability. Rehabilitation Psychology. 1988;33(1): 5-14.
17. Ordaz DE. Rehabilitación psiquiátrica. 3^a ed. Ministerio de Salud Pública. Hospital Psiquiátrico de la Habana, Cuba; 1991;72.
18. Liberman R, Kopelowicz A, Young A. Biobehavioral treatment and rehabilitation of schizophrenia. Behavioral Therapy. 1994;25:89-107.
19. Prendergast JP. Integration of psychiatric rehabilitation in the long-term management of schizophrenia. Can J Psy. 1995;40(suppl 1):S18-S21.
20. Casper E, Oursler J. The Psychiatric rehabilitation beliefs, goals, and practices scale: sensitivity to change. Psychiatric Rehab J. 2003;26(3):311-4.
21. Braceland F. Rehabilitation. En: American Handbook of psychiatry. New York: Basic Books; 1975.
22. Rogers ES, Anthony W, Jansen MA. Psychiatric rehabilitation as the preferred response to the needs of individuals with severe psychiatric disability. Rehabilitation Psychology. 1988;33(1):5-14.
23. Ordaz DE. Rehabilitación psiquiátrica. Hospital psiquiátrico de la Habana, Cuba. 1991;72.
24. Berlanga CC, Del Bosque J, Camarena E, Casares J, Díaz-Anzaldúa A, Díaz-Martínez A, et al. Guía Práctica para el diagnóstico y tratamiento del trastorno bipolar. Editor: Díaz-Martínez A. Asociación Psiquiátrica Mexicana. Universidad Nacional Autónoma de México. Salinas Publicistas Asociados; 2004.
25. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Madrid: Editorial Meditor; 1992.

DESARROLLO DE HABILIDADES EN PERSONAS CON ESQUIZOFRENIA

Marcelo Valencia C.

17

225

En el presente capítulo se aborda el tema del desarrollo de habilidades en personas con esquizofrenia en consideración de los tratamientos psicosociales como los cimientos y el espacio creado para el aprendizaje de habilidades denominadas psicosociales. El desarrollo de habilidades está directamente relacionado con mejorías en el funcionamiento psicosocial, que consiste en el desempeño de diferentes roles ocupacionales, sociales, familiares, etc., en la comunidad. Dificultades en el desarrollo de habilidades o la falta de oportunidad para desarrollarlas puede llevar a situaciones de discapacidad que están relacionadas con los síntomas negativos de la enfermedad.

La medicina basada en la evidencia recomienda para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia la combinación de tratamientos farmacológicos, psicosociales, familiares, así como un manejo asertivo en la comunidad, de manera que los pacientes puedan presentar mejorías clínicas (remitir síntomas) y mejorías psicosociales (desarrollar habilidades). Esto ha generado, en los últimos 10 años, propuestas de nuevos enfoques que incluyen la remisión sintomática y el funcionamiento psicosocial como elementos claves en la recuperación funcional de estos pacientes de manera que la remisión de síntomas así como el desarrollo de habilidades pueden llevar a un mejor estado funcional de los pacientes.

Introducción

Desde el momento en que un(a) niño(a) nace, su existencia y adaptación al mundo real dependerá de una serie de habilidades que deberá aprender, como succionar el pecho materno, sonreír, gatear, caminar, jugar, demostrar afecto, ir a la escuela, socializar, etc., sumadas

al acompañamiento emocional que le den las personas que lo rodean. Para el ser humano, a lo largo de su existencia, es necesario y conveniente el desarrollo de una serie de habilidades para poder tener, en la vida adulta, una ocupación, ingresos económicos, relaciones sociales, relaciones de pareja, relaciones familiares, así como actividades de tiempo libre. Por último, todo ser humano, para independizarse de la familia de origen, necesita trabajar, ganar dinero y establecer vinculaciones significativas tanto afectivas como sociales.

En el área de los trastornos mentales, se ha encontrado que hay un grupo de personas que tienen serias dificultades para desarrollar habilidades; nos referimos de manera más específica a los pacientes que padecen esquizofrenia. Esta situación se debe a que la enfermedad inicia al final de la adolescencia o al principio de la vida adulta, que es una etapa crucial en el proceso de adquisición de habilidades para la adultez, por lo que este proceso de aprendizaje se interrumpe, debido a que la persona al asumir su rol de paciente se ve en la necesidad de tener que atender diversas complicaciones propias de la enfermedad como: buscar y recibir atención especializada, tomar medicamentos antipsicóticos o, si es necesario, pasar por un proceso de hospitalización y posteriormente buscar su reinserción social en la comunidad. Pero también implica enfrentarse al costo de la enfermedad en cuanto al pago de las consultas, al costo de los medicamentos, así como a la carga emocional ocasionada en la familia por la enfermedad, que puede alterar todo el funcionamiento familiar y de ese modo generar estrés. Se ha encontrado que el estrés psicológico en familiares de personas con esquizofrenia es el doble que el de la población en general (Oldridge y Hughes, 1992). Debido a la enfermedad, el paciente se ve obligado a abandonar sus actividades cotidianas como estudiar o trabajar, o bien su vida social. Si el paciente sigue con la terapéutica inicial indicada, que consiste en tomar sus medicamentos, podrá disminuir y/o remitir la sintomatología psicótica para estar estable en el aspecto clínico. El inconveniente es que aunque el paciente se encuentre estable clínicamente, el déficit en cuanto al desarrollo de habilidades para su funcionamiento en la comunidad persistirá, en lo que se conoce como las discapacidades psicosociales ocasionadas por la enfermedad a las cuales será necesario darles la atención correspondiente por medio de intervenciones psicosociales para desarrollar habilidades.

La esquizofrenia se caracteriza por la presencia de la sintomatología psicótica que incluye a los síntomas positivos que son una distorsión o exceso de las funciones normales como: las alucinaciones,

delirios, grandiosidad, excitación, suspicacia/persecución, hostilidad, etc. Al ser una enfermedad crónica y para remitir los síntomas positivos, es necesario que el paciente tome medicamentos antipsicóticos de por vida, los cuales le darán un buen grado de estabilidad clínica para estar en condiciones de desarrollar habilidades. Las dificultades para el desarrollo de habilidades están directamente relacionadas con otro componente que son los síntomas negativos de la enfermedad que tienen como característica la falta o ausencia de funciones normales como: la dificultad para expresar emociones (aplanamiento afectivo), apatía (falta de motivación), aislamiento social (ningún interés en socializar, en algunos casos ni con la familia), falta de deseo de experimentar placer (anhedonia), empatía limitada, desinterés por la vida, etc., que pueden llevar al paciente a lo que se conoce como el “síndrome amotivacional” (Lewiner, 1992). Todavía desconocemos a qué se debe esta situación, lo que sí sabemos es que en la actualidad se consideran los “síntomas negativos de la esquizofrenia como un problema que todavía no desaparece” (Stahl y Buckley, 2007). Stahl y Buckley consideran que los síntomas negativos son debilitantes y discapacitantes y por lo tanto provocan preocupación y angustia en los pacientes y en los familiares debido a que no se ha encontrado su solución. Si bien el tratamiento con medicamentos antipsicóticos ha sido bastante efectivo en cuanto a controlar la sintomatología positiva, su efectividad ha sido prácticamente nula con respecto a los síntomas negativos. Debido a estos últimos, el paciente pierde interés por la vida, así como la motivación para tener actividades ocupacionales productivas, puede estar la mayor parte del tiempo sin hacer nada, sin amigos, sin pareja, la vida real continúa, pero su vida cotidiana parece estar detenida, sin rumbo, sin objetivos, sin sentido y con un funcionamiento insatisfactorio en la comunidad, por eso la necesidad de desarrollar habilidades. Un tercer componente es el *déficit cognitivo* que se refiere a dificultades en la concentración, atención, memoria y en el aprendizaje de nueva información, que se ha encontrado que también dificulta el desarrollo de habilidades.

Un aspecto que caracteriza a la esquizofrenia es el componente social de la enfermedad (DSM-IV, 1994), que se refiere básicamente a las dificultades o discapacidades en el funcionamiento social traducidas en la incapacidad para trabajar, mantener relaciones interpersonales o hacerse cargo de sí mismo (Mueser, 2000). La discapacidad en Europa y en América es de 43% y en el mundo es 31% (OMS, 2005). Existe una relación entre episodios psicóticos persistentes entrelazados con episodios de discapacidad (Spaulding,

2006). Otras complicaciones que presentan los pacientes con esquizofrenia indican que: entre 50 y 70% presenta recaídas; en 41% hay persistencia de síntomas negativos; 55% tiene un deterioro cognitivo; en 70% persisten los efectos secundarios de los antipsicóticos y hasta 75% deja de tomar los medicamentos, lo que puede ocasionar recaídas y rehospitalizaciones (Muller, 2004; OMS, 2001, Perkins, 2001; Lieberman, 2005; McCann, 2008). Para todos estos aspectos se han diseñado programas de intervención con el fin de que los pacientes puedan desarrollar las habilidades correspondientes.

La esquizofrenia es una de las enfermedades más graves de la humanidad, se la considera como un problema de salud pública, es la número 7 en cuanto a que incapacita; las consecuencias y el desenlace son desfavorables, entre 50 y 75% padece alguna consecuencia adversa psicológica y social debido a que es un padecimiento crónico, se han dedicado 100 años al tratamiento e investigación y todavía se desconocen las causas de la enfermedad por lo que es imposible desarrollar estrategias de prevención.

El problema y su atención: tratamientos psicosociales para el desarrollo de habilidades

La dificultad para el desarrollo de habilidades ha sido considerada como parte de la problemática psicosocial de pacientes con esquizofrenia, por lo que desde hace 70 años se ha desarrollado una gran diversidad de tratamientos psicosociales, precisamente para que los pacientes puedan desarrollar habilidades. Estos tratamientos iniciaron cuando todavía los pacientes se encontraban recluidos en los hospitales mentales de antaño (Malm, 1990). En la actualidad, cuando los pacientes son hospitalizados, su internamiento por lo general es de corta estancia –alrededor de un mes, necesitan tomar medicamentos y una vez que se encuentran estables es cuando puede iniciar el desarrollo de habilidades. En la actualidad, la mayoría de las intervenciones se llevan a cabo en hospitales psiquiátricos, pero con los pacientes viviendo en la comunidad. Desde los años 50 se han publicado los resultados de programas de tratamientos psicosociales para el desarrollo de habilidades que incluyen ensayos clínicos controlados (Glynn *et al.*, 2002; Kopelowics *et al.*, 2003; Liberman, 2007), revisiones (Brenner & Pfammatter, 2000; Kopelowicz *et al.*, 2006; Mueser *et al.*, 2013) y metaanálisis (Benton & Schroeder, 1990; Pfam-

matter *et al.*, 2006; Kurtz and Mueser, 2008). En México también se han llevado a cabo investigaciones en esta área de estudio (Valencia *et al.*, 2004, 2007, 2010, 2012, 2013). Tanto a nivel internacional como nacional, estos tratamientos han demostrado su efectividad (Lehman *et al.*, 2004; Huxley *et al.*, 2000; Dixon *et al.*, 2009).

El área del desarrollo de habilidades en esquizofrenia ha pasado por varias etapas. La primera consistió en reconocer el *déficit* de habilidades en los pacientes; la segunda, en identificar aquellas áreas en las que los pacientes carecían de habilidades; la tercera, en implementar programas de intervención para el aprendizaje de habilidades, la cuarta, determinar la efectividad de las intervenciones y, por último, una vez demostrada su efectividad, llevar a cabo la diseminación de esta modalidad terapéutica.

Se ha encontrado que pacientes con esquizofrenia tienen problemas similares en todo el mundo, por lo que existe un consenso en cuáles son las áreas de intervención que tienen que ver con las habilidades que los pacientes necesitan aprender a manejar como: 1) la enfermedad y control de síntomas, 2) los medicamentos y sus efectos secundarios, 3) el abuso de sustancias, 4) habilidades básicas de conversación, 5) habilidades en el trabajo, 6) habilidades para las relaciones de pareja e intimidad, 7) autocuidado, 8) actividades recreativas y de tiempo libre, 9) regreso a la comunidad, 10) involucramiento de la familia. Estas áreas están basadas en los módulos para el entrenamiento de habilidades sociales y habilidades para la vida independiente del Departamento de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta de la Universidad de California en Los Angeles –UCLA (Liberman y Corrigan, 1993; Liberman, 2007; Liberman, 2008), así como en las áreas que se incluyen en el programa de tratamiento psicosocial para el aprendizaje de habilidades psicosociales para pacientes con esquizofrenia, desarrolladas en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente en la ciudad de México (Valencia, 1996; Valencia 1999; Valencia *et al.*, 2001; Valencia *et al.*, 2004; Valencia *et al.*, 2006; Valencia *et al.*, 2012). Para cada área de intervención se considera lo siguiente: 1) objetivo(s); 2) la descripción de las habilidades que se van a desarrollar, así como 3) la metodología a utilizar, denominada “actividades para el aprendizaje de habilidades sociales” (Liberman y Corrigan, 1993; Wallace *et al.*, 1992). Esta metodología se utiliza durante las sesiones e incluye los pasos siguientes: a) introducción a cada área: explicación y motivación para el aprendizaje de habilidades; b) uso del video o demostración en vivo por los terapeutas de las habilidades que se van aprender; c) práctica de las habilidades durante las sesiones con la debida supervisión y retroali-

mentación; d) discusión acerca de los requerimientos necesarios para desempeñar las habilidades; e) búsqueda para la resolución de problemas asociados con el desempeño de las habilidades; f) práctica de las habilidades en la comunidad que tengan que ver con situaciones de la vida real; g) asignación, realización y terminación del desarrollo de habilidades en la comunidad; y h) sesiones adicionales, si fueran necesarias, para reforzar el aprendizaje de habilidades (Liberman y Corrigan, 1993; Wallace *et al.*, 1992). Para consultar con mayor detalle las áreas y habilidades correspondientes, así como las actividades para el aprendizaje de habilidades, revisar las obras de: Liberman y Corrigan, 1993; Wallace *et al.*, 1992; Kopelowicz *et al.*, 2003, 2006 y Liberman, 2007, 2008, así como las áreas, modificaciones y adaptaciones realizadas en México reportadas por Valencia y colaboradores (Valencia *et al.*, 2007; Valencia *et al.*, 2010; Valencia *et al.*, Valencia *et al.*, 2012, Valencia *et al.*, 2013, Valencia *et al.*, 2014).

Por cuestiones de espacio, a continuación se incluyen solamente dos áreas de intervención que sirvan como ejemplo para el desarrollo de habilidades.

Área: Manejo de los síntomas

Objetivo: Conocer los síntomas de la enfermedad, identificar las señales de alarma de recaída y su manejo, así como de los síntomas persistentes

Habilidades a desarrollar: 1) identificar los síntomas de la enfermedad, 2) identificar los signos de alarma de recaída, 3) manejo de los signos de alarma, 4) manejo de los síntomas persistentes, 5) evitar el uso de drogas y alcohol (Liberman, 2008).

Área: Relaciones sociales

Objetivo: Desarrollar habilidades sociales y participar en relaciones interpersonales para establecer relaciones de amistad con el fin de integrarse socialmente

Habilidades a desarrollar: 1) aprender a establecer contacto con la gente, 2) identificar temas de conversación, 3) cómo iniciar conversaciones, 4) aprender a escuchar con atención, 5) mantener las conversaciones, 6) terminar las conversaciones, 7) lograr la integración de todas estas habilidades (Valencia *et al.*, 2012).

Para el desarrollo de habilidades que requieran un manejo individualizado, se pueden identificar los problemas de manera conjunta entre el paciente y el terapeuta siguiendo el “método para resolver problemas” (*Problem Solving Method* (PSM, por sus siglas en inglés) (D’Zurilla & Goldfried, 1974). La identificación de cada problema permitirá el desarrollo de las habilidades

en función de las necesidades del paciente y trabajar de manera individualizada con el paciente.

Para la identificación de problemas que requieran de un manejo grupal para el desarrollo de habilidades, la técnica de “grupos focales” es la que hemos utilizado en México, por medio de la que pacientes clínicamente estables, sus familiares y personal de salud mental participan y permiten detectar la problemática clínica y psicosocial de los pacientes. Una vez identificada la problemática, se diseña el programa de tratamiento para el aprendizaje de habilidades. Los “grupos focales” han demostrado que pueden ayudar de manera considerable para que los pacientes y sus familiares se sientan tomados en cuenta y por lo tanto tener una participación activa en el tratamiento, pero también para iniciar y establecer una “alianza terapéutica” como vínculo importante entre los pacientes, sus familiares y el equipo de salud mental. Para este aprendizaje, lo conveniente es utilizar modalidades de terapia grupal conformando grupos de ocho a diez pacientes conducidos por dos terapeutas (Valencia *et al.*, 2007; 2010; 2012; 2013).

Existen básicamente dos requisitos para el desarrollo de habilidades: 1) que el paciente demuestre tener adherencia al tratamiento farmacológico, que consiste en tomar sus medicamentos antipsicóticos y por lo tanto se encuentre estable en su sintomatología psicótica (síntomas positivos); y 2) motivación para el aprendizaje. Si ésta no existiera, dialogar con el paciente y motivarlo acerca de la necesidad del desarrollo de habilidades para un mejor funcionamiento en la comunidad. Si una persona quiere aprender una habilidad, es necesario que alguien denominado el experto (clínico, terapeuta) le enseñe esa habilidad por medio de una demostración visual de la habilidad que se va aprender acompañada de una explicación verbal detallada de la habilidad a desarrollar. La clave de todo esto consiste en practicar las habilidades con la debida supervisión y retroalimentación que permita la adquisición de un amplio repertorio de habilidades para su uso en la comunidad. Considerando que una habilidad es la capacidad para hacer algo que permita realizar actividades de la vida cotidiana, para ello es necesario practicar estas habilidades de manera repetitiva hasta llegar a tener un dominio de las habilidades a desarrollar, recordando aquella frase de “la práctica hace al maestro”.

La medicina basada en la evidencia

La medicina basada en la evidencia es una corriente de pensamiento que exalta la necesidad de que los programas, tratamientos,

intervenciones, servicios y acciones que se apliquen en cualquier contexto, deben estar avalados por la mejor evidencia científica disponible (Sackett *et al.*, 2000). Esto quiere decir que un programa de tratamiento invariablemente deberá haber pasado por una etapa experimental y demostrado su efectividad para ser recomendado como un tratamiento basado en la evidencia científica.

Se ha recomendado que el tratamiento basado en la evidencia para la esquizofrenia requiere de intervenciones múltiples y específicas entre las que se encuentran: a) dosis óptimas de antipsicóticos, b) alguna modalidad de intervención psicosocial para el desarrollo de habilidades, c) psicoeducación para el paciente y/o su familia, d) terapia para la familia y el paciente, y e) manejo comunitario (Falloon, 2004; Kane, 2008; Drake, 2009; Shean, 2009; Dixon, 2010).

La efectividad del tratamiento basado en la evidencia ha cambiado la perspectiva con respecto a la esquizofrenia, debido a mejorías que han tenido los pacientes en aspectos clave como: la remisión de sintomatología, así como en el desarrollo de habilidades para mejorar el funcionamiento psicosocial, por lo que se ha pasado de una perspectiva pesimista a un moderado optimismo con respecto a que estos nuevos conceptos como la remisión sintomática y la recuperación funcional son metas posibles de lograr, de manera que desde 2005 se han planteado a nivel internacional criterios para evaluar estos aspectos (Andreasen *et al.*, 2005; Leucht, 2006; van Os, 2006). La investigación en esta área de estudio indica que la remisión sintomática se puede lograr entre 17 y 88% (Henry *et al.*, 2010; Yeomans *et al.*, 2010; Emsly *et al.*, 2011), y la recuperación funcional entre 10 y 68% (Jobe *et al.*, 2010; Harrow *et al.* 2012; Prikryl *et al.*, 2013). En México se han encontrado resultados similares a lo que se ha reportado en la literatura internacional (Valencia *et al.*, 2012; Valencia *et al.*, 2013; Valencia *et al.*, 2014). Se puede concluir que la efectividad del tratamiento basado en la evidencia ha demostrado que un número significativo de pacientes puede lograr mejorías clínicas y funcionales abriendo una perspectiva promisoria y mejores expectativas para los pacientes. Sin embargo, es importante mencionar que estos datos se refieren a pacientes que participan en protocolos de investigación. Se puede citar como ejemplo a Estados Unidos, en donde todavía no ha sido posible trasladar e implementar los tratamientos efectivos como resultado de la investigación científica a los servicios de salud mental, por lo que existe una brecha que todavía no se cubre y que se denomina *science-to service-gap*, (SSG, por sus siglas en Inglés), que indica que en realidad un número reducido de personas con esquizofrenia recibe

tratamientos que han sido recomendados e identificados como efectivos, por lo que se ha reportado que alrededor de 95% de personas con esquizofrenia no está recibiendo tratamientos de acuerdo con los lineamientos basados en la evidencia, lo cual les impide que puedan desarrollar habilidades, porque no están expuestas a programas para el aprendizaje de éstas (Drake *et al.*, 2009). Si bien los tratamientos psicosociales efectivos están disponibles, su aplicación es muy reducida (Mojtabai *et al.*, 2009). En México no se tienen datos al respecto, pero podríamos estimar que el porcentaje sería también muy reducido, ya que hasta donde se tiene conocimiento, sólo en el Instituto Nacional de Psiquiatría se lleva a cabo este tipo de investigaciones en las que se integran tratamientos farmacológicos y psicosociales.

Por último, es necesario hacer énfasis en la importancia de la participación de la familia en el acompañamiento del desarrollo de habilidades de su familiar enfermo. Para los parientes no es fácil enfrentarse a una enfermedad de cuyo manejo no se tiene conocimiento, por eso los familiares necesitan también desarrollar habilidades para hacer un manejo más conveniente aprendiendo acerca de la enfermedad, de los síntomas, de los medicamentos, de las señales de alarma para prevenir recaídas, de la adherencia a los medicamentos, del manejo de la emoción expresada en el hogar, de su relación con el paciente, etc. Para este fin, se ha desarrollado una gran diversidad de intervenciones psicosociales, psicoeducativas y terapéuticas para la familia (Huxley *et al.*, 2000; Montero *et al.*, 2012; Leff & Ballus 2012; Weissman *et al.*, 2012). La necesidad de que los familiares aprendan habilidades es fundamental, sobre todo porque alrededor de 90% de pacientes con esquizofrenia que se han estudiado en México vive con sus familiares (Valencia *et al.*, 2003). Ahora se maneja también la necesidad de que los pacientes desarrollen habilidades para prevenir el estigma y la discriminación, aspectos a que están expuestos cotidianamente. La OMS ha desarrollado programas con este fin (OMS, 2002).

Recomendaciones

Con respecto a las recomendaciones para las políticas públicas, sería conveniente considerar lo siguiente:

- *Tomar en cuenta la medicina basada en la evidencia, que indica que todas las prácticas orientadas a la búsqueda del bienestar del paciente deben estar basadas en la mejor evidencia científica disponible, y ya tenemos esa evidencia en México*

- *De acuerdo con este enfoque, estos pacientes de manera adicional al tratamiento farmacológico deberían recibir alguna modalidad de tratamiento psicosocial que les permita el desarrollo de habilidades psicosociales*
- *Un amplio repertorio de habilidades le permitirá al paciente contar con mayores y mejores herramientas para tener un mejor funcionamiento en la comunidad*
- *Las intervenciones psicosociales deben extenderse también a la familia del paciente en cuanto a recibir psicoeducación, orientación o terapia familiar considerando fundamental la participación de la familia sobre todo porque alrededor de 90% de los pacientes vive con su familia*
- *Las intervenciones deben ser congruentes con el contexto cultural del sujeto en donde son aplicadas respetando sus valores, ideología, usos y costumbres de esa cultura*
- *Las intervenciones deben tener un componente que incluya el desarrollo de habilidades para que los pacientes puedan evitar cualquier intento de estigma y discriminación a personas con trastornos mentales*
- *La tendencia y el reto principal es el funcionamiento comunitario del paciente*
- *Utilizar los enfoques recomendados desde hace 70 años para el desarrollo de habilidades, así como las propuestas realizadas en los últimos 10 años que tienen como objetivo la remisión sintomática, las mejorías en el funcionamiento psicosocial y la recuperación funcional del paciente.*
- *Por último, considerar la canalización de recursos económicos para los servicios de salud para formar equipos interdisciplinarios que den atención a la mayor cantidad de pacientes de manera integral, pero también asignar recursos a la investigación científica, considerando que, para que un país crezca y se desarrolle, necesita hacer ciencia para tener datos válidos y confiables que permitan darle atención de calidad a la población de personas con trastornos mentales.*

Bibliografía

1. Andreasen N, Carpenter W, Kane J, Lasser A, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rational for consensus. Am J Psychiat. 2005;162:441-9.
2. Asociación Psiquiátrica Americana. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995.

3. Benton MK, Schroeder HE. Social skills training with schizophrenics: a meta-analytic evaluation. *J Consult Clin Psychol.* 1990;58:741-7.
4. Brenner HD, Pfammatter M. Psychological therapy in schizophrenia: what is the evidence? *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2000;102(407):74-7.
5. D'Zurilla TJ, Goldfried MR. Problem solving and behavior modification. *J Abnorm Psychol.* 1974;78:107-26.
6. Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS, Bennett M, Dickinson D, Goldberg RW, et al. The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull.* 2010;36:48-70.
7. Drake RE, Essock S. The science-to service gap in the real world schizophrenia treatment: the 95% problem. *Schizophr Bull.* 2009;43:677-8.
8. Emsley R, Chiliza B, Asmal L, Lehloenya K. The concepts of remission and recovery in schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry.* 2011;24:114-21.
9. Falloon IR, Montero I, Sungur M, Mastroeni A, Malm U, Economou M, et al. Implementation of evidence-based treatment for schizophrenic disorders: two-year outcome of an international field trial of optimal treatment. *World Psychiatry.* 2004;3(2):104-9.
10. Glynn SM, Marder SR, Liberman RP, Blair K, Wirshing DA, Mintz J, et al. Supplementing clinic based skills training with manual based community support sessions: effects on social adjustment of patients with schizophrenia.. *Am J Psychiatry.* 2002;159(5):829-37.
11. Harrow M, Jobe TH, Faull RN. Do all schizophrenia patients need antipsychotic treatment continuously throughout their lifetime? A 20-year longitudinal study. *Psychol Med.* 2012;42:2145-55.
12. Henry LP, Amminger GP, Harris MG, Yuen HP, Harrigan SM, Prosser AL, et al. The EPPIC follow-up study of first-episode psychosis: longer-term clinical and functional outcome 7 years index admission. *J Clin Psychiatry.* 2010;71:716-28.
13. Huxley NA, Rendall M, Sederer L. Psychosocial treatments in schizophrenia: A review of the past 20 years. *J Nerv Ment Dis.* 2000;188(4):187-201.
14. Jobe T, Harrow M. Schizophrenia course, long-term outcome, recovery, and prognosis. *Current Directions in Psychological Science.* 2010;19:220-5, (2):2145-55.
15. Kane J. An evidence-based strategy for remission in schizophrenia. *J Clin Psychiatry.* 2008;69:25-30.
16. Kopelowicz A, Zarate R, Gonzalez Smith V, Mintz J, Liberman RP. Disease management in Latinos with schizophrenia: a family-assisted, skills training approach. *Schizophr Bull.* 2003;29:211-28.
17. Kopelowicz A, Liberman RP, Zarate R. Recent advances in social skills training for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2006;32(suppl 1):S12-S23.
18. Kurtz MM, Mueser KT. A meta-analysis of controlled research on social skills training. *J Consult Clin Psychology.* 2008;76:491-504.

19. Leff J, Ballus C. Orientación familiar en las psicosis (Cap 3). En: Valencia M (ed). Alternativas terapéuticas para la esquizofrenia. México: Editorial Herder, 2012.
20. Lehman A, Buchanan RW, Dickerson F, Dixon L, Goldberg FB, Green-Padem L, et al. Evidence-based treatment for schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am.* 2003;26:939-54.
21. Lehman AF, Kreyenbuhl J, Buchanan RW, Dickerson FB, Dixon LB, Goldberg R, et al. The schizophrenia patient outcomes research team (PORT): updated treatment recommendations. *Schizophr Bull.* 2003;30:193-217.
22. Leucht S, Lasser R. The concepts of remission and recovery in schizophrenia. *Pharmacopsychiatry.* 2006;39:161-70.
23. Lewiner R. Negative symptoms and the need to study the anatomy of the environment: *Contemp Psychology.* 1992;37:422-3.
24. Liberman RP, Corrigan PW. Designing new psychosocial treatments for schizophrenia. *Psychiatry.* 1993;56:238-49.
25. Liberman RP. Dissemination and adoption of social skills training: social validation of an evidence-based treatment for the mentally disabled. *J Mental Health.* 2007;16:595-623.
26. Liberman RP. Recovery from disability. Manual of psychiatric rehabilitation. Arlington VA: American Psychiatric Publishing; 2008.
27. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *New Engl J Med.* 2005;353:1209-23.
28. Malm U. Group therapy. Chapter 10. En: Herz MI, Keith SJ, Docherty JP. *Handbook of schizophrenia.* Vol 4: Psychosocial treatment of schizophrenia. New York: Elsevier Science Publisher; 1990.
29. McCann TV, Boardman G, Clark E, Lu S. Risk profiles for non-adherence to antipsychotic medications. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2008;15: 622-9.
30. Mojtabai R, Fochtmann L, Chang SW, Kotov R, Craig TJ, Bromet E. Unmet need for mental health care in schizophrenia: an overview of the literature and new data from a first-admission study. *Schizophr Bull.* 2009;35:679-95.
31. Montero I, Masanet MJ, Bellver F, Lacruz M. The long-term outcome of 2 family interventions strategies in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry.* 2006;47:362-7.
32. Mueller N. Mechanism of relapse prevention in schizophrenia. *Pharmacopsychiatry.* 2004;37(suppl 2):S141-7.
33. Mueser K. Cognitive functioning, social adjustment and long-term outcome in schizophrenia. En: Sharma T, Harvey P (ed). *Cognition in schizophrenia.* Oxford University Press; 2000.
34. Mueser KT, Deavers F, Penn DL, Cassini JE. Psychosocial treatment for schizophrenia. *Ann Rev Clin Psychology.* 2013;9:465-97.

35. Oldridge ML, Hughes ICT. Psychological well-being in families with a member suffering from schizophrenia: An investigation into long-standing problems. *Br J Psychiatry.* 1992;161:249-51.
36. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud mental en el mundo. Ginebra: OMS; 2001.
37. Organización Mundial de la Salud. Programa de acción de salud mental. Ginebra: OMS; 2002.
38. Organización Mundial de la Salud: El contexto de la salud mental. Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental. OMS. Editores Médicos, SA. Edimsa; 2005.
39. Pfammatter M, Junghan UM, Brenner HD. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses. *Schizophr Bull.* 2006;32:S64-S80.
40. Prikryl R, Kholova M, Prikrylova Kucerova H, Ceskova E. Prevalence of remission and recovery in schizophrenia in the Czech Republic. *Comp Psychiatry* 2013;DOI(10.1016).
41. Sackett D. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2000.
42. Shean D. Evidence-based psychosocial practices and recovery from schizophrenia. *Psychiatry.* 2009;72:307-20.
43. Spaulding W, Nolting J. Psychotherapy for schizophrenia in the year 2030: prognosis and prognostication. *Schizophr Bull.* 2006;32S1, s94-S105.
44. Stahl S, Buckley P. Negative symptoms of schizophrenia: a problem that will not go away. *Acta Psychiatr Scand.* 2007;115(1): 6-11.
45. Valencia M, Caraveo J, Colín R, Verduzco W, Corona F. Remisión sintomática y recuperación funcional en pacientes que padecen esquizofrenia. *Rev Salud Mental.* 2014;37(1):59-74.
46. Valencia M, Fresan A, Juarez F, Escamilla R, Saracco R. The beneficial effects of combining pharmacological and psychosocial treatment on remission and functional outcome in outpatients with schizophrenia. *J Psychiatr Res.* 2013;47:1886-92.
47. Valencia M, Juarez F, Ortega H. Integrated treatment to achieve functional recovery for first-episode psychosis. *Schizophr Res Treatment.* 2012;2012: 962371. Valencia M, Lara MC, Rascón ML, Ortega HA. La importancia de los tratamientos farmacológicos y psicosocial de los pacientes con esquizofrenia. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría.* 2002;2(1):6-21.
48. Valencia M, Moriana JA, Kopelowicz A, Lopez S, Liberman RP. Social skills training for Spanish-speaking persons with schizophrenia: experiences from Latin America, Spain and the USA. *Psychiatric Rehab J.* 2014. (En Prensa).
49. Valencia M, Ortega H, Rodríguez MS, Gómez L. Estudio comparativo de consideraciones clínicas y psicoterapéuticas en el tratamiento biopsicosocial de la esquizofrenia. Primera Parte. *Salud Mental.* 2004;27(3):47-53.

50. Valencia M, Ortega H, Rodríguez MS, Gómez L. Estudio comparativo con respecto a consideraciones clínicas y psicoterapéuticas en el tratamiento biopsicosocial de la esquizofrenia. Parte II. *Salud Mental.* 2004;27(4):35-43.
51. Valencia M, Ortega HA, Rascón ML, Gómez L. Evaluación de la combinación de los tratamientos psicosocial y farmacológico en pacientes con esquizofrenia. *Actas Españolas de Psiquiatría.* 2002;30(6):358-69.
52. Valencia M, Rascon ML, Juarez F, Escamilla R, Saracco R, Liberman RP. Application in Mexico of psychosocial rehabilitation with schizophrenia patients. *Psychiatry.* 2010;73:248-63.
53. Valencia M, Rascon ML, Juarez F, Murow E. A psychosocial skills training approach in Mexican out-patients with schizophrenia. *Psychol Med.* 2007;37(10):1393-402.
54. Valencia M, Rascón ML, Ortega H. Psychosocial treatment in patients with schizophrenia. En: Ortega H, Valencia M (ed). *Schizophrenia: current views and perspectives.* México: Editorial Lasser; 2001:399-454.
55. Valencia M, Rascón ML, Quiroga H. Aportaciones de la investigación con respecto al tratamiento psicosocial y familiar de pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental.* 2003;26(5):1-18.
56. Valencia M. Alternativas terapéuticas para la esquizofrenia. México: Editorial Herder; 2012.
57. Valencia M. Manejo psicosocial del paciente esquizofrénico. *Rev Psiquiatría.* 1996;12(3):72-86.
58. Valencia M. Programa de intervención psicosocial para pacientes esquizofrénicos crónicos. *Salud Mental.* 1999;22:128-37.
59. van Os J, Cavallaro R, Leucht S, Peuskens J, et al. Standardized remission criteria in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 2006;113:91-5.
60. Wallace CJ, Liberman RP, MacKain SJ, Blackwell G, Eckman TE. Effectiveness and replicability of modules for teaching social and instrumental skills to the severely mentally ill. *Am J Psychiatry.* 1992;149:654-8.
61. Weissman A, Wasserman S, Duarte E, Dunham R, Koneru V. Tratamiento familiar para la esquizofrenia. En: Valencia M (ed). *Alternativas terapéuticas para la esquizofrenia.* México: Editorial Herder; 2012.
62. Yeomans D, Taylor M, Currie A, Whale R, Ford K, Fear C, et al. Resolution and remission in schizophrenia: getting well and staying well. *Adv Psychiatric Treatment.* 2010;16:86-95.

POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA ATENCIÓN DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

V

COBERTURA UNIVERSAL DE LA ATENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

Eduardo A. Madrigal de León

18

Introducción

241

El tema del presente capítulo se enfoca en el avance hacia una cobertura universal de la atención de las enfermedades mentales en los tres niveles de atención.

La salud mental es un componente esencial de la salud global. Los avances en la ciencia, la tecnología y la innovación han permitido que muchos pacientes vivan fuera de los hospitales, controlen su enfermedad y lleven una vida productiva; sin embargo, estos avances no han llegado a toda la población, de modo que el rezago en la atención es aún importante. Para avanzar hacia una cobertura universal, los enfermos y las enfermedades mentales deben tener su lugar con derecho a tratamiento.

Esta necesidad de integración responde a que las enfermedades mentales deben ser tratadas como cualquier enfermedad, haciendo énfasis en que el concepto de enfermedad mental no engloba sólo a los trastornos psicóticos como la esquizofrenia; por el contrario, comprende una amplia gama de síndromes, entre los que destacan, por su alta prevalencia, las formas leves y agudas de depresión y los trastornos de ansiedad (fobias, estrés postraumático, enfermedad de pánico, etc.).

Hoy en día, existe evidencia suficiente sobre las bondades de detectar y atender con oportunidad las enfermedades mentales, y con ello evitar sufrimiento y discapacidad. La atención a estos trastornos se puede otorgar de manera efectiva en servicios de primer y segundo niveles en la mayoría de los casos. Así, sólo los casos graves y persistentes requerirían tratamiento especializado y atención en el tercer nivel.

Carga y atención de las enfermedades mentales en México

En nuestro país la depresión ocupa el primer lugar en la carga de enfermedad medida por días vividos sin salud en mujeres entre 5 y 49 años de edad. El abuso de alcohol, la violencia y las demencias también aparecen entre los primeros lugares. Ha aumentado el número de personas que intentan suicidarse y de las que lo consuman. De igual manera, se ha incrementado la cantidad de individuos que padecen adicciones, sobre todo entre la población joven.¹ A su vez, niños y jóvenes están cada vez más expuestos a sucesos traumáticos como el ser víctimas directas de la violencia o ser testigos de ella.

242

Además, nuestra población está envejeciendo y la depresión y la demencia pueden formar parte de este proceso. Las enfermedades mentales afectan y son afectadas por otras enfermedades crónicas como el cáncer, las cardiovasculares y el VIH/sida, lo que reduce la esperanza de vida. Las enfermedades mentales más graves arrastran al enfermo y a la familia a la pobreza; el estigma y la discriminación agravan el problema y dificultan la atención.

A pesar de la carga que representan las enfermedades mentales y las asociadas con el abuso de sustancias, los recursos previstos para afrontarlas son insuficientes, se han distribuido en forma desigual y en algunos casos han sido utilizados de modo ineficaz, lo que ha traído como consecuencia que la brecha entre la necesidad de tratamiento y la atención efectiva sea muy amplia.²

Aproximadamente uno de cada cuatro mexicanos entre 18 y 65 años tiene una historia de problemas psiquiátricos. Las enfermedades mentales producen niveles elevados de discapacidad, sin embargo sólo una quinta parte de los enfermos recibe atención, y los que solicitan ayuda lo hacen muchos años después de iniciado el trastorno. Para la depresión, la media de este retraso llega a ser hasta de 14 años,¹ lo que provoca que una alta proporción de pacientes llegue a la atención con muchas pérdidas y un nivel elevado de discapacidad.

En México, la mayoría de los enfermos mentales que recibe atención lo hace en los hospitales psiquiátricos. A pesar de existir modelos efectivos de atención en salud mental para los centros de primer contacto, los pocos casos que son detectados en el primer nivel suelen ser remitidos para su atención directa en dichos hospitales.

Por consiguiente, la atención sigue basada en el hospital psiquiátrico y en el internamiento. La Encuesta Nacional de Infraestructura para la Atención mostró que existen 1.17 pacientes ambulatorios por cada paciente internado (1.17:1), y sólo 2% de las camas psiquiátricas están ubicado en hospitales generales. Aunado a lo anterior, 77% de los hospitales psiquiátricos está localizado en las grandes ciudades o cerca de ellas, lo que dificulta el acceso a poblaciones vulnerables como aquellas en comunidades rurales o indígenas.²

La Secretaría de Salud ha propuesto nuevos esquemas para tratar a los enfermos mentales en atención primaria con el objetivo de mejorar la detección y tratamiento oportunos, así como una canalización más efectiva a servicios especializados. Este modelo no ha tenido los resultados esperados, debido, entre otras barreras, a las siguientes: el estigma; la falta de capacitación del médico general y de otros profesionales de la salud; la reticencia del paciente y de su familia a aceptar que se padece una enfermedad mental y que es el primer nivel el espacio adecuado para buscar ayuda, y la ausencia de una política definida que incluya la atención a estas enfermedades como parte del quehacer de los centros de salud.

243

El *Catálogo Universal de Servicios de Salud* (CAUSES), instrumento elaborado por el Seguro Popular, ha incluido cinco grupos de enfermedades (déficit de atención y trastornos afectivos de la ansiedad y psicóticos, además de las adicciones) con hospitalización breve, atención ambulatoria, farmacoterapia y psicoterapia. También apoya la detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria y la prevención y atención de la violencia familiar y de género. Según este esquema, el tratamiento ambulatorio y la medicación se proporcionan en el primer nivel, pero son pocos los servicios con equipo de salud mental que puedan hacer frente a la creciente demanda.

En consecuencia, las instituciones públicas que prestan servicios de atención psiquiátrica deben modificar el paradigma de atención con acciones coordinadas en diversos sectores, incluidas las organizaciones de la sociedad civil, atendiendo a la voz de los enfermos y sus respectivas familias. Ya se dispone de modelos exitosos y costo-efectivos de promoción, prevención y atención a la salud mental. Queda pendiente trabajar en la atención con cobertura universal, protección de los derechos humanos y con cobertura de todo el ciclo vital. Así, la atención a la salud mental habrá de contribuir a mejorar la calidad de vida de la población. Sabemos que sin salud mental, no hay salud.³

Derivado de lo anterior, las políticas de salud mental serían las que se describen en seguida.

1. *El Sistema Nacional de Salud deberá ofrecer una atención integral en salud mental en sus tres niveles.*
2. *Los programas de atención integral a las enfermedades mentales deben desarrollarse con la misma estructura piramidal que se construyen los demás programas en salud, comprendiendo el primer nivel, hospitales generales y de alta especialidad, así como los hospitales psiquiátricos especializados.*
3. *Para ello, los hospitales psiquiátricos no deben seguir actuando de manera independiente y aislada, sino que deben formar parte de un sistema integral y modernizar sus servicios para cumplir como un verdadero tercer nivel de atención.*
4. *Para su efectividad, deberá desarrollarse un sistema de referencia y contrarreferencia entre los tres niveles.*
5. *Analizar la pertinencia de incluir esquemas o modelos de atención de las enfermedades mentales conjunta con las adicciones, en este sistema integral.*
6. *Resulta indispensable fortalecer la investigación como un vehículo para la evaluación, innovación y control de calidad.*

244

En los servicios de atención psiquiátrica de la Secretaría de Salud federal, se ha elaborado un programa de atención integral de las enfermedades mentales con el fin de avanzar de manera significativa en la reducción del rezago en la atención y mejorar el bienestar de la población.

Este programa considera lo que se muestra en el Cuadro 18.1.

Cuadro 18.1. Hacia la cobertura universal de atención médica psiquiátrica.

Metas sustantivas	Fortalecimiento y modernización de los servicios especializados existentes Desarrollo del modelo de atención de patología mental en hospitales generales y de alta especialidad Fortalecimiento del primer nivel de atención Desinstitucionalización (desincorporación) de pacientes y protección de las personas con deterioro cognitivo grave y en estado de abandono Fortalecimiento de la investigación como vehículo de la innovación y control de calidad
Metas transversales	Investigación e implementación de modelos de atención comunitaria Capacitación de los equipos de salud Formalización de un sistema eficiente de referencia y contrarreferencia Adecuación del Seguro Popular

Nueve prioridades

Fortalecimiento y modernización de los servicios especializados existentes

La atención psiquiátrica en México históricamente y por diversas causas fue implementada a partir de la atención en hospitales aislados de “tercer nivel”. Esto provocó una alteración de las prioridades y la concentración de recursos (80%) e instalaciones (77% en las grandes ciudades), lo que acentuó la inequidad de cobertura y acceso para la población en general. Sin embargo, creemos que estas instituciones por ahora siguen teniendo un papel fundamental en la atención integral de la salud mental, y lo seguirán teniendo en el futuro si asumen el reto de modernizar la atención desarrollando proyectos innovadores y altamente eficaces, basados en la evidencia y experiencia que proporcionan servicios en otras latitudes, entre los mejores del mundo, cumpliendo su trascendental papel en la formación de recursos humanos especializados y siendo instituciones de vanguardia en la investigación clínica y operativa.

245

Desarrollo del modelo de atención en hospitales generales y de alta especialidad

La enfermedad mental coocurre con otras enfermedades crónicas y afecta también su curso, de modo que llega a disminuir la sobrevida y la calidad de vida de pacientes y familiares.

Las personas con enfermedades como diabetes, asma, obesidad y dolor crónico tienen dos, tres y hasta seis veces más riesgo de sufrir enfermedades mentales como la depresión y la ansiedad, respecto de quienes no las padecen. A su vez, las personas con enfermedades mentales primarias al contraer otras enfermedades físicas, las sufren con mayor gravedad, complicaciones y discapacidad.

Estos datos nos demuestran con claridad la necesidad de ver y atender la salud física y mental de los pacientes desde una perspectiva integral e inserta en los sistemas y servicios de atención a la salud en general. Para ello, se propone que todas las unidades hospitalarias del país cuenten con servicios de atención psiquiátrica bajo un modelo de atención estandarizado con tres acciones principales: la interconsulta y el enlace con los demás especialistas en el interior del hospital, la atención directa de usuarios de atención psiquiátrica referidos por el sistema primario y la

atención hospitalaria para trastornos agudos y/o de breve estancia, entre los que destacan, por ejemplo, la depresión y los intentos de suicidio.

Fortalecimiento del primer nivel de atención

Las enfermedades mentales más comunes son: los trastornos de ansiedad, las adicciones, la depresión, el trastorno por *déficit* de atención, la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Uno de cada cuatro habitantes de este país sufre o sufrirá una enfermedad mental de este tipo en el transcurso de su vida. Es conocido también que la mayoría de los trastornos de estas personas *no son detectados nunca*, y aquellos que se detectan no se les interpreta como enfermedades mentales, o bien, los pacientes acuden a profesionales no médicos. Quienes consultan a profesionales médicos y de salud mental no siempre reciben el diagnóstico y/o el tratamiento adecuado.

Esta situación, aunada al estigma hacia las enfermedades y los enfermos mentales que prevalece en toda la población, incluidos los profesionales médicos, hace que las personas con estas enfermedades mentales no se detecten ni atiendan en este nivel y por lo general lleguen muy tarde y con grave deterioro directamente al tercer nivel de atención, con el consecuente alto costo para el sistema de salud.

Por otra parte, existe evidencia de que las intervenciones en el primer nivel de atención tienen potencial de reducir entre 10 y 30% de la carga de los pacientes y son las de mayor costo-efectividad para tratar diversas enfermedades mentales. Está probado también que la mejor opción de tratamiento para la depresión consiste en una terapia que combina antidepresivos y algún tipo de psicoterapia.

Lograr que el primer nivel sea la puerta de entrada a la atención de las enfermedades mentales con comorbilidad con otras condiciones de salud o sin ésta requiere enfrentar y romper barreras asociadas con el estigma para favorecer tanto la búsqueda de atención como la identificación e intervención más oportunas; capacitación adecuada al personal médico y paramédico para la detección y el tratamiento oportuno y eficaz; además de instrumentar por parte de las autoridades sanitarias responsables de este nivel, políticas claras y recursos suficientes para lograr la meta.

Por consiguiente, se requiere expandir los servicios de atención psiquiátrica en el primer nivel de atención mediante diversas fórmulas operativas, de acuerdo con las características de organización que tenga cada entidad federativa del país.

Desinstitucionalización de pacientes y protección de las personas con deterioro cognitivo grave y en estado de abandono

En nuestros hospitales psiquiátricos existen personas denominadas “institucionalizadas” (“incorporadas”) con más de 10 años de internamiento hospitalario, la mayoría sin enfermedad mental activa, con deterioro cognitivo grave e irreversible y en estado de abandono por sus familiares. En un esquema de atención integral como el que se propone, una solución de fondo consiste en la atención de estas personas en instituciones con modelos asistenciales, rehabilitatorios y con absoluto respeto de sus derechos humanos, siempre tomando en cuenta los aspectos jurídico-legales y la interacción con otras dependencias de la administración pública federal.

247

Fortalecimiento de la investigación como vehículo de la innovación y control de calidad

Las acciones que considera este proyecto con la implementación de nuevos modelos deberán ser validadas con el fortalecimiento de la investigación; a su vez, deberá promoverse la inversión en ciencia, tecnología e innovación en la materia incluyendo la investigación de translación del nivel molecular al clínico, y de éste al social y comunitario, e incluir el desarrollo y evaluación de modelos de atención de la enfermedad mental.

Implementación de modelos de atención comunitaria

La atención integral a la salud mental de la población comprende no sólo la atención de las enfermedades mentales ni la responsabilidad única de los servicios de salud. Se requiere de una visión de la problemática global que atienda las variables sociales, económicas y culturales que participan en esta área. Pero sobre todo los programas, para ser eficaces, deben involucrar a la sociedad en general, principalmente a la base social que conforma una comunidad. De esta manera, todos tenemos una responsabilidad específica en la solución.

Las enfermedades mentales deben ser vistas como cualquier otra, desde la prevención y educación hasta la rehabilitación, incluyendo la participación comunitaria. Los esfuerzos en esta área deben tener como prioridad la lucha contra el estigma. Sin duda, es este estigma hacia la enfermedad y los enfermos mentales, así como hacia los profe-

sionales de la salud mental y sus tratamientos el principal enemigo del diagnóstico precoz y la atención oportuna y adecuada. Los problemas sociales asociados con problemas de salud como el suicidio, deben ser abordados desde este modelo de atención comunitaria con atención de la depresión como causa principal, además de los programas sociales y preventivos que este fenómeno tiene entre sus causas.

Otros programas más desde este modelo de atención comunitaria deberán desarrollarse para atender necesidades especiales de grupos de población como adolescentes, personas de la tercera edad, víctimas de violencia y otros más.

Capacitación de los equipos de salud

248

La carga académica de los programas universitarios de pregrado es limitada sobre temas de salud mental, en la mayoría de las veces abarca tan sólo unas horas en el plan de estudios, y está dirigida a conocimientos generales y no a competencias para la detección y el tratamiento de las enfermedades mentales.

En el caso de la formación de médicos especialistas en psiquiatría, si bien el número de plazas y sedes autorizadas ha crecido en los últimos años, éstas son todavía deficientes con respecto a las necesidades del país y el problema con las sedes es que varias tienen notables insuficiencias, en instalaciones y plantilla de profesores para el cumplimiento de sus programas.

Por ello, para subsanar estas fallas se recomienda establecer acuerdos con las universidades para fortalecer la formación en salud mental. En el caso de los médicos generales y otros médicos especialistas, deben existir programas de capacitación en la identificación, tratamiento y canalización de pacientes con enfermedades mentales, con la aplicación de modelos sencillos como el Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP) que propone la OMS. Para el resto de los equipos de salud mental, debe haber programas de capacitación y formación de competencias en las carreras y disciplinas relacionadas con el campo de la salud.

Formalizar un sistema eficiente de referencia y contrarreferencia

Una adecuada cobertura entre los tres niveles de atención requiere organizar un sistema de referencia y contrarreferencia eficiente que implique acuerdos de trabajo entre las instituciones, el desarrollo y la operación

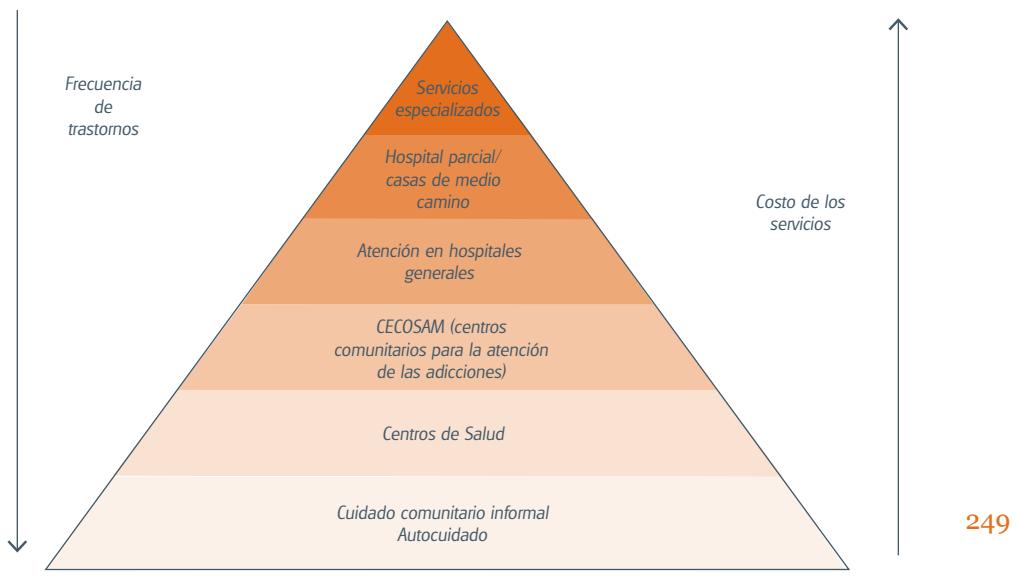


Figura 18.1. Nuevo modelo con énfasis en la promoción de la salud y en la cobertura universal en la atención

Fuente: OMS: Organization of services for mental health (Mental health policy and service guidance package). 2003.

de programas en línea, que lleven a cabo una eficaz articulación entre los sistemas y subsistemas de atención, de tal suerte que tengamos una pirámide de atención como la que se propone en la Figura 18.1.

Adecuación del Seguro Popular

La atención integral de las enfermedades mentales debe contar con un sistema financiero en el caso de los pacientes de este programa; se debe asegurar la incorporación al Seguro Popular de la población con padecimientos mentales que no cuentan con seguridad social; es necesario establecer acuerdos con el fin de asegurar acceso a medicamentos para pacientes que son atendidos en los servicios ambulatorios del sistema de salud y avanzar en el financiamiento de la atención hospitalaria de mediano plazo.

Problemas emergentes

La salud mental es un indicador sustancial del bienestar humano. Cuando aparece o se intensifica un problema social, sin duda

en la atención de su solución deben incluirse servicios de salud mental. Por consiguiente, ésta participa de manera directa o indirecta, no sólo con los problemas de salud, sino también con los problemas sociales.

Nuestros servicios de atención a la salud mental deberán ser incorporados en las iniciativas y propuestas de programas para atender problemáticas sociales que se vinculan con la aparición, pronóstico y desarrollo de muchas enfermedades mentales. Ejemplo de ello son los programas para la atención de víctimas de violencia; los encaminados a disminuir el acoso escolar (*bullying*) en niños y adolescentes, además de los dirigidos a problemas relacionados con las adicciones.

Por último, el bienestar en salud mental de la población y los esfuerzos que muchas otras instancias nacionales e internacionales desarrollan requiere de nuestra participación en legislaciones en la materia y en la protección de los derechos humanos en general.

Bibliografía

1. Medina-Mora ME, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental. 2003;26(4):1-16.
2. Secretaría de Salud de México, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. IESM-OMS. Informe Sobre Sistema de Salud Mental en México; 2011.
3. Organización Mundial de la Salud. Programa de acción para superar las brechas en salud mental; 2011.

INFRAESTRUCTURA PARA LA ATENCIÓN DE LA DEPRESIÓN

Shoshana Berenzon Gorn

Ingrid Vargas Huicochea

19

251

En este capítulo, se centra la atención en la infraestructura para la atención no sólo de la depresión, sino también de otros trastornos psiquiátricos.

¿Por qué hablar de la brecha en la atención?

Analizar los indicadores asociados con las brechas en el tratamiento resulta sustancial en la infraestructura para la atención, ya que permite conocer la necesidad insatisfecha de atención a los problemas de salud mental.

La brecha de tratamiento se define como la diferencia absoluta entre el número de personas que presentan un trastorno y el de aquellas que reciben la atención apropiada en los servicios de salud. Esta diferencia se puede expresar como el porcentaje de personas que necesitan tratamiento y no lo reciben (Kohn, 2013).

En la Región de las Américas, la magnitud de la brecha de tratamiento para cualquier trastorno mental es de 78.1% y para la depresión mayor, de 54.8%. En México, las brechas son aún más elevadas, pues superan 80% para cualquier trastorno y 73% para la depresión mayor (Kohn, 2013).

Las barreras de acceso a la atención de salud mental (las cuales son diversas e impactan diferentes ámbitos) también son un componente importante que aumenta la brecha en el tratamiento.

Entre las barreras gubernamentales, se encuentran el trato dispar que se le concede a las enfermedades mentales con respecto a otros trastornos médicos, así como la escasa cantidad de fondos fijados a la salud mental. En México, del total del presupuesto asignado a la salud, sólo 2% se designa a la atención de las enfermedades

mentales. Ello, a pesar de que los trastornos mentales dan cuenta de 23% del total de años vividos con discapacidad (AVD); la depresión mayor ocupa el primer lugar entre las mujeres (8.3%) y el segundo entre los hombres (5.5%) (Lozano, *et al.*, 2013).

Aunado a lo anterior, la estructura actual del sistema de salud mental constituye una barrera de acceso para la atención. En nuestro país, el eje de atención de la salud mental sigue siendo los hospitales psiquiátricos, en ellos recae la mayoría de los internamientos; sin embargo, estas instituciones también cuentan con un amplio servicio de consulta externa que intenta suplir la falta de servicios en el primer nivel. Del mismo modo, existen muy pocos servicios de salud mental en los hospitales generales y sólo una tercera parte de los servicios de atención primaria del país cuenta con protocolos de detección y tratamiento de los principales trastornos mentales. Además, el acceso se ve limitado por la centralización del sistema de atención, ya que la mayoría de los establecimientos y, por ende, los recursos humanos, se ubican en las grandes ciudades (Berenzon, *et al.*, 2013; Heinze *et al.*, 2012.).

Existen también factores culturales, sociales e individuales que impiden o retrasan el acceso a la atención. A este respecto, para la depresión se han identificado el estigma, el diferimiento de las consultas, las dificultades para trasladarse al servicio, el no saber dónde obtener ayuda, la creencia de que el problema podría mejorar sin tratamiento o que la afección no era tan grave y, por lo tanto, la mejor forma de atención es a partir de la voluntad de manejarlo por cuenta propia (Berenzon *et al.*, 2013).

Una de las estrategias más viables para superar estas brechas en el tratamiento de la depresión es integrar los servicios de salud mental en los servicios generales de salud. Lograr una atención integrada reduciría el estigma que se vincula con la búsqueda de ayuda, permitiría aumentar el acceso a la atención a pesar de la escasez de recursos humanos especializados y facilitaría la atención de condiciones comórbidas frecuentes, como la que existe entre la depresión y la diabetes.

¿Cómo y dónde debe atenderse la depresión?

El conocimiento actual que se tiene sobre las características de la depresión y sobre las diversas formas de tratamiento demuestra que la mejor atención es la que conjuga diversos profesionales y diversas disciplinas de una manera estructurada como un todo y adecuadamente coordinada. No existe un solo profesional o un

perfil de conocimiento específico que se baste por sí mismo, para dar cuenta del conjunto de prácticas necesarias para un adecuado desarrollo del trabajo de prevención, de diagnóstico y terapéutico. Es necesario contar con una red articulada en la que se conjuguen los distintos lugares, saberes, profesiones y prácticas para lograr dar respuesta a las demandas actuales de la población y cerrar las brechas en la atención (Retolaza, 2014).

Existe suficiente respaldo científico a favor de la efectividad de los modelos colaborativos basados en una atención escalonada, donde las situaciones sencillas puedan ser atendidas de la manera más simple y natural posible y las más complejas reciban una respuesta específica del nivel especializado (Archer *et al.*, 2012). En este sentido, la atención primaria a la salud (APS) es el principal entorno asistencial donde debieran tratarse los trastornos depresivos; sin embargo, sabemos que este padecimiento abarca un espectro amplio que va desde los trastornos adaptativos hasta los casos graves, por lo que para su correcto abordaje deben incorporarse también los servicios hospitalarios generales y los servicios especializados en salud mental (Gilbody, 2011).

En la literatura internacional se plantean cuatro criterios generales para definir un modelo colaborativo: 1) debe haber un abordaje multiprofesional de los pacientes, que incluya tanto la atención primaria como la especializada; 2) debe haber un plan de manejo estructurado para la atención donde queden integrados los diversos niveles; 3) se debe mantener el seguimiento y las evoluciones de los pacientes, y 4) deben introducirse sistemas de mejoras de comunicación entre los profesionales (Retolaza, 2014). Estos criterios parecieran ser aspectos lógicos y fáciles de llevar a la práctica, sin embargo son poco frecuentes en la realidad asistencial actual.

Como ya se mencionó, los servicios de atención primaria debieran ser el eje rector de la atención de la depresión. La incorporación de la salud mental a la APS no es un concepto nuevo ya en la *Declaración de Alma-Ata*, adoptada en la Conferencia de 1978, patrocinada por la OMS y Unicef, se llamaba a la transformación de los sistemas de atención tradicionales, señalando que la APS era la forma más efectiva de alcanzar un nivel adecuado de salud entendido como el estado de completo bienestar físico, mental y social. La importancia de esta declaración se encuentra en el reconocimiento histórico que la APS tenía el potencial de mejorar los problemas de salud del mundo, ya sean de tipo físico o mental (Minoletti, *et al.*, 2012).

Existe evidencia de que las intervenciones realizadas en el primer nivel de atención son efectivas para disminuir la depresión y la dis-

capacidad asociada con ella, además de que su costo es relativamente bajo. También está probado que la mejor opción de tratamiento es la que combina el apoyo psicosocial básico con el uso de antidepresivos y/o algún tipo de psicoterapia (Lara *et al.*, 2010; OMS, 2008).

Entre las principales razones por las que el tratamiento de la depresión en la APS puede tener buenos resultados, se encuentran las que se mencionan a continuación.

- 1) *La posibilidad de reducir el estigma y la discriminación*
- 2) *El personal de APS se encuentra en una posición privilegiada para otorgar una atención continua a lo largo del ciclo vital de las personas; por lo que el tratamiento en el ámbito de la APS permite la continuidad de la atención más allá de la mera consulta*
- 3) *Permite una detección precoz, así como el trabajo de promoción y prevención de la salud (Funck *et al.*, 2008)*

254

Sabemos que la depresión tiene un componente físico (Seeling *et al.*, 2008; Rubenstein, 2006; Pincus, 2006; Vargas Huicochea y Carraveo Anduaga, 2010) y que son precisamente los síntomas físicos los que, con mucha frecuencia, motivan la búsqueda de atención con el médico general, de quien se espera que dé mejoría a la molestia física.

Aunado a lo anterior, la depresión con frecuencia es comórbida con otros problemas de salud como el cáncer, el VIH/sida y la diabetes, entre otros. La presencia de comorbilidad tiene importantes implicaciones para la identificación, el tratamiento y la rehabilitación de las personas. De esta manera, si una persona con un problema de depresión acude con uno de salud física o viceversa, se le puede proporcionar una atención integral que aumenta en gran medida la probabilidad de un buen resultado en salud (Funck *et al.*, 2008).

A pesar de que existen muchos modelos probados y ejemplos de atención de la salud mental teniendo como eje articulado el primer nivel en países de diferentes regiones y niveles socioeconómicos (Patel *et al.*, 2010), resulta necesario que se analicen los obstáculos y beneficios de esta reestructuración en México.

¿Cuál ha sido la experiencia de la atención de la depresión en México?

Como ya se ha dicho, en nuestro país la atención de las enfermedades mentales, incluida la depresión, recae en la actualidad en los

servicios especializados, principalmente en los hospitales psiquiátricos. Un ejemplo de lo anterior es que en 2008 había cuarenta y seis hospitales psiquiátricos, frente a trece unidades de internamiento psiquiátrico en hospitales generales y ocho establecimientos residenciales. Si bien es cierto que el número de servicios ambulatorios reportado fue mucho más amplio, éste no es suficiente para cubrir las necesidades de atención del país. Aunado a lo anterior, 50% de los pacientes que recibe algún tipo de atención lo hace en los hospitales psiquiátricos y un paciente es internado por cada 1.7 atendidos en los servicios ambulatorios (Berenzon *et al.*, 2013).

Del mismo modo, el rol de la atención primaria en el abordaje de los trastornos mentales es aún incipiente; sólo 30% de los centros cuenta con protocolos de evaluación y tratamiento para condiciones claves de salud mental. Un porcentaje similar realiza al mes por lo menos una referencia a un especialista en salud mental y alrededor de 15% del personal recibe por lo menos una vez al año cursos de actualización y/o educación relacionados con temas de salud mental. Entre 21 y 50% de los servicios de APS tiene disponible durante todo el año por lo menos un medicamento psicotrópico de cada categoría (Berenzon *et al.*, 2013).

Es interesante que, por lo general, los médicos de primer nivel de atención, acepten que los padecimientos psiquiátricos, como la depresión, forman parte de los cuadros clínicos de su consulta cotidiana. Sin embargo, dos terceras partes de este personal de salud señalan que menos de 30% de los pacientes busca atención específicamente por depresión. Así también, si bien es cierto que una gran mayoría de los médicos en servicios de APS ha llegado a mencionar que prescribe el uso de antidepresivos, casi 20% dice que no emplea ninguno de ellos. Por último, la aceptación al tratamiento con psicofármacos suele ser predominante, sólo 23.6% de los médicos identifica que sus pacientes consienten la intervención farmacológica, aspecto que atribuyen a que difícilmente los pacientes relacionan los síntomas que presentan con la existencia de un trastorno mental (Vargas *et al.*, 2004).

En cuanto a la preparación que tiene el personal de APS en relación con temas de psiquiatría y salud mental, ya se ha reportado su amplia heterogeneidad. Por ejemplo, el programa más importante de pregrado para médicos en México dedica 4% del total de horas curriculares a temas relacionados con la salud mental, mientras que aquél para enfermeros destina 3% (Berenzon *et al.*, 2013). De ahí que no es de sorprender que hasta 95% de los médicos en APS reconozca la necesidad de capacitación y entrenamiento adicional para detectar y tratar la depresión (Vargas *et al.*, 2004).

Pese a lo anterior, la necesidad de atención por parte del paciente, el interés por llevarlo a la mejoría e incluso la motivación del propio médico por ganar experiencia y conocimientos sobre las enfermedades mentales hacen que el médico general busque por lo regular dar solución a los problemas del paciente con depresión que llega a su consulta.

Infortunadamente, las cifras observadas de diagnóstico y tratamiento adecuados de la depresión en el primer nivel de atención no son las óptimas. Se estima que, alrededor de 50% de los pacientes con depresión que acuden a un servicio primario de atención no es diagnosticado en forma adecuada y otro tanto, aunque se diagnostican y reciben una intervención, ésta parece no dar resultado, pues los síntomas depresivos persisten (Rubenstein LV, 2006; Vargas Huicochea y Caraveo Anduaga, 2010; Williams *et al.*, 1999).

256

En la búsqueda de alternativas que permitan una mejor y más oportuna identificación de la depresión en el primer nivel, se han llegado a proponer estrategias como la implementación de instrumentos de tamizaje que facilite la detección de grupos de alto riesgo y que permita también el seguimiento a largo plazo (Vargas *et al.*, 2011). Sin embargo, este tipo de instrumentos pueden llegar a ser herramientas válidas y confiables para la detección de casos potenciales siempre y cuando se capacite al personal de salud para dar el manejo adecuado.

Por tanto, la sola capacitación y la implementación de herramientas aisladas, no aseguran un cambio importante en la atención de las personas con depresión en APS. Retomando la experiencia de Chile, donde la Reforma en Salud ha llevado a una modificación importante en el sistema con un enfoque en la fortaleza del primer nivel de atención, todo indica que aún se tienen algunas cosas que mejorar.

Martínez y su equipo (2008) exploraron las percepciones que el personal de APS chileno tenía sobre los cambios e implementaciones del nuevo modelo de atención. Los principales obstáculos señalados por los entrevistados para la adecuada implementación y funcionamiento de dicho modelo fueron: la insuficiencia de recursos humanos, el desconocimiento de los nuevos lineamientos y políticas públicas, la poca capacitación, los insuficientes recursos materiales, la falta de tiempo para planear y ejecutar acciones comunitarias; el déficit en el conocimiento y en las destrezas profesionales, las dificultades para lograr un trabajo articulado dentro del equipo profesional y la carencia de claridad respecto de las necesidades y

demandas de la población. Estos resultados demuestran que aun en contextos con mayor experiencia, como lo es el chileno, todavía son muchos los retos por vencer.

En la línea de lo expuesto en los párrafos previos, podría decirse que, aunque el primer nivel de atención sigue siendo el objetivo para llevar oportunidades de diagnóstico y tratamiento al grueso de la población, las experiencias no sólo locales, sino a nivel internacional, parecen ambiguas. Pareciera que mucho del éxito de la prestación de atención en materia de depresión a este nivel radica en una mejor capacitación de los prestadores de salud que ahí laboran y en el establecimiento de modelos colaborativos que permitan contar con un sistema de salud de atención primaria y comunitaria más sólido.

257

¿Hacia dónde dirigir nuestros esfuerzos?

Tal y como se ha expuesto, el acuerdo es general: el primer nivel de atención invariablemente debería ser el escenario principal de acción para detectar y tratar muchos de los trastornos mentales, en especial, aquellos como la depresión que son altamente prevalentes y discapacitantes.

Entre los muchos beneficios de tener integrada la atención de la depresión en el primer nivel de atención, se reconocen: el lograr un manejo integral del paciente con síntomas físicos y mentales del padecimiento; el favorecer mayor acceso a los servicios de salud con una detección temprana y menores obstáculos para la atención; el promover un menor estigma al tener un manejo ambulatorio y mejor integración a la comunidad; los menores costos económicos, tanto individuales como sociales; un mayor apego y un mejor seguimiento en el mediano y largo plazos (OMS/WONCA, 2008).

Sin embargo, hay una serie de medidas en la organización de los servicios y la prestación de éstos que será necesario atender para poder aspirar un primer nivel de atención disponible, accesible, con personal capacitado, integrado al sistema de salud en general y al que la población decida acudir debido a que no sólo cubre sus demandas sanitarias sino que también atiende sus malestares de la vida cotidiana (relacionados con tanta frecuencia con la presencia de la depresión).

Para lo anterior, el manejo a la salud mental a nivel primario necesita ser integrado en las políticas y programas locales para una

mejor distribución de recursos, a la par, por un lado, de una mejor formación y capacitación de los prestadores de salud en los servicios de APS y, por otro lado, de la sensibilización de la población para lograr un cambio de actitud hacia la psicopatología y sus formas de atención. Por supuesto, los servicios deberán estar disponibles y contar con la capacidad para dar respuesta a las demandas de atención, sin mencionar que la comunicación y coordinación con otros niveles sanitarios y no sanitarios (como grupos, líderes comunitarios, voluntariados y otras instancias) será indispensable para una adecuada cobertura.

El desafío es grande y dista mucho de estar completado porque no hay un modelo perfecto o una receta exacta de cómo lograr hacer funcionar de manera eficaz un sistema articulado de atención. Sin embargo, un primer paso podría significar integrar y coordinar los esfuerzos que ya se han comenzado a realizar. Asimismo, retomar las experiencias de otros contextos para evaluar su aplicabilidad (total o parcial) a las necesidades de nuestro entorno y evaluar las prioridades existentes para destinar en esa medida los recursos humanos y monetarios podrían ser algunos de los pasos iniciales.

La meta es lograr un sistema integral, articulado y escalonado donde la mayoría de los pacientes se atienda en el primer nivel, los casos no graves que tengan que hospitalizarse puedan ser atendidos en hospitales generales y sólo una pequeña proporción, que son los casos graves, sean atendidos en el tercer nivel.

Bibliografía

1. Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, et al. Collaborative Care for Depression and Anxiety Problems (Review). Cochrane Library. 2012;10.
2. Berenzon S, Saavedra N, Medina-Mora ME, Aparicio V, Galván J. Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? Rev Panam Salud Pública. 2013;33(4):252-8. Recuperado de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013000400003&lng=en&tlng=es. 10.1590/S1020-49892013000400003.
3. Funck M, Saraceno B, Drew N. Integrating mental health into primary health-care. Ment Health Fam Med. 2008;5(1):5-8.
4. Gilbody S, Bower P. Depression in primary care. Evidence and practice. Cambridge: University Press; 2011.
5. Heinze G, Chapa G, Santisteban J, Vargas I. Los especialistas en psiquiatría en México: su distribución, ejercicio profesional y certificación. Salud Men-

- tal. 2012;35(4):279-85. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000400003&lng=es&tlang=es..
6. Kohn R. La brecha de tratamiento en la región de las Américas. (Documento Técnico). Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2013.
 7. Lara-Muñoz MC, Robles-García R, Orozco R, Real T, Chisholm D, Medina_Mora ME. Estudio de costo-efectividad del tratamiento de la depresión en México. Salud Mental. 2010;33(4):1-8.
 8. Lozano R, Gómez-Dantés H, Garrido-Latorre F, Jiménez-Corona A, Campuzano-Rincón J, Franco-Marina F, et al. La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México. Salud Pública Mex. 2013;55(6):580-94. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013001000007&lng=es&tlang=es.
 9. Martínez NR, Silva L, Sepúlveda G. Obstáculos percibidos por los equipos de atención primaria en la implementación del nuevo modelo comunitario en salud mental. (Cuaderno de trabajo Vol. 6). Programa Mágister Psicología Comunitaria, Universidad de Chile; 2008.
 10. Minoletti A, Rojas G, Horvitz-Lennon M. Salud mental en atención primaria en Chile: aprendizajes para Latinoamérica. Cadernos Saúde Coletiva. 2012;20(4):440-7. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2012000400006&lng=en&tlang=es.
 11. Organización Mundial de la Salud. mhGAP Programa de acción para superar las brechas en salud mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Suiza: OMS; 2008.
 12. World Health Organization; WONCA. Integrating mental health in primary care: a global perspective. Geneva: WHO; 2008.
 13. Patel V, Weiss H, Chowdhary N, Naik S, Pednekar S, Chatterjee S, et al. Effectiveness of an intervention led by lay health counselors for depressive and anxiety disorders in primary care in Goa, India (MANAS): a cluster randomized controlled trial. Lancet. 2010;376(9758):2086-95.
 14. Pincus HA, Pechura CM, Elinson L, Pettit AR. Depression in primary care: linking clinical and systems strategies. Gen Hosp Psychiatry. 2001;23(6):311-8.
 15. Retolaza A. Cooperar para innovar. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2014;34(123):451-5. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352014000300001&lng=es.
 16. Rubenstein LV. Improving care for depression: there's no free lunch. Ann Intern Med. 2006;145(7):544-6.
 17. Seeling MD, Katon W. Gaps in depression care: why primary care physicians should hone their depression screening, diagnosis, and management skills. JOEM. 2008;50(4):451-8.

18. Vargas BE, Heinze G, García J, Fernández MA, Dickinsson ME. La capacitación del médico general del primer nivel de atención en el manejo de la depresión. *Rev Fac Med UNAM.* 2004;47(5):187-91.
19. Vargas B, Villamil V, Rodríguez C, Pérez J, Cortés J. Validación de la escala Kessler 10 (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. Propiedades psicométricas. *Salud Mental.* 2011;34(4):323-31. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000400005&lng=es&tlang=es.
20. Vargas I, Caraveo J. Predictores clínicos de la presencia de psicopatología. *Medicina Social.* 2010;(1):33-40.
21. Williams JW, Rost K, Dietrich AJ, Ciotti MC, Zyzanski SJ, Cornell J. Primary care physicians' approach to depressive disorders. Effects of physician specialty and practice structure. *Arch Fam Med.* 1998;8(1):58-67.

LOS ESTÁNDARES DE CALIDAD

Martha Patricia Ontiveros Uribe

20

261

Antecedentes

La insatisfacción ante la atención médica ha aumentado entre los pacientes y los proveedores (personal e instituciones de salud), a pesar de los éxitos médicos logrados en los siglos XX y XXI.

Esta paradoja puede deberse a varias razones: mayor nivel de educación de los pacientes, mayor acceso a la información, críticas de la profesión por parte de los medios de comunicación, aparición de formas alternativas de medicina que hacen promesas poco realistas, el aumento de los costos de la atención, la fragmentación de la atención médica en especialidades, entre otras.

Por otra parte, hay un deterioro en la relación médico-paciente, con desconfianza e insatisfacción por parte de este último hacia los médicos, el personal de salud y las instituciones.

Definiciones

El concepto de calidad derivado de los modelos industriales de gestión enfatiza fundamentalmente la satisfacción del cliente que adquiere o hace uso de un producto o un servicio.

La calidad en la atención médica de la salud involucra varios conceptos:

- **Efectividad.** *La respuesta al tratamiento alcanza el resultado esperado, es decir se alcanza la mejoría de la salud*
- **Eficiencia.** *Obtener la mayor mejoría de la salud con el menor costo, los recursos invertidos para alcanzar el resultado esperado se utilizan con un desperdicio mínimo*

- **Estándar de calidad.** Un estándar de calidad es el que reúne los requisitos mínimos en busca de la excelencia dentro de una organización institucional

El estándar es una declaración explícita de calidad; para determinar su grado de cumplimiento, es necesario contar con indicadores, determinando el margen entre el desempeño ideal y el real en los procesos y los resultados de satisfacción de los usuarios.

Los estándares son principios establecidos que deben cumplir los proveedores del cuidado de la salud. Se miden o evalúan con un propósito específico. Pueden ser explícitos y prescriptivos como los establecidos por el Consejo de Salubridad General, basados en la *Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations*

- **Normas.** Las normas son principios cuantitativos o cualitativos que describen aspectos del proceso del cuidado de la salud. Son patrones nacionales en la práctica de una disciplina. En México un ejemplo de Norma Oficial es la Norma 004 del Expediente Clínica, que obliga a su cumplimiento a todos los médicos e instituciones de salud
- **Guías.** Las guías son un conjunto de criterios que se aplican en el diagnóstico y manejo de un trastorno específico, tomando como referencia la medicina con base en evidencia

262

Definición de calidad

El concepto de calidad aplicado al cuidado médico se refiere al cuidado y al tratamiento que llevan a un resultado óptimo, utilizando de manera apropiada los recursos disponibles.

La calidad es una estrategia muy importante en la gestión de la salud, se refiere a estándares, a la aplicación de normas y guías de práctica clínica. Debe ser de costo alcanzable y capaz de producir un impacto/resultado demostrable. Está vinculada con la ética y con el derecho a recibir atención en la salud mental-psiquiátrica. Es un concepto centrado en el cliente (usuario-paciente-familiar), es una exigencia del usuario y está orientada a su satisfacción.

Es muy importante señalar que los pacientes y sus familiares tienen derecho a recibir y exigir una atención médica de calidad.

Lamentablemente por falta de recursos, discriminación y estigma y por desconocimiento, muchos enfermos mentales y sus familiares no reciben una atención médica psiquiátrica de calidad, como

lo señalan diversos estudios nacionales e internacionales en el caso de los trastornos de ansiedad y del trastorno depresivo mayor.

En México, la doctora María Elena Medina Mora en 2005 encontró que la prevalencia a 12 meses de cualquier trastorno mental es de 12.1%. El trastorno más común es la fobia social, con una prevalencia de 4%, seguido del trastorno depresivo mayor, con 3.7%, y el abuso y dependencia del alcohol, con 2.2%. Los jóvenes tuvieron mayor probabilidad de cursar con cualquiera de los trastornos. Medina Mora encontró una correlación entre los ingresos y la gravedad del trastorno, a mayor gravedad menor ingreso. A las mujeres correspondió una mayor prevalencia de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo y menos abuso de sustancias. Las personas separadas, divorciadas o viudas tuvieron mayor probabilidad de cursar con trastornos del estado de ánimo y trastornos del control de impulsos. En este estudio se identificó que hay una subutilización de los servicios de salud mental, sólo 13.7% de los casos graves busca atención en salud mental, en comparación con 76.2% de los casos graves que no sigue un tratamiento.

Kessler en 2005 en un escrutinio de comorbilidad en población general encontró una prevalencia a lo largo de la vida:

- *De 28.8% para los trastornos de ansiedad. Edad de inicio promedio 11 años*
- *De 24.8% para los trastornos del control de impulsos. Edad de inicio promedio 11 años*
- *De 20.8% para los trastornos afectivos. Edad de inicio promedio 30 años*
- *De 14.6% para los trastornos por uso de sustancias. Edad de inicio promedio 20 años*
- *De 46.4% para cualquier trastorno. Es decir que cerca de la mitad de la población en Estados Unidos tendrá en algún momento de su vida un trastorno mental, con inicio en la infancia o en la adolescencia. Por lo que la intervención tiene que ir dirigida a la prevención o a la detección y tratamiento temprano en los jóvenes*

Soldberg en 2008 señala que a pesar de la prevalencia de la trastornos mentales –como el trastorno depresivo mayor– y de su impacto en las personas que la padecen, el cuidado médico para la depresión es pobre, sobre todo en lo que se refiere al seguimiento a largo plazo. Esta es una situación frustrante porque los pacientes con trastorno depresivo pueden atenderse en el primer nivel con

buen pronóstico, sobre todo si se establece una relación colaborativa entre el médico del nivel primario con el médico especialista en psiquiatría. Esta relación colaborativa mejora la calidad en la atención de los pacientes deprimidos.

Avedis Donabedian señala los siete atributos del cuidado de la salud que definen la calidad de la atención y que se definen a continuación.

1. **Eficacia.** *La habilidad de lograr el efecto que se desea o se espera. Consiste en realizar el mayor esfuerzo para mejorar la salud.*
2. **Efectividad.** *El grado en el cual se alcanza la mejoría de la salud.*
3. **Eficiencia.** *La habilidad de obtener la mayor mejoría de la salud con el menor costo.*
4. **Optimizar.** *La mayor ventaja en el balance costo/beneficio.*
5. **Aceptabilidad.** *Conformidad de las preferencias del paciente con respecto a la accesibilidad, relación médico-paciente, amenidades, efectos del cuidado, costos del cuidado.*
6. **Legitimizar.** *Conformidad de las preferencias sociales con respecto al punto anterior.*
7. **Equidad.** *Igualdad en la distribución del cuidado y sus efectos sobre la salud.*

Los profesionales de la salud deben tomar en cuenta las preferencias del paciente y las preferencias de la sociedad para evaluar y asegurar una atención de calidad. Si ambas preferencias están en desacuerdo, el médico debe encarar el reto de reconciliarlas.

Donabedian propone que la ejecución del médico es el punto fundamental en la definición de calidad.

El proceso de la relación terapéutica tiene dos aspectos:

- a. *Habilidades técnicas*
- b. *Habilidades interpersonales*

La ejecución técnica depende del conocimiento, del juicio y de las habilidades necesarias para desarrollar e implementar las estrategias de tratamiento. Es evaluada dentro del marco de los estándares de la mejor práctica, que llevan a la mejoría de la salud. Y aun cuando la mejoría fuera pobre, se considera que la calidad de la atención ha sido buena, si se proporcionó de acuerdo con los estándares aceptados como los más efectivos para la mayoría de los casos similares. Lo que se evalúa es qué tanto el médico se adhiere a los estándares.

Por su parte, las *habilidades interpersonales*, basadas en la sensibilidad del médico, pueden ayudar u obstaculizar las habilidades técnicas.

Los pacientes tienden a juzgar la calidad de la atención por los aspectos interpersonales del proceso clínico, porque estos aspectos son los más evidentes para ellos.

El éxito de la atención médico-psiquiátrica depende de la habilidad del manejo de los aspectos interpersonales del proceso clínico. Tales aspectos se enumeran en seguida.

- 1. Empatía*
- 2. Confidencialidad*
- 3. Preocupación que expresa el médico*
- 4. Educación que se brinda al paciente*

Sin embargo, a pesar de la gran importancia del componente interpersonal, la calidad de éste es difícil de evaluar, para ello se deben considerar los reportes/opiniones del paciente y del familiar.

Las preferencias y reacciones del paciente son esenciales para evaluar el proceso de atención médica, pero éstas sólo serán significativas si los aspectos técnicos han sido satisfactorios.

La calidad por lo tanto incluye la “estructura” del cuidado médico y el “resultado” de éste.

La estructura incluye los atributos en los que ocurre el cuidado médico:

- *Escenario-infraestructura o la planta física*
- *Equipo-recursos materiales*
- *Recursos humanos-personal, el número de personas y su preparación académica y técnica*
- *Organización del personal*
- *Procesos de revisión o control interno*
- *Corrección de los problemas (programas de mejora)*

La evaluación del resultado del proceso clínico debe proporcionar una retroalimentación para el médico, que lleve a una mejoría de los estándares de calidad y a que, por medio de un plan de mejora continua, se establezcan las mejores prácticas clínicas.

El descrito con anterioridad sería el procedimiento ideal, sin embargo en la práctica médica psiquiátrica cotidiana es poco frecuente que se controle la calidad con base en el resultado.

Otro aspecto relacionado con la calidad es el costo. Una propuesta es que la calidad hace referencia a alcanzar el grado máximo de salud y que se deben excluir los costos desproporcionados que exceden los beneficios en la salud del paciente. Se debe elegir el nivel óptimo de cuidado médico compatible con la calidad de la

atención. Por ejemplo, la quimioterapia en caso de cáncer de páncreas es un tratamiento doloroso y costoso, paliativo y no curativo, en cuyo caso el médico y el paciente deciden utilizarla o no, evaluando “el resultado” del procedimiento con base en el costo/beneficio.

Este aspecto se complica cuando, además del médico y el paciente, un tercero interviene: las compañías de seguros y/o los programas de salud gubernamentales.

El diagnóstico en la calidad de la atención

El diagnóstico es el nombre dado a un trastorno específico o a un síndrome identificado por medio de un proceso de evaluación. El nombre dado al trastorno está basado en una nomenclatura o sistema de clasificación: Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10 OMS) y *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la asociación psiquiátrica americana* (DSM-5 APA).

Además de establecer el diagnóstico, se debe describir si es un trastorno agudo o crónico.

Un trastorno agudo manifiesta las características que se mencionan a continuación.

- *Inicio abrupto, repentino, rápido, en días o pocos meses*
- *Grado o nivel de gravedad del trastorno*
- *Necesidad de un tratamiento intensivo*
- *Antecedente de buena respuesta a un tratamiento activo en un periodo relativamente breve*

Por su parte, un trastorno crónico presenta las características que se nombran en seguida.

- *Inicio lento, progresivo, con varios años de evolución*
- *Sintomatología grave, persistente y/o deterioro funcional*
- *Episodios de exacerbación aguda o empeoramiento*
- *Por lo general pobre pronóstico con respecto a la recuperación completa*
- *Necesidades de cuidado y tratamiento a largo plazo o de por vida*

Es muy importante tener en cuenta que hay trastornos mentales que causan déficits psicológicos y/o sociales, que pueden estar presentes en los períodos de recuperación o remisión.

La evaluación debe incluir los aspectos biológicos, un examen físico, neurológico, una evaluación nutricional, los tratamientos previos y el funcionamiento psicológico y social, además de los problemas y las necesidades del paciente.

El tratamiento en la calidad de la atención

Con base en toda la información que contiene la historia clínica, se establece el tratamiento, de entre los que se describen a continuación.

- *Tratamiento activo.* Produce una recuperación al nivel previo de funcionamiento, antes del episodio agudo. Causa una mejoría significativa en la sintomatología, en la conducta y en el funcionamiento del paciente. Se proporciona en forma ambulatoria o con el paciente hospitalizado.
- *Tratamiento de rehabilitación.* Diseñado para mejorar los déficits psicológicos, interpersonales, sociales y ocupacionales en el funcionamiento del paciente, debidos a alteración mental orgánica, uso de sustancias, esquizofrenia, depresión, trastorno bipolar. Por lo general, se proporciona en forma ambulatoria. La mejoría es medible, pero se da con lentitud.
- *Custodia.* Por lo general se proporciona en un ambiente institucionalizado, diseñado para el cuidado de pacientes crónicos, procurando el mayor nivel posible de funcionamiento. El paciente no experimenta una mejoría significativa en la sintomatología ni en el funcionamiento, pero requiere protección, la cual se le brinda en un ambiente de respeto.
- *Tratamiento de apoyo.* Se proporciona en forma ambulatoria. La meta es que el paciente mantenga el mayor nivel posible de funcionamiento dentro de la comunidad, proporcionando programas de “hospital de día” u “hospital parcial”, adherencia y cumplimiento del tratamiento farmacológico (clínicas de medicamentos de depósito)

267

Asimismo, se evalúa la “intensidad de los servicios”, es decir la cantidad de tiempo invertido por los profesionales de la salud en el tratamiento del paciente. Incluye:

- *Tiempo del psiquiatra.* El tiempo que el médico especialista en psiquiatría invierte en el tratamiento del paciente
- *Tiempo de otros especialistas en salud.* El tiempo que otros profesionales de la salud mental invierten en el tratamiento del paciente: enfermera(o)(s), trabajador(a)(s) sociales, psicólogo(a)(s).

- **Requerimiento de cuidado del paciente.** Si el paciente requiere cuidado de 24 horas por parte de personal de enfermería supervisado por médico especialista en psiquiatría.

También se considera el tiempo en que en forma activa el propio paciente invierte en terapia familiar, terapia de grupo, psicoeducación, terapia ocupacional.

Regresando al término *calidad*, éste no tiene carácter descriptivo sino evaluativo. La calidad se evalúa. La calidad consiste en la realización de los valores positivos de todo tipo y el evitar de los negativos.

Las instituciones deben encontrar los mecanismos que permitan revisar de manera constante la atención médica que proporcionan, encontrando las posibles fallas para corregirlas.

268

En el cuidado de la salud, la palabra calidad se refiere al proceso de tratamiento que va a ser revisado, evaluado o controlado. El proveedor del cuidado busca *mantener y mejorar* la calidad de su trabajo y el revisor busca *evaluar* la calidad de ese trabajo. A su vez, al proveedor le interesa la calidad de dicho proceso de revisión.

El tratamiento del paciente debe ser revisado/supervisado en forma permanente por las razones que se explican en seguida.

- **Para asegurar la calidad de la atención.** Se evalúan los procesos, la aplicación de los mismos, y se busca resolver los problemas que se presentan. Se requiere de un enfoque interdisciplinario médico, estadístico, epidemiológico, sociológico, económico. La calidad de la atención se logra con efectividad y eficiencia
- **Revisión de la utilización de los recursos.** Evalúa la eficiencia en la utilización de los recursos invertidos en el tratamiento del paciente. Se evalúa la necesidad de iniciar o mantener el tratamiento y se realiza un balance de los recursos que requiere el tratamiento del paciente y el uso apropiado de los recursos públicos disponibles
- **Revisión previa al inicio del tratamiento ambulatorio u hospitalario.** Se refiere a la evaluación del paciente antes de iniciar el tratamiento. Incluye considerar el diagnóstico, la gravedad de la enfermedad y la idoneidad en la elección del tratamiento acorde a las necesidades del paciente
- **Revisión de la admisión.** Se realiza en los servicios de admisión (emergencia), permaneciendo el paciente en dicho servicio por un tiempo de 24 horas, para verificar si requiere internamiento o se le puede dar tratamiento ambulatorio

- **Revisión concurrente.** Se realiza en un punto determinado del tratamiento, para evaluar si es pertinente que el paciente continúe el tratamiento en forma ambulatoria o si requiere internamiento, o si un paciente debe continuar o no hospitalizado, si se debe continuar, disminuir o aumentar la dosis del (los) medicamento(s), dependiendo de la condición y evolución del paciente. Esta revisión se puede dar a intervalos específicos de tiempo
- **Revisión por pares.** Otros profesionales de la salud mental, por ejemplo otro u otros médicos especialistas en psiquiatría, pueden efectuar la supervisión del tratamiento del paciente con el propósito de asegurar la calidad de la atención

Los participantes en los procesos de revisión son:

- **Primer participante: el paciente**
- **Segundo participante: el clínico.** Es el proveedor del servicio, responsable del tratamiento del paciente. Si la atención se da a nivel hospitalario el médico es responsable de la admisión (ingreso), alta (egreso) y plan de tratamiento.
- **Tercer participante: la entidad que proporciona los recursos**
- **Cuarto participante: el equipo clínico que realiza el proceso de revisión**
 - **Primer nivel.** Médico de mayor jerarquía con la misma especialidad y preparación que realiza la revisión del caso, generalmente verificando la calidad de la atención y la evolución del paciente.
 - **Segundo nivel.** Un equipo multidisciplinario revisor, que evalúa aspectos como complicaciones, recaídas, mortalidad.

269

La calidad en los servicios de psiquiatría y salud mental

En la atención a la salud mental, la calidad es una medida que evalúa si los servicios alcanzan o no los resultados deseados y si éstos son coherentes con las prácticas actuales basadas en la evidencia.

Esto incluye dos componentes:

1. *Para las personas con trastornos mentales, sus familias y la población en general, la calidad enfatiza que los servicios deben arrojar resultados positivos*

2. Para los médicos, personal de salud y planificadores de servicios obliga al mejor uso posible del conocimiento y la tecnología actual.

Una buena calidad implica que los servicios de salud mental deben:

- Preservar la dignidad de las personas con trastornos mentales
- Proporcionar cuidados, tanto clínicos como no clínicos, destinados a reducir el impacto del trastorno y a mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales
- Utilizar intervenciones que ayuden a las personas con trastornos mentales a afrontar por sí mismas la discapacidad derivada de tales trastornos
- Hacer un uso más eficiente y efectivo de los escasos recursos destinados a la salud mental
- Asegurar que la calidad de la atención mejore en todas las áreas, incluyendo la promoción de la salud mental, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación en atención primaria, en los servicios de consulta externa ambulatorios y de hospitalización

Seis metas internacionales

Otros aspectos que muestran la calidad de la atención en las instituciones psiquiátricas constituyen la aplicación de las *seis metas internacionales*, que en seguida se explican.

1. *Identificar correctamente a los pacientes.* Lo anterior mediante primer apellido, segundo apellido, nombre(s) y fecha de nacimiento, siempre antes de:
 - a. Administración de medicamentos
 - b. Administración de sangre o hemoderivados
 - c. Procedimientos invasivos
 - d. Procedimientos quirúrgicos
 - e. Dotación de dietas
 - f. Traslados
2. *Mejorar la comunicación efectiva entre profesionales de la salud.* En caso de que el médico dé órdenes verbales, el procedimiento confirmatorio readback requiere de:
 - a. Escuchar
 - b. Escribir
 - c. Leer
 - d. Confirmar

- 3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo.** Electro-litos concentrados ubicados únicamente en el carro de paro, identificados como se debe, con “peca” o marca roja
- 4. Garantizar las cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto.** El propósito de este meta es prevenir errores mediante una lista de verificación

En el caso de las instituciones psiquiátricas esta meta internacional aplica para la administración de la anestesia en los pacientes que reciben terapia eléctrica (terapia electroconvulsiva, TEC), realizando el *time out* o tiempo fuera para:

- a. Identificar al paciente preguntándole su nombre completo y fecha de nacimiento verificando la información en el expediente y/o en el brazalete de identificación que porta el paciente
 - b. Verificar la condición del paciente –evaluación preanestésica
 - c. Verificar el equipo
 - d. Verificar los medicamentos a utilizar en la anestesia
 - e. Verificar la condición del paciente –evaluación postanestésica
- 5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica mediante la higiene de manos adecuada en los cinco momentos del lavado de manos:**
 - I. Antes del contacto directo con el paciente
 - II. Antes de una tarea antiséptica o de manipular un dispositivo invasivo a pesar del uso de guantes
 - III. Despues del contacto con fluidos o secreciones corporales
 - IV. Despues del contacto con el paciente
 - V. Despues del contacto con objetos en el entorno del paciente
 - 6. Reducir el riesgo de caídas, implementando las medidas pertinentes:**
 - a. Levantar los barandales de la cama en caso de pacientes con cuadros de confusión mental, con inestabilidad en la marcha, con riesgo de hipotensión por efecto secundario de medicamentos, etc.
 - b. Traslado del paciente que así lo requiera en silla de ruedas o en camilla segura
 - c. Cama baja en caso de pacientes geriátricos
 - d. Colocar una silla de plástico para el baño del paciente que así lo requiera
 - e. Proporcionar aditamentos de ayuda: bastones, andadera, silla de ruedas

- f. Colocar antiderrapantes en el piso
- g. Recomendar y supervisar en caso de pacientes hospitalizados el calzado adecuado

Diez principios básicos en el cuidado de la salud mental OMS

272

La calidad en la atención de la salud mental debe ir aunada a la elaboración de políticas, como es el caso de la Legislación de Cuidados en Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que propone diez principios básicos que están dirigidos sobre todo a pacientes con trastornos mentales graves, como los psicóticos o los neurocognitivos:

1. Promoción de la salud mental y prevención de las enfermedades mentales
2. Accesibilidad a los cuidados básicos de salud mental
3. Evaluación de la salud mental siguiendo principios internacionalmente aceptados
4. Proveer cuidados de salud mental lo menos restrictivos posibles
5. Autonomía
6. Derecho a ser asistido en el ejercicio de su autonomía
7. Disponibilidad de procedimientos de revisión
8. Mecanismo automático de revisión periódica
9. Toma de decisiones cualificada
10. Respeto por la legislación vigente

Estrategias para mejorar la calidad de la atención en pacientes deprimidos

Kramer en 2008 propuso varias estrategias para mejorar la calidad de la atención de los adolescentes que cursan con depresión:

- Se deben utilizar instrumentos de tamizaje para aumentar la detección temprana de depresión, sobre todo en los grupos en riesgo como los adolescentes con problemas de conducta, lo que permite iniciar en forma temprana el tratamiento
- Para la detección de los casos, es fundamental entrevistar a los padres y al adolescente

- Utilizar guías de tratamiento basadas en la evidencia en el uso de inhibidores selectivos de recaptura de serotonina y psicoterapia cognitivo conductual. Las guías recomiendan identificar los efectos secundarios y evaluar el cumplimiento del tratamiento anti-depresivo
- Evaluar si existe comorbilidad para proporcionar el manejo oportuno de la misma, por ejemplo trastorno por déficit de atención, consumo de alcohol y/o sustancias
- Evaluar si existe riesgo suicida y dar las señales de alarma al paciente y a los padres
- Entender la percepción del adolescente deprimido e indagar sus preferencias de tratamiento

Conclusiones

273

La calidad de la atención en los pacientes con trastornos mentales incluye todos los aspectos siguientes que aplican en el manejo ambulatorio, en la consulta externa y/o en caso de que el paciente se encuentre hospitalizado:

1. Trato digno
2. Recabar consentimiento informado para recibir atención en servicios de emergencia, consulta externa y para ingreso hospitalario
3. Aunque el paciente hubiera firmado el consentimiento informado de ingreso hospitalario, se debe respetar, si la hubiere, la solicitud de alta voluntaria del paciente y/o del familiar responsable, informando puntualmente acerca de las desventajas de no continuar el tratamiento y otorgando la nota de referencia
4. Respeto a la confidencialidad
5. Contar con un expediente clínico
6. Contar con una segunda opinión
7. En caso de que el paciente requiera y acepte la hospitalización, proporcionar un cuarto limpio, ventilado, iluminado, sin objetos de riesgo, que permita observar al paciente al mismo tiempo que se respeta su privacidad
8. En caso de pacientes hospitalizados, éstos tienen derecho a recibir visitas familiares y, si así lo determina el personal médico, solicitar que haya un acompañante familiar durante el internamiento
9. Proporcionar espacio y actividades de terapia recreativa
10. Brindar el cuidado apropiado para prevenir el riesgo de auto-

lesiones y el riesgo suicida. Para ello, las instalaciones deben contar con regaderas empotradas y no deben tener travesaños, las ventanas deben tener película protectora, entre otras especificaciones

- 11. En caso de pacientes ambulatorios, si se detecta riesgo suicida en primer lugar se debe ofrecer el internamiento, si no es posible, se tiene que indicar al familiar responsable la vigilancia estrecha del paciente, retirar objetos que representen riesgo para él, preguntar si hay armas de fuego en casa e indicar que las lleven a otro lugar o se deshagan de ellas. Preguntar al paciente y al familiar si hay ideación o plan suicida, si ha habido intentos suicidas previos, si hay antecedente de suicidio en la familia*
- 12. En caso de pacientes con discapacidad física, facilitar el uso de silla de ruedas*
- 13. Respetar el derecho a la información, proporcionando el diagnóstico, los resultados de estudios, explicar el tratamiento y las indicaciones al alta o en las citas de consulta externa*
- 14. Otorgar resumen clínico al alta del paciente con entrega de estudios y resultado de los mismos. En los servicios de consulta externa, entregar resumen clínico cuando el paciente así lo solicite*
- 15. Respetar todos los derechos de los pacientes*
- 16. Utilizar guías de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de los diferentes trastornos mentales. Hay guías nacionales como las Guías Cenetec para el Primer Nivel de Atención y guías internacionales como las de la American Psychiatric Association (Asociación Psiquiátrica Americana, APC), la Guía NICE, o la Guía CANMAT (Guía Canadiense para el tratamiento de los trastornos afectivos y de ansiedad)*
- 17. Uso racional de medicamentos, verificando la idoneidad del tratamiento y conociendo y previniendo la posibilidad de interacciones farmacológicas*
- 18. En caso de pacientes que requieran uso de terapia eléctrica (terapia electroconvulsiva, TEC), el paciente y su familiar deben recibir la explicación del procedimiento y firmar el Consentimiento Informado para TEC. También deberán recibir información por parte del anestesiólogo acerca del procedimiento de anestesia para TEC y firmar el consentimiento correspondiente*
- 19. Prevenir el riesgo de errores en la medicación. Para administrar un medicamento de manera segura para los pacientes, el personal de enfermería debe tener en cuenta los diez puntos “correctos”, que son:*

- I. Paciente correcto*
- II. Medicamento correcto*
- III. Dosis correcta*
- IV. Hora correcta*
- V. Vía de administración correcta*
- VI. Fecha de caducidad correcta. Verificar la fecha de vencimiento del medicamento*
- VII. Preparación correcta. Preparar usted mismo el medicamento, no administre un medicamento que usted no halla preparado*
- VIII. Administración correcta. Administrar usted mismo el medicamento*
- IX. Registro correcto. Registrar usted mismo el medicamento y la hora de administración en el expediente del paciente*
- X. Responsable correcto. Tener responsabilidad de la administración del medicamento*

275

- 20. Sólo en caso absolutamente necesario, utilizar restricción física. En caso de aplicarla, seguir de manera estricta el procedimiento establecido.*

Las instituciones, los médicos especialistas en psiquiatría y el personal de salud mental deben tener un compromiso permanente para proporcionar, mantener y mejorar de manera constante los estándares de calidad de la atención que se proporciona al paciente con trastornos mentales.

Bibliografía

1. Donabedian A. The quality of medical care. *Science*. 1976;200:856-64.
2. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med*. 1990; 114(11):1115-8.
3. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*. Sep 23-30 1988;260(12):1743-8.
4. Estévez-Ramos RA. Estándares e indicadores para evaluar la atención de enfermería en unidades psiquiátricas. *Rev Enfermería Universitaria, ENEO-UNAM*. 2009;6:8-22.
5. Fullerton CA, Busch AB, Normand SLT, McGuire TG, Epstein AM. Ten-year trends in quality of care and spending for depression1996 Through 2005. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68:1218-26.

6. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto.
7. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:593-602.
8. Kramer TL, Miller TL, Phillips SD, Robbins JM. Quality of mental health care for depressed adolescents. *Am J Med Qual*. 2008;23(2):96-104.
9. Matsson MR. Manual of Psychiatric Quality Assurance. A report of American Psychiatric Association Committee on Quality Assurance. American Psychiatric Association; 1992.
10. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J. Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psycholog Med*. 2005;35:1773-83.
11. NICE clinical guideline 90. Depression in adults. The treatment and the management of depression in adults. October 2009. guidance.nice.org.uk/cg90
12. Patten SB, Kennedy SH, Lam RW, O'Donovan C, Filteau MJ, Parikh SV, Ravindran AV; Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CAN-MAT). Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. Classification, burden and principles of management. *J Affect Disord*. 2009;117(suppl 1):S5-S14.
13. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Quality improvement for mental health. OMS; 2003.
14. Solberg LI, Asche SE, Margolis KL, Whitebird RR, Trangle MA, Wineman AP. Relationship between the presence of practice systems and the quality of care for depression. *Am J Med Qual*. 2008;23:420-6.
15. Trucco MB. Ética y calidad en la atención médica y psiquiátrica. *Rev Chil Neuro Psiquiatr*. 2004;42:81-7.

EL SEGURO POPULAR

M. Magdalena Ocampo Regla

21

Antecedentes

277

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917, en su Artículo 40. menciona que:

“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución”.¹

Es aquí y de esta manera, donde nacen las bases jurídicas y legales para la construcción del Sistema Nacional de Salud. Es hasta 1943 que nacieron el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS),² la Secretaría de Salud y Asistencia (SSA), conocida en la actualidad con el nombre de Secretaría de Salud (SS), y el Hospital Infantil de México, que ha sido considerado como el primero de los Institutos Nacionales de Salud. En 1944 se fundó el Instituto Nacional de Cardiología y en 1946, el Hospital de Enfermedades de la Nutrición.³

El objetivo primordial del IMSS era ofrecer servicios médicos a trabajadores asalariados bajo el esquema de aseguramiento público con financiamiento tripartita: de los trabajadores, patrones y el Estado. La Secretaría de Salud y Asistencia se creó con el propósito de brindar atención médica a la población no asalariada, carente de un esquema de aseguramiento público prepagado. Para 1960 se instaura el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), con un financiamiento bipartita, de los trabajadores y del gobierno, destinado a proporcionar servicios de salud a los trabajadores del gobierno, lo que amplía la cobertura de la seguridad social. Otras instituciones como Petróleos Mexicanos,

Secretaría de Marina y Secretaría de la Defensa Nacional proporcionaban servicios de salud a sus trabajadores.

Con las nuevas instituciones surgió la primera generación de reformas en salud, que buscó responder a las demandas del desarrollo industrial mediante el cuidado de la población obrera, atendida en los institutos de seguridad social.

Sin embargo, a pesar de estas instancias, una gran proporción de la población del país no tenían acceso a los servicios de salud.

De tal forma que básicamente quienes contaban con un empleo formal tenían derecho a la cobertura en salud, cuando en forma paradójica quienes carecen del mismo están en una posición mucho más vulnerable, ya que uno de los gastos más sustanciales es el que se refiere al cuidado de la salud, y ante la presencia de enfermedades tales como enfermedades mentales, cáncer, sida u otras pueden significar la pérdida absoluta del patrimonio familiar.

En los años setenta apareció una nueva generación de reformas, con la finalidad de crear un Sistema Nacional de Salud. En 1979 se creó el Programa IMSS-Coplamar (que en 1989 se transformó en IMSS-Solidaridad), dirigido a la población que laboraba y vivía en el campo. Posteriormente, la SSA instrumentó el Programa de Atención a la Salud para Población Marginada en Grandes Urbes, dirigido a las zonas de miseria urbana. Ante esta situación, era prioritario reorganizar el modelo de atención a la salud para asegurar la cobertura y estar en condiciones de satisfacer las necesidades de una población con características demográficas diferentes a las que existían cuando se creó el modelo de seguridad social.³

Seguro Popular

En 1983, en el *Diario Oficial de la Federación* de fecha 3 de febrero de 1983, se publicó la modificación al Artículo 40. de la *Constitución General de los Estados Unidos Mexicanos* que dice:

“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y de las entidades federativas en materia de salubridad general conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.”

De igual forma, el 15 de mayo de 2003, se adiciona un Título Tercero Bis a la *Ley general de salud*, denominado “De la protec-

ción social en salud". Un año después entra en vigor el esquema de seguridad universal, llamado Sistema de Protección Social en Salud, que ofrecía aseguramiento médico a la población no asalariada. El gobierno federal, por medio de la Secretaría de Salud, durante el periodo 2001-2006, puso en marcha el Programa Nacional de Salud (PNS 2001-2006), subtitulado "La Democratización de la Salud en México: Hacia un Sistema Universal de Salud", al que también le llamaron "Programa de Salud para Todos" y posteriormente se le conoció como "Seguro Popular".

Se puso en operación en 2001 a manera de programa piloto en cinco entidades federativas: Aguascalientes, Campeche, Colima, Jalisco y Tabasco, y para 2002, se agregaron 14 entidades más. Lo que daba un total de 295 513 familias afiliadas al sistema. Aunado al objetivo de fungir como programa piloto, el Seguro Popular de Salud respondió al menos a tres grandes objetivos fundamentales:

1. *Brindar protección financiera a la población que carece de seguridad social por medio de la opción de aseguramiento público en materia de salud*
2. *Crear una cultura de prepago en los beneficiarios del Sistema de Protección en Salud*
3. *Disminuir el número de familias que se empobrecen anualmente al enfrentar gastos de salud*

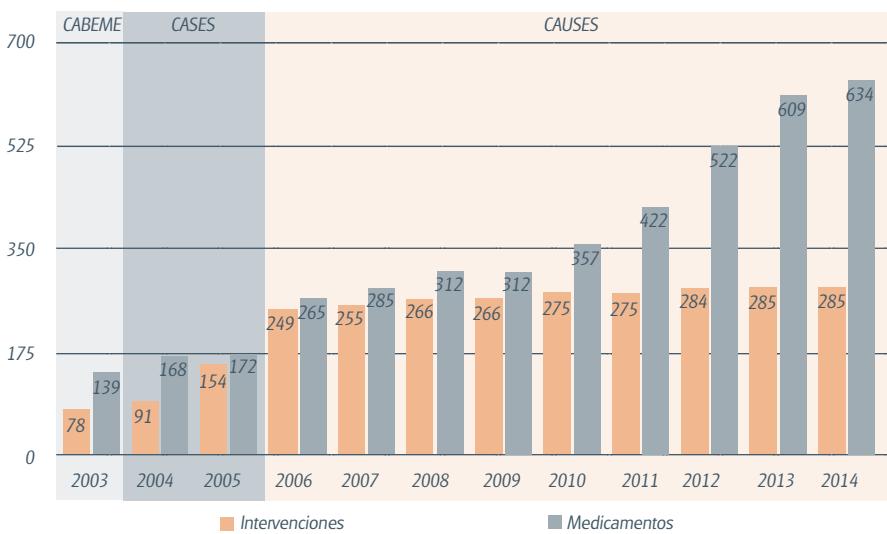
El Seguro Popular tiene como base el *Catálogo Universal de Servicios de Salud*, al que se le conoce como CAUSES, y es el documento de referencia para la operación del Sistema de Protección Social en Salud, su integración está basada en criterios epidemiológicos, de tal manera que las intervenciones de primer nivel seleccionadas cubren cerca de 100% de la demanda de atención a la salud. En lo correspondiente a servicios de hospitalización y cirugía, se estima que es posible cubrir 85% de los principales procedimientos diagnósticos y terapéuticos. En él se incluyen las intervenciones médicas, así como los estudios de laboratorio y gabinete que cubre este sistema. En este catálogo también se describen los medicamentos que están disponibles para cada una de las patologías enunciadas en éste.

En su evolución, el Sistema de Protección Social en Salud ha pasado por diferentes etapas en cuanto al contenido de su cartera de servicios. El primer documento denominado *Catálogo de Beneficios Médicos* (CABEME) consistía en 78 intervenciones de salud, seleccionadas entre 2002 y 2003 con base en estudios desarrollados por la Dirección General de Información en Salud y FUNSALUD.

Para 2004 el Gobierno Federal instrumentó el Seguro Popular para enfrentar los retos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo. Fue sustituido por el *Catálogo de Servicios Esenciales de Salud* (CASES), que incrementó a 91 intervenciones el servicio médico del Seguro Popular, con ello se estimó una cobertura de 90 % de la atención médica registrada anualmente. En 2004, el número de intervenciones se incrementó a 91 servicios, con lo cual se dio origen al *Catálogo de Servicios Esenciales de Salud* (CASES); y en 2005 se actualizó por medio de diferentes ejercicios de consenso con especialistas y en él se integraron 155 intervenciones. La lista de claves de medicamentos asociados con estas intervenciones aumentó de 168 en 2004 a 172 en 2005. Para 2006, el CASES, fue sustituido por el *Catálogo Universal de Servicios de Salud* (CAUSES), con cobertura de 249 intervenciones médicas, que para 2007 aumentaron a 255. La actual administración tiene como prioridad la cobertura universal de salud y establecer las condiciones para que todos los mexicanos tengan acceso efectivo a servicios de salud. Continuó con el mismo nombre, en los años 2008-2009; se llegó a las 266 intervenciones y en 2010-2011 a las 275, como consecuencia del fortalecimiento de los programas de Salud Materna, Adicciones y Salud Mental, por ser problemas de salud pública que requieren de una mayor atención. Para 2012 se aumentó a 284 intervenciones por la inclusión de nuevos esquemas de vacunación, acciones dirigidas a la prevención de trastornos de la alimentación y fortalecimiento de la atención de personas de la tercera edad, diabetes y salud del hombre y la mujer en edad adulta (CAUSES 2012). Para 2014 tiene una cobertura de 285 enfermedades, todas ellas con cobertura a 100% en el primer nivel de atención y casi 90% en el segundo nivel. A lo largo de los años, se ha ido incrementando tanto la cobertura de enfermedades, como la disponibilidad de medicamentos para tratarlas. Y se planea hacer reajustes al anexo de medicamentos de manera anual, y de CAUSES cada año (ver la gráfica de la Figura 21.1).

La actualización de este año se llevó a cabo de forma interinstitucional a nivel nacional. Y se tiene un total de 634 medicamentos alineados a las guías de práctica clínica de cada una de las enfermedades que cubre.

El Reglamento de la *Ley general de salud* define las reglas de operación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y establece que su aplicación sea competencia de la Secretaría de Salud, de los Servicios Estatales de Salud (SESA) que cuenten con Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) y demás dependencias



281

Figura 21.1. Evolución del SPSS. Fuente: Causes, 2014.

o entidades que resulten competentes. Los REPSS son estructuras administrativas dependientes de los Servicios Estatales de Salud encargados de garantizar las acciones de protección social en salud para los afiliados al Seguro Popular, mediante el financiamiento y coordinación eficientes, oportunos y sistemáticos de los servicios de salud.

El esquema de financiamiento del Seguro Popular está conformado por una cuota social que proviene de aportaciones a nivel federal y estatal, así como una cuota que paga el asegurado, ésta se calcula por medio de una evaluación socioeconómica. Como todo esquema de aseguramiento, el SPSS ofreció una serie de beneficios explícitos a los cuales el asegurado tuvo acceso en caso de padecer algún evento que lesionara su salud, siempre y cuando esté comprendido en la cobertura otorgada y sus derechos estuvieran vigentes.⁴

A continuación se presentan las enfermedades mentales que están dentro de la cobertura, así como los servicios que se ofrecen.

Diagnóstico y tratamiento por déficit de atención con componente hiperactivo

Este padecimiento, se trata en el primer nivel de atención, no cubre hospitalización y se cuenta con los dos medicamentos indicados para su manejo, el clorhidrato de atomoxetina y el metilfenidato de

acción corta y acción prolongada. Se incluyen, además, auxiliares de diagnóstico como biometría hemática, perfil *antidoping*, perfil hepático, perfil tiroideo, pruebas psicológicas, química sanguínea de tres elementos, electroencefalograma, electrolitos séricos, niveles séricos de fármacos, potenciales evocados con barras a campo completo de un ojo y examen general de orina.

Diagnóstico y tratamiento del autismo y síndrome de Asperger

El diagnóstico y el tratamiento se realizan de manera ambulatoria, en primero y segundo niveles de atención, para el manejo farmacológico se dispone de dos antiepilepticos, la carbamazepina y valproato de magnesio, dos benzodiacepinas: una de acción corta, que es el lorazepam de 1 mg, y la otra de vida media larga, el clonazepam. También se cuenta con dos antidepresivos, sertralina y fluoxetina, así como dos antipsicóticos, haloperidol en tabletas y de depósito y la risperidona. Asimismo, se dispone de auxiliares diagnósticos: biometría hemática completa, coproparasitoscópico, electroencefalograma, entrevistas diagnósticas semiestructuradas, examen general de orina, niveles séricos de carbamazepina y valproato de magnesio, perfil hepático, perfil tiroideo, pruebas psicológicas, química sanguínea de tres elementos, resonancia magnética de cráneo.

Diagnóstico y tratamiento de trastornos afectivos

Se incluye el diagnóstico y el tratamiento de trastornos afectivos (distimia, ciclotimia, estado hipomaniaco, depresión y trastorno afectivo bipolar). En 2012 y 2013, la depresión mayor tenía cobertura para hospitalización; sin embargo, en la actualización de 2014 se quitó esa cobertura y en su lugar se amplió la disponibilidad de tratamientos farmacológicos. El diagnóstico y el tratamiento se realizan en el primer y segundo niveles de atención. Se tiene disponibilidad de tres estabilizadores del ánimo: valproato de magnesio, valproato semisódico y litio; tres antipsicóticos: haloperidol, olanzapina y quetiapina; dos benzodiacepinas: alprazolam y clonazepam; un antidepresivo tricíclico: imipramina; tres antidepresivos inhibidores de la recaptura de serotonina: citalopram, sertralina y fluoxetina. Un antidepresivo de acción dual: duloxetina. Los auxiliares diagnósticos para estas enfermedades son: biometría hemática completa, electroencefalograma, electrolitos séricos, niveles

séricos de fármacos, perfil hepático, perfil tiroideo, pruebas psicológicas química sanguínea de seis elementos, perfil *antidoping*.

Al ser los trastornos afectivos una de las patologías mentales más frecuentes y prevalentes que se asocian de manera importante con el riesgo suicida, la estrategia de que estén cubiertas por un seguro médico puede contribuir a largo plazo a la disminución del suicidio, debido a que una de las causas de empeoramiento es la falta de acceso tanto a la atención médica, como a los medicamentos. La identificación y tratamiento desde los primeros niveles de atención, en algún momento disminuirá las complicaciones debido a estos trastornos, pues es bien conocido que en quienes padecen trastornos afectivos junto con enfermedades médicas se ocasiona que estas últimas tengan pobres respuestas a tratamiento, si no se atienden las enfermedades mentales de base. Sin embargo, las modificaciones de este año no incluyen, como se describió con anterioridad, la cobertura para la hospitalización, lo cual, deja fuera la posibilidad de mejoría por medio de este sistema a los pacientes graves. Habrá que insistir y proponer para la revisión de 2016 que nuevamente haya cobertura para esta parte de la intervención.

Diagnóstico y tratamiento de trastornos de ansiedad

Se incluyen el diagnóstico y el tratamiento de trastornos de ansiedad (ansiedad generalizada, crisis de angustia y pánico y reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación [trastorno de estrés pos-traumático y trastorno adaptativo]). Este grupo de padecimientos tiene cobertura en los servicios de urgencias y hospitalización en tercer nivel de atención, aunque el manejo principal es en el primer y segundo nivel. Para el tratamiento se dispone de tres ansiolíticos: clonazepam, lorazepam y alprazolam; dos antidepresivos tricíclicos: imipramina y amitriptilina; dos antidepresivos inhibidores de la recaptura de serotonina: fluoxetina y paroxetina; un antidepresivo de acción dual: duloxetina; un antihipertensivo: propranolol y un antipsicótico atípico: quetiapina.

Los auxiliares diagnósticos para estas enfermedades son: biometría hemática completa, electroencefalograma, electrolitos séricos, niveles séricos de fármacos, perfil hepático, perfil tiroideo, pruebas psicológicas química sanguínea de tres elementos, perfil *antidoping*.

En este rubro, quedan fuera los trastornos obsesivos compulsivos, por lo que habrá que proponer su inclusión en la próxima revisión del catálogo.

Diagnóstico y tratamiento de trastornos psicóticos

Se incluyen el diagnóstico y el tratamiento de trastornos psicóticos (esquizofrenia, ideas delirantes, psicóticos y esquizotípico). Estas patologías son atendidas en primero y segundo nivel, con opción a hospitalización y atención de urgencias en un tercer nivel de atención. Para el tratamiento se dispone de una benzodiacepina: clonazepam; cinco antipsicóticos atípicos: risperidona, clozapina, olanzapina aripiprazol y quetiapina; además de cuatro antipsicóticos típicos: haloperidol, éste con la opción de la presentación de depósito, trifluoperazina, levomepromazina y perfenazina.

Los auxiliares diagnósticos para estas enfermedades son: biometría hemática completa, escala BPRS (escala breve de apreciación psiquiátrica) electroencefalograma, examen general de orina, niveles séricos de fármacos, perfil de lípidos, perfil tiroideo, perfil hepático, pruebas neuropsicológicas con entrenamiento especializado, PANSS (escala de evaluación de síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia), MINI (entrevista neuropsiquiátrica internacional), MMPI, Bender, Weshler, química sanguínea de seis elementos, tomografía axial computada de cráneo.⁵

Se han hecho grandes esfuerzos por incluir algunas de las enfermedades mentales dentro de este sistema, habrá que invitar a la población no derechohabiente a inscribirse dentro de este sistema y hacer la suficiente difusión para que puedan recibir diagnósticos oportunos y tratamientos adecuados para sus padecimientos.

284

Bibliografía

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Constitución publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917.
2. http://www.arts-history.mx/sitios/index.php?id_sitio=735655&id_seccion=3028135&id_subseccion=19032&id_documento=2776
3. Salud, Gaceta de Comunicación Interna publicada por la Dirección General de Comunicación Social de la Secretaría de Salud.
4. Catálogo Universal de Servicios de Salud. CAUSES 2012. Comisión Nacional de Protección en Salud. Secretaría de Salud.
5. Catálogo Universal de Servicios de Salud. CAUSES 2014. Comisión Nacional de Protección en Salud. Secretaría de Salud.

DISCRIMINACIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE ENFERMEDADES MENTALES

Jazmín Mora Ríos

22

285

En este capítulo, la atención se centra en cómo se está haciendo frente al estigma y la discriminación hacia las enfermedades mentales en México y, en concreto, se presentan reflexiones en torno a las políticas públicas.

Un hombre que pierde su empleo después de comunicarle a su jefe que tiene trastorno bipolar y que se encuentra en tratamiento; una mujer que enfrenta dificultades para que su hijo reciba atención psiquiátrica en Estados Unidos por su condición como migrante indocumentada; una estudiante que decide abandonar sus estudios por temor a que la rechacen al enterarse de su adicción a las drogas; una joven psiquiatra que presencia el maltrato de un colega a un paciente que ha intentado suicidarse; una madre que trata de ocultar el padecimiento de su hijo por temor a las críticas de sus familiares y vecinos; una mujer que relata abuso sexual en su infancia y percibe que el personal que la atiende no cree en sus palabras por tener esquizofrenia; un adolescente de una comunidad tzotzil que encuentra dificultades para expresar sus síntomas y malestares ante la mirada perpleja del médico tratante...

Las anteriores son algunas experiencias referidas por personas con padecimientos psiquiátricos, familiares y del personal de salud en relación con el estigma social que se vincula con las enfermedades mentales, lo cual tiene implicaciones en el bienestar emocional tanto de las personas que hacen frente a esta problemática, como de quienes están a su alrededor. El estigma es un concepto propuesto originalmente por Goffman (1963) y se refiere a una marca o “un atributo profundamente desacreditador” que coloca al sujeto en una condición de inferioridad y pérdida de estatus, lo que conlleva sentimientos de vergüenza, culpabilidad y humillación. El proceso de estigmatización inicia a partir de una serie de señales o marcas, por ejemplo, el color de piel, la etnia, el género o la condición social a

partir de las cuales los sujetos generan estereotipos con base en prejuicios que se derivan en prácticas de discriminación.

El concepto de enfermedad mental por sí solo remite al imaginario social cargado de significados negativos, principalmente en aquellos trastornos considerados como graves, como la esquizofrenia, el obsesivo compulsivo, el trastorno dual y la bipolaridad. Las personas con estos padecimientos suelen ser consideradas como “incontrolables” o “violentas”, se les atribuyen rasgos de imprevisibilidad, peligrosidad, asumiendo que son responsables de lo que les ocurre. Para el ciudadano común, la enfermedad mental genera miedo, rechazo, compasión y desconfianza. Estos atributos son parte imaginario o *estigma social* que se promueve en la familia, los medios de comunicación, los políticos y los líderes de opinión.

286

Aun cuando no todas las personas con padecimientos psiquiátricos han sido objeto de estigma y discriminación, hay quienes asumen las etiquetas y estereotipos que se asocian con la enfermedad y las aplican a sí mismos, se anticipan a las experiencias de rechazo, aunque no hayan tenido una vivencia de este tipo. A esto se le conoce como *internalización del estigma* o *autoestigma*, y ocurre cuando el sujeto reconoce la existencia de una serie de mitos y estereotipos sociales, asume estar de acuerdo con estos prejuicios y los aplica a sí mismo, lo cual produce un efecto a menudo devastador que da lugar a una percepción deteriorada de su identidad, lo que suele conducir al aislamiento e incluso llega a obstaculizar la búsqueda de atención (Link, Cullen, Frank y Wozniak, 1987; Angermayer, Beck, Dietrich y Holzinger, 2004).

Por otra parte, cuando se trata de padecimientos relacionados con la discapacidad intelectual, autismo o síndrome de Down, suelen manifestarse actitudes más favorables entre la población, el estigma adquiere un carácter más indulgente o *benevolente* y se expresa por medio de sentimientos de commiseración o lástima, por ejemplo con calificaciones como: “enfermito”, “pacientito” (Allen, Katz y Lazcano-Ponce, 2009). En el caso de las adicciones, el rechazo suele ser más abierto, ya que se considera que el sujeto es responsable del padecimiento.

Las consecuencias negativas del estigma afectan también a los familiares más inmediatos, así como al personal de salud que labora en áreas de atención, es lo que se conoce como *estigma por asociación* o *estigma de cortesía*. Los familiares, además de que suelen sufrir los estragos negativos de la enfermedad, viven con el temor de ser rechazados por amigos y familiares; los principales efectos negativos son las tensiones y la incertidumbre que experimentan frente al familiar que padece el trastorno mental, se pueden ver afectados económica y laboralmente en

periodos de crisis y recaídas (Pombo, Pérez-Floriano y Medrano, 2009). Quizá el estrago negativo más importante es el empobrecimiento de su red social y evitar cualquier forma de búsqueda de atención por temor al rechazo social hacia ellos o hacia el familiar con dicho padecimiento.

El personal de salud suele experimentar cierta pérdida de estatus con respecto a otros colegas que laboran en otras áreas. Los mitos y prejuicios alrededor de la enfermedad mental se expresan casi en todos los sectores de la población donde se reproducen estas creencias, incluso entre el personal de salud especializado en el campo de la salud mental, como se ha reportado en algunos estudios. A pesar de que algunos autores refieren que el nivel de contacto con las personas afectadas por padecimientos mentales, conjuntamente con la educación y la protesta, son factores clave para reducir el estigma y la discriminación (Corrigan, Roe y Tsang, 2011), lo cierto es que existe cierta controversia, pues el hecho de que exista mayor contacto del personal de salud con sus pacientes o que tengan a una persona cercana con el padecimiento no garantiza el que tenga actitudes más favorables hacia las personas con dichos padecimientos.

Por otra parte, el estigma y la discriminación se producen y reproducen en las instituciones, se producen a nivel macro institucional y reflejan el interjuego entre las fuerzas sociales, económicas, políticas e históricas (Link y Phelan, 2001). La *discriminación estructural* o *institucional* es un término acuñado por los activistas de los derechos civiles en la década de los sesenta para incluir las políticas y las prácticas del sector gubernamental y privado que restringen de manera deliberada las oportunidades de las personas con trastornos mentales. En un sentido más amplio, también incluye las políticas institucionales cuya intención no es la discriminación necesariamente, pero que se derivan en prácticas que obstruyen u obstaculizan las oportunidades para las personas que sufren un trastorno mental y de otros grupos marginados (Link y Phelan, 2006; Pedersen, 2009).

El problema y su atención

¿Qué se sabe del estigma y la discriminación hacia las enfermedades mentales en México?

En la última década se ha observado un incremento en la investigación en esta línea en diversas poblaciones. El desarrollo de es-

trategias de carácter cualitativo y cuantitativo en el abordaje del estigma es fundamental para acceder al conocimiento de los principales sectores de la población que se involucran en el ámbito de la atención clínica y comunitaria. En México, contamos con mediciones estandarizadas para la evaluación del estigma en distintas poblaciones, en usuarios de servicios psiquiátricos (Flores, *et al.*, 2011, Mora-Rios, *et al.*, 2012, 2013), personal de salud (Fresan, Robles, Escamilla y Saracco, 2010; Altamirano, 2012), así como en familiares y población general (Mora-Rios-2013), lo cual representa la posibilidad de participar en estudios colaborativos de carácter internacional. Por otra parte, los métodos cualitativos son fundamentales no sólo para identificar necesidades de la población, privilegiando la voz de los actores sociales, sino que suelen emplear estrategias participativas para el desarrollo de contenidos de los programas de intervención para la reducción del estigma (Farquhar, Parker, Schulz e Israel, 2006). A continuación se muestra una revisión general sobre hallazgos de investigación en México en poblaciones específicas.

Usuarios de servicios psiquiátricos

“¿Qué se puede cambiar?, ¿cómo se puede cambiar la mentalidad que tiene la gente tan absurda hacia uno? Yo en lo personal siempre tengo que ocultarlo, porque si no hay justicia para las personas normales, menos para las personas que tenemos una enfermedad mental”.

Ana, informante con diagnóstico de esquizofrenia

Se analizaron las experiencias de estigma y discriminación en relación con el padecimiento psiquiátrico en un grupo de 59 personas con diagnóstico de trastorno mental grave (p. ej. esquizofrenia, trastorno dual, trastorno bipolar y trastorno obsesivo compulsivo), que se encontraban en tratamiento ambulatorio en cuatro centros de atención psiquiátrica (Mora-Rios, Ortega-Ortega, Natera y Bautista, 2013). De ellos, 90% percibió el estigma social que existe hacia los padecimientos mentales, el cual atribuyen al desconocimiento y a los diferentes estereotipos que se asocian con las personas que los padecen (p. ej. violencia, agresividad, debilidad de carácter), mitos que se reproducen en distintos sectores de la población y principalmente en los medios de comunicación. Con excepción de cuatro personas que refirieron no haber sido objeto de rechazo en relación con su padecimiento, todos los entrevistados reportaron al menos

una experiencia en el último año. Las principales fuentes de estigma fueron las personas que mayor contacto tienen con ellos, en primer lugar la familia, y en segundo lugar, el personal de salud, así como del trabajo, las instituciones de salud, amigos y vecinos. Las principales experiencias tienen que ver con la sobreprotección y ser objeto de críticas y maltrato verbal. Alrededor de 55% de los participantes refirió anticiparse al rechazo, aún cuando no habían vivido estas experiencias, por ejemplo, decidir alejarse de amigos, romper una relación de pareja, abandonar su empleo por pensar que es mejor alejarse antes de que sean otras personas quienes se alejen, ello tiene que ver con la internalización del estigma.

Asimismo, en el estudio referido con anterioridad, los aspectos culturales emergieron en los relatos, por ejemplo al atribuir el origen de su padecimiento a múltiples factores, entre los cuales destacan la brujería, decepciones amorosas, vivencias difíciles en su infancia (p. ej. abuso sexual, maltrato y negligencia), factores hereditarios. De igual manera, hubo quienes hicieron alusión a su padecimiento en términos de “un problema de los nervios”, quizás en un esfuerzo por reducir el estigma social que se vincula con los padecimientos psiquiátricos en su entorno social.

No obstante, otros informantes refirieron contar con familiares y amigos, quienes brindaron su apoyo para participar con ellos en actividades recreativas, en grupos de autoayuda y en la búsqueda de información, aspectos cruciales que favorecen el proceso de recuperación. Por otra parte, las variables psicosociales se relacionan con la internalización del estigma, se ha encontrado que a mayor percepción del impacto del padecimiento en el área laboral y familiar, hay una mayor internalización del estigma en el sujeto. Asimismo, se han hallado mayores niveles de internalización del estigma en personas con diagnóstico de esquizofrenia y con trastorno obsesivo compulsivo, en comparación con otros trastornos psiquiátricos considerados como graves. Si bien estos hallazgos deben ser tomados con precaución por el reducido número de la muestra, lo cierto es que constituyen líneas de investigación que habría que impulsar para ampliar los procesos subjetivos que intervienen en la experiencia de internalización del estigma (Mora-Ríos, Ortega-Ortega, Natera y Bautista, 2013).

Asimismo, en otro trabajo analizamos mediante una serie de entrevistas en profundidad las narrativas de veintitrés personas con esquizofrenia e identificamos múltiples condiciones de vulnerabilidad social, entre las cuales destacan las condiciones de pobreza, la violencia, la comorbilidad con padecimientos físicos y mentales,

así como la falta de red de apoyo, las cuales remiten a una serie de inequidades sociales de orden socioeconómico, político e histórico. Dichos determinantes sociales, incluyendo el género, explican los procesos de exclusión social. En las narrativas de las mujeres entrevistadas, se identificó la presencia de abuso sexual, violencia, una pobre red de apoyo, en tanto que en los hombres predominaron experiencias previas de maltrato, despojo, negligencia y abuso de sustancias. Dichos factores los conducen a ser objeto de dobles o triples estigmas que dificultan su atención. No obstante, estas personas desarrollan distintos recursos, siendo uno de los principales la resignificación de experiencias. Por otra parte, los factores socioculturales tuvieron un papel preponderante en la experiencia de enfermedad de los entrevistados, para quienes la esquizofrenia representa un problema “de los nervios”, cuyo origen se vincula con elementos mágico-religiosos que atribuyen al padecimiento, lo cual incide en las respuestas que emplean frente a la enfermedad (Mora-Ríos, Ortega-Ortega y Natera, en prensa).

Familiares

El trabajo realizado por la doctora María Luisa Rascón, que inició hace 15 años, ha sido fundamental para impulsar a las personas con padecimientos psiquiátricos y sus familiares, por medio de escuchar sus necesidades de atención, darles voz, así como ampliar su red de apoyo impulsando la organización de los familiares en asociaciones civiles, contribuyendo de este modo a lograr mejoras en el bienestar de estas personas. Los conocimientos generados en este campo aparecen en diversas publicaciones, en una de las más recientes, por medio de un estudio cualitativo, los autores identifican las principales necesidades percibidas en situaciones de crisis en familiares con personas diagnosticadas con esquizofrenia, de ellas destacan las siguientes: a) falta de información para identificar de manera oportuna los síntomas de la enfermedad, b) la necesidad de mejorar la calidad de la atención en los servicios de urgencias, c) la falta de capacitación que se encuentra en dichos servicios, así como d) la demora para la programación de citas (Rascón, Valencia, Domínguez, Alcántara y Casanova, 2014).

Hoy en día se han logrado avances significativos en ese sentido, la sociedad civil y los familiares se han organizado en la lucha por sus derechos y por hacer visibles las necesidades de atención de las personas con padecimientos psiquiátricos y de sus familiares. Este

periodo se caracteriza por el surgimiento de distintas organizaciones civiles y particularmente de una red denominada Coalición México por las Personas con Discapacidad Mental, COAMEX (<http://www.coalicionmexico.org.mx>) que incorpora a diversas organizaciones civiles que atienden múltiples discapacidades, entre las cuales destacan Voz Pro-Salud Mental, CONFE, APAC, por mencionar algunas de las principales.

Personal de salud

En otro estudio, se analizan las experiencias de un grupo de noventa y cinco proveedores (p. ej. enfermeros, psiquiatras, trabajadores sociales y psicólogos) que laboraban en diferentes servicios de atención psiquiátrica en la ciudad de México, quienes manifestaron que ellos también eran objeto de críticas y descalificación por laborar en el campo de la salud mental, a diferencia de lo que ocurría con sus colegas de otras áreas. Por otra parte, se identificaron las principales dificultades que enfrentaban en su quehacer laboral, entre las cuales destacan aquellas que son: 1) institucionales, 2) las presentadas por el usuario y 3) las relacionadas con la familia del usuario, en ambos casos por la falta de apego al tratamiento psiquiátrico, 4) actitudes del personal de la salud, 5) el estigma y aspectos culturales ligados con la enfermedad, así como 6) la falta de interés del Estado en la salud mental de la población. Hubo una tendencia en los entrevistados a enfocarse en la enfermedad mental desde una visión individual centrada en el sujeto y en su familia, dejando al margen otros aspectos que remiten a una serie de inequidades sociales de orden socioeconómico, cultural, político e histórico y que forman parte del discurso biográfico del sujeto con dichos padecimientos (Mora-Ríos, *et al.*, 2014).

Población general

En un estudio previo (Mora-Ríos, Bautista-Aguilar, Ortega-Ortega y Natera, 2012), se exploraron los significados y atribuciones alrededor del concepto de enfermedad mental, indagando acerca de las expresiones de estigma hacia estos padecimientos en el ámbito comunitario en ciento setenta y cinco informantes de la población general de un sector del sur de la ciudad de México. Por medio de métodos mixtos –por ejemplo entrevistas grupales, técnicas de libre asociación y un cuestionario semiestructurado sobre temas relacio-

nados con el estigma y la discriminación–, se organizaron veintiún grupos focales cuyos integrantes eran maestros de preescolar, trabajadores del Distrito Federal, usuarios de servicios comunitarios, familiares de personas con discapacidad. La duración promedio de la entrevista fue de 90 minutos. Entre los principales hallazgos, destaca el hecho de que existen representaciones diferenciadas de la enfermedad mental en función del tipo de padecimiento y nivel de cercanía con el mismo. Se encontró que en algunos casos tener mayor contacto con la enfermedad mental no garantizaba una reducción del estigma. Por otro lado, predominó una visión estereotipada de la enfermedad mental, ligada al contagio y a la distancia social, que se expresa por medio de la asignación de apodos, atributos y sobrenombres a las personas con estos padecimientos. No obstante, los participantes reconocieron una diversidad de causas atribuidas al estigma, siendo principalmente aquellas que incorporan factores genéticos y psicosociales. Asimismo, fue interesante observar que existe interés en temas relacionados con la salud mental, ya que muchos de ellos refirieron conocer a alguien cercano que había pasado por alguna de estas experiencias y para ellos era importante proporcionar información útil, ya que existe mucho desconocimiento en general en salud y más aún en la salud mental.

Por último, como resultado de la experiencia obtenida a partir de trabajar con distintos grupos de la población, permitió generar una estrategia conjunta para desarrollar un material que condensa las principales inquietudes expresadas por los usuarios, personal de salud y población general, entre los cuales se incluyeron algunos familiares de personas con padecimientos mentales, este abordaje inicial permitirá desarrollar intervenciones más focalizadas en grupos específicos.

Reflexiones en torno a las políticas públicas

La experiencia en el desarrollo de intervenciones para la erradicación del estigma en países con altos niveles de desarrollo es muy amplia, entre las cuales destacan: Nueva Zelanda, Escocia, Reino Unido, Estados Unidos, Alemania, Australia y Canadá (*The Queensland Alliance, 2009*) y Canadá, programas basados en resultados de investigación cuyo interés ha sido identificar indicadores basados en la evidencia para la evaluación, que si bien no han tenido los resultados esperados, representan un antecedente importante para desarrollar estrategias más efectivas de intervención en este

ámbito, el cual como se sabe es muy resistente al cambio. En años recientes Stuart, Arboleda-Flores y Sartorius (2012) publicaron el libro *Paradigmas perdidos. Luchando contra el estigma y las lecciones aprendidas*”, donde hacen una revisión muy completa acerca de los alcances y limitaciones de los programas de intervención antiestigma en el campo de la salud mental que son de gran utilidad para proponer algunos desafíos en la atención. A continuación se incluyen algunas de estas ideas y al final se plantea una reflexión acerca de los desafíos en México para impulsar una estrategia dirigida a reducir el estigma y la discriminación hacia las personas con enfermedades mentales.

Stuart *et al.* (2012) proponen un cambio de perspectiva en el abordaje del problema, lo cual implica reflexionar sobre una serie de mitos en el campo de la investigación que se derivan de un paradigma más tradicional de atención, que tiende a privilegiar los aspectos individuales en la explicación de los procesos de estigmatización, dejando al margen el contexto socio cultural en el que se desenvuelven los sujetos. Desde esta perspectiva se considera que el estigma es resultado de la ignorancia y de la falta de información la cual se atribuye más hacia la población con bajos niveles de escolaridad, por lo que asumen que los programas para erradicar el estigma debieran ser dirigidos por un grupo de expertos con la intención de informar a la población, principalmente familiares y usuarios, acerca de los factores biológicos que inciden en la enfermedad mental para lograr un cambio de actitud más favorable hacia la misma. En este tipo de intervenciones los participantes suelen tener un papel como beneficiarios pasivos de estos programas, los cuales no son evaluados y sólo se considera el cambio de actitudes como indicador de eficacia. En algunos países se han desarrollado campañas nacionales antiestigma cuya duración promedio es de tres a cinco años y que además de tener un costo elevado, han tenido pobres resultados.

En contraste, las experiencias de intervención antiestigma que han funcionado un poco más, se basan en un paradigma distinto, que es de carácter dialógico, el cual asume que el estigma y la discriminación hacia la enfermedad mental constituye una problemática social compleja que se presenta a nivel mundial y que atraviesa a todos los sectores de la población, incluyendo a profesionales de la salud y aún de aquellos especializados en la salud mental. Se orienta en las inequidades estructurales en la interpretación y análisis de la problemática. En ese sentido, se asume que el estigma y la discriminación constituyen una responsabilidad social compartida que

requiere de la participación de todos los sectores involucrados, incluyendo activistas, usuarios y familiares de servicios psiquiátricos, así como de la sociedad civil, proveedores, etc., cuyos testimonios y experiencias son clave para modificar actitudes hacia las personas con padecimientos mentales. Mientras que en el paradigma tradicional los esfuerzos se enfocan en mejorar la accesibilidad a los servicios de atención para reducir el estigma, en el paradigma nuevo el proceso de recuperación, así como promover la inclusión social que asegure un acceso a vivienda, empleo y otros apoyos –por ejemplo, acceso a medicamentos de bajo costo– constituyen el principal desafío en la lucha por reducir el estigma hacia las personas con estos padecimientos. Por otra parte, lo que más ha funcionado en lugar de plantear campañas antiestigma a nivel nacional ha sido el trabajo en grupos específicos, en los cuales se emplean estrategias participativas.

Especificamente en el caso de las personas con padecimientos psiquiátricos, se ha encontrado que estrategias cognitivo-conductuales son de utilidad para lidiar con el estigma internalizado en personas con este tipo de trastornos, ya que es un enfoque estructurado que permite a los sujetos identificar y modificar creencias e interpretaciones negativas que inciden en su bienestar, además de incluir estrategias para el manejo del estrés y los síntomas (Corrigan y Calabrese, 2005).

Hoy en día, cada vez se reconoce más la importancia de incorporar distintos sectores en la lucha por los derechos de las personas con padecimientos mentales y en unir esfuerzos por erradicar el estigma asociado con estos padecimientos. Las experiencias comunitarias en España y Latinoamérica, por medio de programas de radio dirigidos por personas con experiencias psiquiátricas han sido muy exitosas, tal es el caso de *Radio Nikosia* en España (radionikosia.org) (Correa, et al., 2006), *La Colifata* en Argentina (<http://lacolifata.educativa.org/index.cgi>), *Radio Vilardevoz* en Uruguay (http://www.ivoox.com/escuchar-radio-vilardevoz-95-1-fm_nq_77873_1.html) y *Radio Abierta* en México (radioabierta.net) constituyen interesantes propuestas que buscan dar voz a las personas que han pasado por una experiencia psiquiátrica, cuyo interés es promover la agencia y la autonomía de estas personas. Estos programas tienen largo alcance, por la experiencia obtenida en otros países, tienen mayor impacto aquellas intervenciones que se basan en los testimonios directos de la gente, que la información científica sobre las implicaciones del estigma.

El alcance de estos proyectos es que constituyen un espacio fuera de la institución psiquiátrica, lo cual brinda a los participantes la posibilidad de elegir identidades alternas como músicos, poetas, escritores, que rebasan la etiqueta de ser considerados sólo como enfermos mentales. En México, se ha formado un grupo denominado “Desafío”, cuyos integrantes participan de manera activa impartiendo cursos y participando en diversos eventos nacionales e internacionales en la lucha por los derechos y por el interés de mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y de sus familias. Estos esfuerzos han sido posibles gracias a la participación de diversos actores sociales, incluyendo familiares, miembros de la sociedad civil, asociaciones civiles e incluso de profesionales de la salud e instituciones comprometidas en el fortalecimiento los recursos de apoyo de las personas que han pasado por estas experiencias por medio de cursos psicoeducativos dirigidos a las familias y a los usuarios de servicios psiquiátricos. Las tecnologías de la información han facilitado la comunicación entre los participantes creando y fortaleciendo redes de apoyo y han favorecido el diálogo entre ellos a nivel nacional e internacional.

En suma, si bien es cierto que los programas antiestigma son parte de un proceso cuyos resultados requieren tiempo, ya que los mitos y estereotipos asociados con la enfermedad mental constituyen un campo resistente al cambio, cuya evaluación de resultados va más allá de evaluar únicamente las actitudes hacia la enfermedad mental que implica mayores desafíos, uno de ellos es la evaluación de los programas (Garrison, 2006; Heijnders y Van Der Meij, 2006; The Queensland Alliance, 2009).

Existe cierta actitud de escepticismo en torno de los temas de estigma y la discriminación hacia las enfermedades mentales, pues hay quienes consideran que no representa una problemática relevante y que incluso pensar en acciones para hacer frente a la exclusión social contribuye a estigmatizar aún más estos sectores. En ese sentido, es fundamental incorporar la perspectiva de los principales sectores involucrados y que se conforma por el grupo heterogéneo y diverso de los usuarios de servicios psiquiátricos, ellos son actores sociales clave para definir cualquier estrategia de acción. No obstante, es una responsabilidad compartida por todos los sectores de la sociedad, pues a final de cuentas los temas de salud mental son parte de la salud integral de los seres humanos.

Por otra parte, es importante ampliar la mirada a los contextos sociales y culturales en temas relacionados con la exclu-

sión social; más allá de centrar la problemática en individuos, es importante reconocer el carácter estructural del estigma y la discriminación, que a menudo se vincula con otras condiciones de inequidad de género, de condición étnica, política, de acceso a educación, empleo, vivienda que afectan el bienestar de la población y que dan lugar a que las personas con problemas psiquiátricos constituyan un grupo vulnerado de la población. De ahí la importancia de que las políticas públicas se orienten en esa dirección, pues no puede hablarse de calidad de vida cuando no existen las condiciones mínimas de alimentación, vivienda, acceso a medicamento, empleo para que las personas puedan lograr su autonomía.

En relación con el personal de las áreas de salud, existen varios desafíos, se sabe que los recursos humanos son insuficientes para cubrir las demandas de atención, pero además de ello en muchos carecen de la capacitación adecuada para dar respuesta a las necesidades de atención en la población. Lo cual conduce a establecer una vinculación intersectorial con instituciones de nivel superior y actualizar los planes de estudio incorporando temas de salud mental, con una orientación al cuidado y promoción de la salud. Específicamente en lo que se refiere al personal de salud que labora en el campo de la salud mental, es fundamental sensibilizar a este sector, con el fin de mejorar la relación médico-paciente, pues existen brechas en la atención que no sólo ocurren en México, sino que se presentan a nivel internacional.

La colaboración interinstitucional es fundamental para impulsar programas específicos que posibiliten abrir espacios para brindar apoyo legal, laboral, en salud y en vivienda, por medio de convenios institucionales que cubran las necesidades de los sectores que requieren atención específica, de ahí que debiera reconocerse en principio que la población con padecimientos psiquiátricos es muy heterogénea y que las campañas generalizadas que se impulsan a nivel del Estado, sin considerar estas especificidades, además de que no cumplen con el resultado esperado incluso pueden tener un efecto contraproducente, como se ha visto en las experiencias documentadas en otros países.

Desafíos para las políticas públicas

Uno de los aspectos centrales al diseñar cualquier estrategia de intervención, como señalan Stuart, Arboleda-Florez y Sartorius

(2012), consiste en poner a las personas como un asunto prioritario, lo que implica una visión centrada en los derechos humanos, siendo la ciudadanía, la inclusión y la responsabilidad social compartida conceptos clave para ser incluidos en un plan estratégico nacional para reducir el estigma y la discriminación. Si las políticas públicas constituyen:

[...] “formas peculiares de intervención de los órganos del Estado para tratar de afrontar los problemas públicos, en un entorno determinado y en un horizonte específico de tiempo, de información disponible y de recursos escasos” (Merino, 2013; p.11),

entonces una de las principales funciones a nivel de investigación en salud es proponer soluciones posibles ante problemas públicos, como señala Aaron Wildavsky (1979), uno de los teóricos pioneros de las políticas públicas, se trata de “decir la verdad al poder” y en ese sentido, existe una brecha entre el discurso oficial de quienes elaboran las políticas públicas y las necesidades de la población, los primeros no han sabido escuchar los hallazgos de investigación social en el campo de la salud que expresan las necesidades de atención en diversas áreas, aspectos que tienen que ver con una discriminación de carácter más estructural (Link y Phelan, 2001).

Por otra parte, los procesos de exclusión social no deben quedar al margen de la situación política por la que atraviesa el país. En México, la violencia asociada con el narcotráfico a la cual se vinculan líderes, partidos políticos, funcionarios y gobernantes, y que permea en distintos sectores, se ha recrudecido en los últimos años.

La injusticia social que se vincula con la inequidad, la impunidad y la corrupción son parte del escenario cotidiano que se vive en diversas regiones del país, y ello ha tenido implicaciones en las condiciones de vida y de salud de la población. Los trastornos de estrés postraumático constituyen una problemática creciente que se vincula con otra de orden social y que incluye a las víctimas de la violencia y a la población desplazada por conflictos bélicos y por la migración. Ello representa nuevos escenarios en el campo de investigación y de la atención, para lo cual muchos sectores no estamos preparados, de ahí la necesidad de que exista un mayor compromiso con los sectores más vulnerados de la población y que se luche por lograr que quienes desarrollan las políticas públicas en nuestro país escuchen sus necesidades.

Bibliografía

- 298
1. Allen B, Katz G, Lazcano-Ponce E. Estudio sobre discriminación y discapacidad mental e intelectual. México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación; 2009:73.
 2. Altamirano C. Validez factorial del cuestionario sobre opiniones y actitudes hacia la enfermedad mental (OMI) en personal de salud. Tesis no publicada para obtener el grado de Maestría en Ciencias Médicas. Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); 2012.
 3. Angermeyer M, Beck M, Dietrich S, Holzinger A. The stigma of mental illness: Patients' anticipations and experiences. *Intern J Soc Psychiatry*. 2004;50(2):153-62.
 4. Correa M, Silva T, Belloc M, Martínez A. La evidencia social del sufrimiento: salud mental, políticas globales y narrativas locales. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*. 2006;22:47-69.
 5. Corrigan P, Roe D, Tsang H. Challenging the stigma of mental illness. Lessons for therapist and advocates. Hoboken, New Jersey: Wiley-Blackwell; 2011: p. 224.
 6. Corrigan PW, Calabrese JD. Cognitive therapy and schizophrenia. En: Reinecke MA, Clark DA (ed). *Cognitive therapy over the lifespan: Theory, research and practice*. Cambridge, England: Cambridge University Press; 2005.
 7. Farquhar S, Parker E, Schulz A, Israel B. Application of qualitative methods in program planning for health promotion interventions. *Health Promot Pract*. 2006;7(2):234-42.
 8. Flores S, Medina D, Robles R. Estudio de traducción al español y evaluación psicométrica de una escala para medir el estigma internalizado en pacientes con trastornos mentales graves. *Salud Mental*. 2011;34(4):333-9.
 9. Fresan A, Robles R, de Benito L, Saracco R, Escamilla R. Desarrollo y propiedades psicométricas de un instrumento breve para evaluar el estigma de agresividad en esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr*. 2010;38(6):340-4.
 10. Garrison E. Anti.stigma literatura review: Learning from others about what Works. Oregon Stop Stigma and Discrimination Campaign Program. Multnomah County. Department of County Human Services. Office of Research and Evaluation "Facilitating Effective Decision Making".
 11. Goffman E. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs (NJ): Prentice Hall; 1963.
 12. Heijnders M, Van Der Meij S. The fight against stigma: an overview of stigma-reduction strategies and interventions. *Psychology, Health and Medicine*. 2006;11(3):353-63.
 13. Link B, Phelan J. Stigma and its public health implications. *Lancet*. 2006;367:528-9.

14. Link BG, Cullen FT, Frank J, Wozniak JF. The social rejection of former mental patients. *Am J Sociology*. 1987;92(6):1461-500.
15. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Ann Rev Sociol*. 2001;7:363-85.
16. Merino M. Políticas públicas. *Ensayo sobre la intervención del Estado en la solución de problemas públicos*. México: Centro de Investigación y Docencia Económica (CIDE); 2013.
17. Mora Rios J, Bautista N, Natera G, Pedersen D. Adaptación cultural de tres instrumentos de investigación sobre estigma y enfermedad mental en México. 2013;36(1):9-18.
18. Mora-Rios J, Bautista N. Estigma estructural, género e interseccionalidad. Implicaciones en la atención a la salud mental. *Salud Mental*. Salud Mental. 2014;37(4):303-12.
19. Mora-Rios J, Bautista-Aguilar N, Ortega M, Natera G. "Pero si no estoy loco". Nuevas miradas para entender nuestra salud mental. México: Instituto Nacional de Psiquiatría; 2012.
20. Mora-Rios J, Natera G, Bautista-Aguilar N, Ortega-Ortega M. Estigma público y enfermedad mental. Una aproximación desde la teoría de las representaciones sociales. En: Flores-Fátima F (Coord). *Representaciones sociales y contextos de investigación con perspectiva de género*. México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM; 2013:45-80.
21. Mora-Rios J, Ortega-Ortega M, Natera G. Autoestigma en usuarios de servicios psiquiátricos y su relación con variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 2013;59(3):147-58.
22. Mora-Rios J, Ortega-Ortega M, Natera G. Subjective experience and resources for coping with stigma in people with a diagnosis of schizophrenia. An Intersectoral Approach. *Qualitative Health Research* (in press).
23. Pedersen D. Estigma y exclusión social en la enfermedad mental: apuntes para el análisis y diseños de intervenciones. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 2009;55(1):39-50.
24. Pombo ME, Pérez-Floriano L, Medrano G. Estigma y discriminación hacia las y los usuarios de drogas y sus familiares. México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación; 2009: pp. 81.
25. Rascón ML. Las necesidades de los familiares con esquizofrenia en situaciones de crisis. *Salud Mental*. 2014;37:239-46.
26. Stuart H, Arboleda-Florez J, Sartorius N. *Paradigms lost. Fighting stigma and the lessons learned*. USA: Oxford University Press; 2012.
27. The Queensland Alliance. From discrimination to social inclusion. A review of the literature on antistigma initiatives in mental health. 2009: pp.47. www.qlalliance.org.au

INTERVENCIONES SELECTIVAS EN SALUD MENTAL

Patricia Fuentes de Iturbe

23

301

Introducción

Este capítulo aborda el tema de las intervenciones selectivas en salud mental, en el contexto de la atención de poblaciones en condición de vulnerabilidad.

El Plan de Acción sobre Salud Mental de la OMS 2013-2020 establece que la salud mental

[...] “es un estado de bienestar en el que la persona materializa sus capacidades y es capaz de enfrentar el estrés de la vida cotidiana, de trabajar de forma productiva y de contribuir en el desarrollo de su comunidad” (OMS, 2013).

En otras palabras, la salud mental se sitúa como un recurso, un valor por sí mismo y la base para el bienestar y el funcionamiento de un individuo en su comunidad.

En lo concerniente a la atención de problemas de salud mental, los organismos internacionales han emitido recomendaciones sobre la necesidad de implementar intervenciones basadas en la evidencia. Dado que las intervenciones son acciones diseñadas para un individuo o una comunidad con la intención de cambiar un comportamiento, reducir riesgos o mejorar resultados (Schillinger, 2010), para la OMS:

“las intervenciones en salud mental varían en su alcance e incluyen estrategias para promover el bienestar mental de aquellos que no están en riesgo, aquellos que están en alto riesgo y aquellos que están padeciendo o recuperándose de problemas relacionados con la salud mental” (OMS, 2004).

En concordancia con estas recomendaciones, en este capítulo se presentan algunos resultados de una *estrategia de transferencia tecnológica para la diseminación de intervenciones en salud mental*

dirigidas a grupos de población en condición de vulnerabilidad que requieren intervenciones selectivas, mismas que se han derivado de la investigación epidemiológica y psicosocial realizada en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM).

La transferencia tecnológica es un proceso multidimensional que fomenta de manera intencional el uso de una innovación; inicia desde su desarrollo, continúa con su diseminación y se prolonga hasta su implementación, este último proceso requiere tanto de recursos, como de la participación de los actores interesados e implica la traslación y adopción de la innovación.

La diseminación como proceso que sigue una innovación para migrar de su creación a su uso para lograr un cambio social, está basada en la distribución selectiva de información de una intervención en salud con el propósito de aumentar su difusión, alcance e impacto en una población específica. La meta del proceso es sensibilizar sobre una innovación y facilitar su adopción e implementación. La implementación usa estrategias para la adopción e integración de intervenciones y el cambio de prácticas en escenarios específicos y reales; esto es, la infusión de una innovación en la práctica rutinaria (Schillinger, 2010).

Estas intervenciones han seguido un proceso de transferencia tecnológica, utilizando tecnologías de información y comunicación en la configuración de entornos virtuales para disseminar tanto la intervención mediante la capacitación de todas aquellas personas que están en contacto con estos grupos de población (por medio de *e-learning*), como por la producción de intervenciones interactivas que facilitan la participación autónoma, independiente e individual.

302

El problema y su atención

Los determinantes sociales de la salud son factores que condicionan la salud de un individuo o una comunidad se dividen en *determinantes estructurales*, que influyen en la salud, entre otros, los factores económicos –ingreso, educación y empleo–, sociales y culturales que condicionan las posiciones del individuo en la sociedad, y *determinantes intermediarios de la salud*, que son factores biológicos, psicológicos y sociales que influyen directamente en la salud, como las circunstancias psicosociales que incluyen factores de estrés psicosocial, redes y apoyo social (MSSSI, 2012).

Para la OMS los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen las características individuales, tales como

la capacidad para manejar pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás; al igual que los factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales, tales como el género, el nivel de vida, las condiciones laborales, los apoyos sociales, la protección social y las políticas públicas (OMS, 2004, 2013).

En este contexto, se observan los problemas socioeconómicos –que afectan la calidad de vida de la población mexicana y que hacen que aumente el estrés– y los problemas de salud mental, que tienden a incrementarse debido a situaciones de pobreza, desempleo e inseguridad. En esta problemática, la depresión ocupa el décimo lugar en la carga de enfermedad y el cuarto entre las mujeres; entre los cuatro factores de riesgo de mayor impacto sobre la carga de enfermedad, se encuentran el abuso de alcohol, los diversos tipos de violencia, el aumento del uso de drogas y el consumo de alcohol como responsables de 20% de la carga de enfermedad (Medina-Mora, 2013).

Algunos grupos sociales en condición de vulnerabilidad tienen mayor riesgo de tener problemas de salud mental y requieren de intervenciones selectivas, las cuales están dirigidas a poblaciones, cuyo riesgo de desarrollar un problema de salud mental es significativamente más alto que el promedio, de acuerdo con factores de riesgo psicosociales. Sin embargo, la atención de las necesidades de salud mental se ve mermada por la escasez de recursos y de profesionales de la salud mental, por ello, la OMS ha propuesto la reorientación hacia servicios de base comunitaria, integrando la salud mental en los servicios de atención primaria, lo que permitiría el acceso a intervenciones basadas en la evidencia a sectores más amplios de la población (OMS, 2013).

En este contexto se revisan las recomendaciones y estrategias emitidas por organismos internacionales, tanto para la implementación de intervenciones basadas en la evidencia en salud mental –incluyendo problemas de alcohol y drogas–, como para la capacitación del personal de salud para mejorar la atención de la población que las requiere.

Plan de Acción sobre Salud Mental de la OMS 2013-2020

Objetivo 3: Poner en práctica estrategias de promoción y preventión en el campo de la salud mental.

Acción: Promoción de la salud mental y prevención de trastornos.

“Encabezar y coordinar una estrategia multisectorial que combine intervenciones universales y otras selectivas para promover la salud mental, prevenir los trastornos mentales y reducir la estigmatización, la discriminación y las violaciones de derechos humanos; responda a las necesidades de grupos vulnerables específicos en todo el ciclo vital; y esté integrada en las estrategias nacionales de salud mental y de fomento de la salud.”

Objetivo 2: Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta.

Acción: Desarrollo de recursos humanos:

“Reforzar los conocimientos y competencias del personal sanitario generalista o especializado para que pueda dispensar servicios de salud mental y atención social científicamente contrastados, culturalmente apropiados y regidos por los derechos humanos, en particular a niños y adolescentes, introduciendo la salud mental en los programas de estudios de pregrado y universitarios e impartiendo formación y ofreciendo tutorías a los agentes de salud sobre el terreno, en especial en los centros de atención no especializada, para que estén en condiciones de reconocer a las personas con trastornos mentales y ofrecerles adecuado tratamiento y apoyo o derivarlas, cuando proceda, a otros niveles de atención”
(OMS, 2013).

En esta acción, se propone aplicar las siguientes opciones:

- “Uso de la guía mhGAP de la OMS de intervenciones para trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en entornos no especializados (2010), así como de material de capacitación y supervisión conexo, para formar al personal sanitario en la detección de trastornos y la puesta en práctica de intervenciones basadas en la evidencia para la atención ampliada prioritaria”*
- “Mejoramiento de la capacidad de los trabajadores sanitarios y sociales en todas sus áreas de trabajo (por ejemplo en el ámbito médico y en relación con los derechos humanos y la salud pública), incluidos métodos de ciberaprendizaje cuando proceda”*
(OMS).

Programa Conjunto UNODC/OMS sobre el Tratamiento y la Atención de la Drogodependencia 2010

Objetivos:

- “Promover políticas caracterizadas por el justo equilibrio entre la reducción de la oferta y la demanda de drogas y en que se incorporen la preventi-*

ción del uso indebido de drogas y el tratamiento de la drogodependencia sobre bases científicas”.

-“Formular recomendaciones, directrices y normas a nivel internacional, con miras a la transferencia de conocimientos de las investigaciones a la práctica, y apoyar la adaptación y aplicación a nivel nacional”.

-“Elaborar y apoyar programas de capacitación para los profesionales relacionados con el tratamiento y la atención de las personas drogodependientes”.

Por su parte, el Comité de Expertos de la OMS en Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol, en materia de capacitación recomienda que:

[...] “la OMS ayude y apoye a los gobiernos para ampliar la capacidad, educando y formando a profesionales en los entornos de atención de salud, de servicios sociales y de justicia penal, en la aplicación de programas de detección, intervención breve y tratamiento de problemas relacionados con el alcohol”

(OMS, 2007).

305

Modelos de intervención en salud mental: transferencia tecnológica

En este apartado se presentan algunos resultados de la estrategia de transferencia tecnológica para la diseminación de modelos de intervención en salud mental, adicciones y violencia –derivados de la investigación epidemiológica y psicosocial realizada en el INPRFM–, sustentada en las recomendaciones de la OMS en cuanto a diseminación e implementación de programas de intervención en salud mental, mismas que a continuación se citan (OMS, 2004):

-“Para aumentar el impacto de las intervenciones preventivas en la salud mental de la población a nivel global, es necesario desarrollar intervenciones que tengan el potencial de tener un gran alcance en dichas poblaciones”.

-“La calidad de la implementación es crucial para la efectividad de los programas de prevención y para garantizar que los resultados con base en evidencia se van a repetir en sitios nuevos”. “La fidelidad como elemento clave de la implementación puede ser respaldada mediante el acceso a la documentación del programa (Manuales), la capacitación en el mismo y la supervisión de su implementación”.

-“Para aumentar el impacto de los programas y políticas disponibles con base en evidencia, resulta imperativo aumentar su diseminación y adopción a nivel mundial con el fin de facilitar su implementación a gran escala”.

-“Para facilitar la diseminación, adopción e implementación de programas y políticas efectivas a nivel mundial, resulta esencial mejorar el acceso a

las intervenciones con base en evidencia, a nivel nacional e internacional".
- "El uso de las tecnologías de información y comunicaciones en la enseñanza y la formación también está sirviendo para responder a las carencias y disparidades en la formación de profesionales sobre temas de salud pública".
(OMS, 2013a).

Siguiendo estas recomendaciones, como parte del ciclo de investigación, los modelos de intervención han seguido un proceso de transferencia tecnológica que implica la interacción entre el productor y el usuario del conocimiento, abarcando procesos de traducción, diseminación e implementación de intervenciones que responden a las preguntas: ¿quién produce el conocimiento?; ¿qué se transfiere?; ¿cómo se transfiere?; ¿con qué efectos?, y ¿a quién se transfiere el conocimiento?

306

Las intervenciones en salud mental y adicciones han seguido un proceso de traducción del conocimiento para producir vehículos de transferencia tecnológica, como son manuales de intervención (psicosocial, psicoeducativa, comunitarias) y cursos de capacitación basados en competencias para favorecer su diseminación, acceso y uso (ver la descripción de las intervenciones en el Anexo a este capítulo).

Estas intervenciones incorporan saberes sobre el contexto del problema, el qué hacer, cómo hacerlo y con qué hacerlo –metodología, herramientas e instrumentos que requieren su aplicación–. Los contenidos de la intervención en una estructura modular integran recursos y actividades de aprendizaje –individuales, grupales e integradoras–, así como instrumentos de tamizaje y de evaluación (pre/pos) de conocimiento adquirido, de actitudes modificadas y de habilidades desarrolladas que son requeridas para la aplicación de las intervenciones en diferentes contextos.

La capacitación en las intervenciones se sustenta en un modelo psicopedagógico basado en competencias, que implica la adquisición de conocimiento que se aplica en el desarrollo de habilidades y la modificación de actitudes que conlleva su manejo. La competencia se deriva del dominio de una serie de atributos,^b que son conocimientos, habilidades y actitudes que se utilizan en diversas combi-

^aCiberaprendizaje, capacitación y redes. En Cibersalud y nombres de dominio de internet para la salud. LXVI Asamblea Mundial de la Salud. 14 abril, 2013.

^bEn los atributos, el *conocimiento* es saber que es declarativo, conceptual, teórico, técnico y procedimental, el saber también es adquirido por la experiencia o la exposición a una nueva intervención. El saber hacer, las *habilidades*, constituye el dominio de métodos y técnicas, es de tipo práctico, procedimental porque está basado en la realización de distintas actividades intelectuales y de procedimiento, es el saber que se requiere para la ejecución de procedimientos, estrategias y técnicas, en este caso la aplicación de modelos de intervención.

En el campo de las adicciones, este enfoque en competencias ha sido utilizado en la capacitación y la elaboración de guías para el tratamiento profesional de trastornos por uso de sustancias, por el Centro para el Tratamiento del Abuso de Sustancias (SAMHSA, 2007).

naciones, se relacionan con tareas clave y se aplican en un contexto específico; dado que la competencia tiene una naturaleza relacional y holística (Gonczi, 2010; Fuentes 2011).

En el proceso de diseminación de intervenciones en salud mental, adicciones y violencia se han utilizado las tecnologías de información y comunicación (TIC) en su función de configuradoras de entornos virtuales para facilitar el acceso al conocimiento, la capacitación y la intervención; asegurar la calidad en su transferencia, optimizar recursos, extender su cobertura para beneficiar a mayores grupos de población y contribuir a la atención de problemas de salud mental, adicciones y violencia.

Esto ha implicado la configuración de espacios virtuales para la capacitación en el manejo intervenciones para los profesionales de la salud. Asimismo, ha involucrado la configuración de espacios virtuales para la intervención en línea, lo que ha facilitado la participación autónoma e independiente (programas psicoeducativos, de autoayuda, desarrollo de habilidades, etc.), como entornos para que los participantes puedan incorporarse de acuerdo con sus intereses y necesidades (Coll, 2009).

Esta estrategia de transferencia tecnológica pretende convertir el conocimiento científico en conocimiento social –acceso a intervenciones directas para grupos específicos–, práctica clínica –capacitación en manejo de intervenciones–, política pública –incorporación de intervenciones en la atención, apoyada en la capacitación de personal–. Esta estrategia ha permitido la multiplicación de más de 4 000 orientadores con competencias en intervenciones psicoeducativas, psicosociales y comunitarias; la evaluación de eficacia de intervenciones interactivas, y el análisis de determinantes de implementación de las intervenciones en contextos específicos.

307

Recomendaciones para políticas públicas

- *La transferencia tecnológica de intervenciones en salud mental, adicciones y violencia en entornos virtuales facilita el acceso al conocimiento, a la capacitación y a la intervención; favorece la extensión de la cobertura para beneficiar a mayores grupos de población y optimiza recursos.*
- *Se requiere fortalecer estrategias de diseminación de intervenciones en salud mental, adicciones y violencia, vía la capacitación de*

profesionales de la salud, con el propósito de que las instituciones adopten estas intervenciones en la atención de la salud mental de la población que las necesita.

- *Se requiere apoyar la evaluación de intervenciones directas en salud mental, adicciones y violencia para extender su diseminación y alcance en grupos específicos.*
- *Se requiere realizar investigación del impacto de la diseminación y la implementación de modelos de intervención en salud mental, en términos de efectividad, eficacia, fidelidad, determinantes de implementación, ya sea en atención primaria a la salud o en ámbitos comunitarios.*

308

Bibliografía

1. Agency for Healthcare Research and Quality; McCormack L, Sheridan S, Lewis M, Boudewyns V, Melvin CL, Kistler C, et al. Communication and dissemination strategies to facilitate the use of health-related evidence. *Evid Rep Technol Assess.* 2013;213:1-520.
2. Barrera MI, Fuentes P, González-Forteza C. Estrés y salud mental; estrategias para el manejo integral de estrés. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; 2013.
3. Barrera MI, Mendieta D, Guerrero D, Fuentes P. Fibromialgia; guía para el manejo cognitivo conductual. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; 2013.
4. Coll C. Aprender y enseñar con las TIC: Expectativas, realidad y potencialidades. En: Carneiro R, Toscano JC, Díaz T (ed). Los desafíos de las TIC para el cambio educativo. Madrid: Organización de los Estados Iberoamericanos para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Fundación Santillana; 2009.
5. Fuentes P. Una propuesta de capacitación para la intervención en mujeres con adicciones. En: Romero M, Medina-Mora ME (ed). Mujeres y adicciones. México: Instituto Nacional de Mujeres, INP, CENADIC; 2012.
6. Gonczi A, Hager P. The Competency model. En: Peterson P, Baker E, McGaw B (ed). International Encyclopedia of Education. Oxford: Elsevier; 2010;8.
7. Gutiérrez R, Vega L. Cómo prevenir y desalentar el consumo de sustancias en adolescentes, niños y niñas que subsisten en la calle. México: INP, Ed.-Pax; 2008.
8. Krauskopf D. Estado del arte de los programas de prevención de la violencia en ámbitos escolares. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2006.
9. Lara MA, Luna MS, Acevedo M. Ayudando a mujeres con depresión; Intervención Psicoeducativa. México: INP, Editorial-Pax; 2009.

10. Mangrulkar L, Whitman Ch, Posner M. Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2001.
11. Medina-Mora ME. Programa de trabajo 2013-2018. Documento interno. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; 2013.
12. MSSSI. Guía metodológica para integrar la equidad en las estrategias, programas y actividades de salud. Versión 1. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
13. Natera G, Tiburcio M, Mora J, Orford J. Apoyando a familias que enfrentan el consumo de alcohol y drogas. México: INP, Editorial-Pax; 2008.
14. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUD). Programa conjunto ONUDC/OMS sobre el tratamiento y la atención de la drogodependencia. Viena: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Organización Mundial de la Salud; 2010.
15. Organización Mundial de la Salud (OMS). Comité de Expertos de la OMS en Problemas Relacionados con el Consumo de Alcohol; Segundo Informe. Serie de Informes Técnicos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007;944.
16. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol. Ginebra; 2010.
17. Organización Mundial de la Salud (OMS). Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.
18. Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención de los trastornos mentales: Intervenciones efectivas y opciones de políticas: informe compendiado/ un informe de la Organización Mundial de la Salud. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de las Universidades de Nijmegen y Maastricht; 2004.
19. Rodríguez E. Prostitución y drogas; intervención para la reducción del daño. México: INP. Fundación Gonzalo Río Arronte; 2007.
20. Romero M, Durand A. Mujeres, prisión y drogas; intervención desde la perspectiva de género y la reducción del daño. México: INP, Fundación Río Arronte; 2007.
21. Schillinger D. An introduction to effectiveness, dissemination and implementation research. Fleisher P, Goldstein E (ed). Clinical Translational Science Institute Community Engagement Program, University of California San Francisco; 2010.
22. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Addiction counseling competencies: the knowledge, skills, and attitudes of professional practice. Rockville: SAMHSA; 2007.
23. Tiburcio M, Carreño S, Martínez K, Echeverría L, Ruiz E. Cómo reducir el consumo de sustancias con intervenciones breves. México: INP, Editorial-Pax; 2008.
24. World Health Organization (WHO). Skills for health. Skills-based health education including life skills: An important component of a Child-Friendly/ Health-Promoting School. Geneva: World Health Organization; 2003.

Anexo. Modelos de intervención en salud mental, adicciones y violencia

311

Modelo	Objetivo
Intervenciones breves en adicciones	Multiplicar orientadores en la detección temprana del consumo de sustancias y en la aplicación de intervenciones breves para modificar los hábitos de consumo de alcohol y drogas.
Prevención de consumo de sustancias en ámbitos laborales	Conocer los elementos para desarrollar un plan de acción para introducir un programa modelo de prevención de adicciones en centros de trabajo.
Familia y adicciones	Formar orientadores para intervenir y apoyar a las familias que hacen frente a una problemática de consumo de alcohol o drogas de alguno de sus miembros.
Mujeres y depresión	Desarrollar las habilidades de los profesionales de la salud para la aplicación de un programa de intervención con enfoque psicoeducativo para el trabajo con mujeres que presentan depresión
Subsistencia infantil en la calle y drogas	Aplicar el modelo modificado de estrés social en la intervención con niños, niñas y adolescentes que subsisten en las calles y usan drogas.
Trabajo sexual, violencia y drogas	Hacer visibles las necesidades de salud mental en el trabajo sexual y desarrollar competencias para la aplicación de un modelo de reducción del daño con perspectiva de género.
Adolescentes, salud mental y adicciones	Reconocer los trastornos internalizados y externalizados que pueden presentarse en la adolescencia asociados con el consumo de sustancias, así como también manejar estrategias para facilitar el desarrollo emocional, social y familiar del adolescente con estos trastornos.
Mujeres, prisión y drogas	Dar una visión integral de problema de consumo de sustancias en mujeres presas y capacitar en el manejo de las herramientas para la evaluación de esta problemática dentro de instituciones penitenciarias, y en la aplicación de un modelo de intervención desde la reducción del daño y la perspectiva de género.
Estrés y salud mental	Formar profesionales de la salud en el manejo de un programa de intervención para el manejo de estrés.
Fibromialgia: manejo cognitivo-conductual	Conocer los aspectos clínicos y psicosociales de la fibromialgia; identificar tratamientos como el enfoque de terapia cognitivo conductual. Manejar estrategias cognitivo conductuales grupales para el manejo de la fibromialgia.

continúa

continuación

Violencia y jóvenes	Desarrollar habilidades y actitudes que permitan una mejor convivencia en las relaciones familiares, afectivas/de noviazgo, entre compañeros, amigos o vecinos, en el contexto escolar y en el propio vecindario.
Estrés y jóvenes	Adquirir conocimientos sobre tipos y efectos de estrés; desarrollar actitudes que permitan reconocer las situaciones que estresan y reconocer cómo se reacciona; desarrollar habilidades para un mejor manejo del estrés en diferentes áreas de la vida.
Sexualidad y jóvenes	Identificar los cambios en emociones, pensamientos y afectos en la adolescencia; conocer derechos y responsabilidades en el ejercicio de la sexualidad; desarrollar habilidades y actitudes que permitan vivir su sexualidad de manera responsable y saludable.
Adicciones y jóvenes	Adquirir conocimientos sobre cómo el uso de drogas afecta las emociones, las percepciones y el estado de ánimo; desarrollar habilidades y modificar actitudes para enfrentar situaciones de riesgo asociadas con el uso de sustancias.

SUICIDIO

Guilherme Borges^a
José Ángel García
Leslie Borsani

24

313

El objetivo de este capítulo es presentar los aspectos básicos de la epidemiología del suicidio en México, entendiéndolo como la muerte autoinfligida, y poniendo énfasis en las acciones para prevenirlo. Estas acciones incluyen los fundamentos, la formulación e implementación de una estrategia nacional para la prevención del suicidio y, como se verá, implican la acción de diferentes actores y sectores de la sociedad.

Suicidio, definición y mortalidad

El *suicidio* es la muerte por mano propia con evidencia de intención explícita de terminar con la vida.¹ Se estima que cada año aproximadamente 800 000 personas en el mundo se suicidan.² De acuerdo con el nuevo informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a nivel mundial, entre 2000 y 2012, el número de suicidios disminuyó en 8.8% y la tasa ajustada de suicidios disminuyó también en 26.1%. Sin embargo, en México, el número de suicidios en ese periodo aumentó 10.6% y la tasa se incrementó en 17.1%; mientras que para países de ingreso bajos y medios de las Américas, el suicidio tuvo un comportamiento mixto (Cuadro 24.1). Regresando a México y de acuerdo con Lozano *et al.*,³ al analizar las principales causas de muerte prematura, el suicidio aumentó 1.25 veces entre 1990 y 2010, moviéndose así del lugar 21 al lugar 11. De igual forma, según los datos del INEGI, en 2013 el suicidio fue la tercera causa

^a Responsable de este capítulo; dirección electrónica: guibor@imp.edu.mx

Cuadro 24.1. Número y tasas de suicidios global, las Américas y México en 2012.

Región	Población 2012	Número de suicidios en 2012	% de población global	% global de suicidios	Tasas de suicidio, edad ajustada,* 2012 (/100 000)	H/M relación tasas ajustadas		
			H + M	Hombres	Mujeres			
GLOBAL**	7 075 000 000	806 000	100.0%	100%	11.4	14.5	8.2	1.86
Países de bajos y medianos ingresos de las Américas	581 000 000	34 000	8.2%	4.20%	6.0	9.6	2.7	3.58
México	120 847 000	4 965	1.7%	0.62%	4.2	7.1	1.7	4.18

Calidad de los datos utilizados para estimar la causa de muerte en personas de 5 años de edad o más: (1) registro civil integral; (2) registro civil con cobertura baja o alta proporción de causas indeterminadas con los ajustes extensos necesarios; (3) registro de la muestra de la población nacional (India y China); (4) ningún registro civil, las estimaciones basadas en las proyecciones.

314 * Las tasas son proyectadas por la población estándar mundial de la OMS 2012, las cuales se ajustan por diferencias en la estructura de edad y, por lo tanto, facilitan las comparaciones entre regiones y a lo largo del tiempo.

** Incluye datos de tres territorios que no son estados miembros de la OMS.

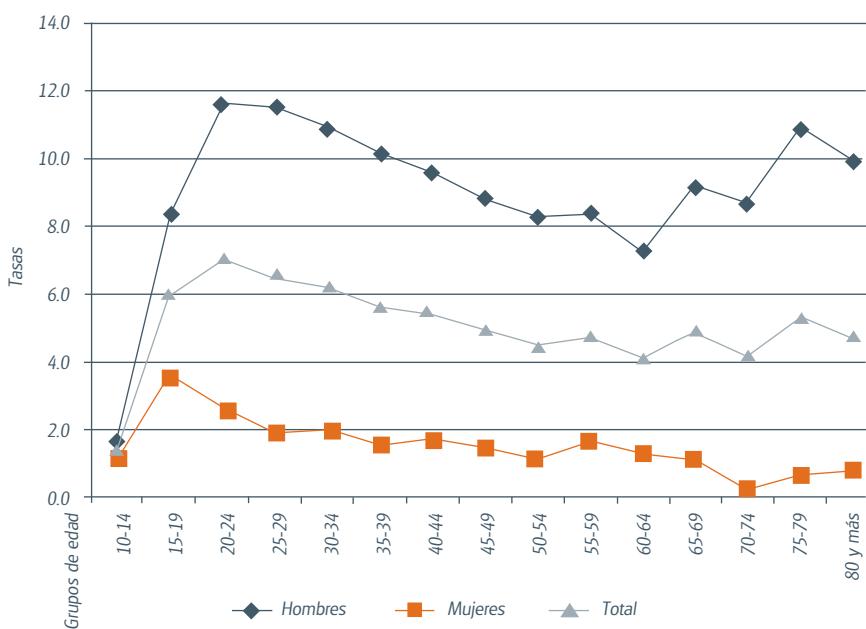


Figura 24.1. Tasas (x 100 000) de suicidio por edad quinquenal en la República Mexicana, 2013.

de muerte entre los jóvenes de ambos sexos de edades entre 15 y 19 años, y la cuarta para las edades de 20 a 29 años. En las mujeres, la

tasa más elevada de suicidio se observa en el grupo de 15 a 19 años, mientras que para los hombres se encuentra en el grupo de 20 a 24 años y también en el grupo de 25 a 29 años de edad (Figura 24.1).

Aunque la tasa de mortalidad por suicidio en México es relativamente baja en el contexto internacional y más allá del propio crecimiento poblacional, la tasa de mortalidad por suicidio sí ha ido creciendo de manera paulatina en los últimos 40 años (1970-2013). Como se puede observar en la Figura 24.2, la mortalidad por suicidio se ha incrementado poco a poco pero de forma constante durante esos 40 años. Ese aumento ha estado presente en ambos sexos, pero los hombres han sido afectados casi cinco veces más que las mujeres. El crecimiento de la mortalidad por suicidio de las últimas décadas tampoco ha sido parejo a lo largo de los grupos de edad. La Figura 24.3 muestra la evolución de las tasas por grupos quinqueniales de edad a lo largo de cuatro décadas: 1980, 1990, 2000 y 2013. En comparación con las tasas de mortalidad por suicidio en 1980, podemos observar que, para 2013, las tasas de los mismos grupos de edad muestran grandes incrementos, siendo más notorias en los

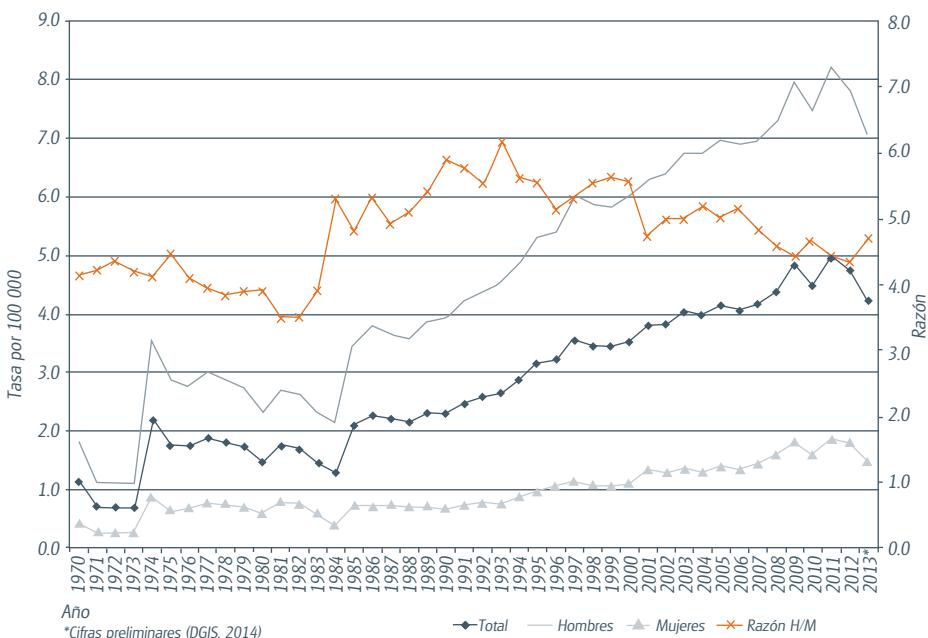


Figura 24.2. Evolución de las tasas de mortalidad por suicidio en la República Mexicana por sexo, 1970-2013.

316



Figura 24.3. Distribución de tasas de suicidios por grupos quinquenales. México 1980, 1990, 2000 y 2013.

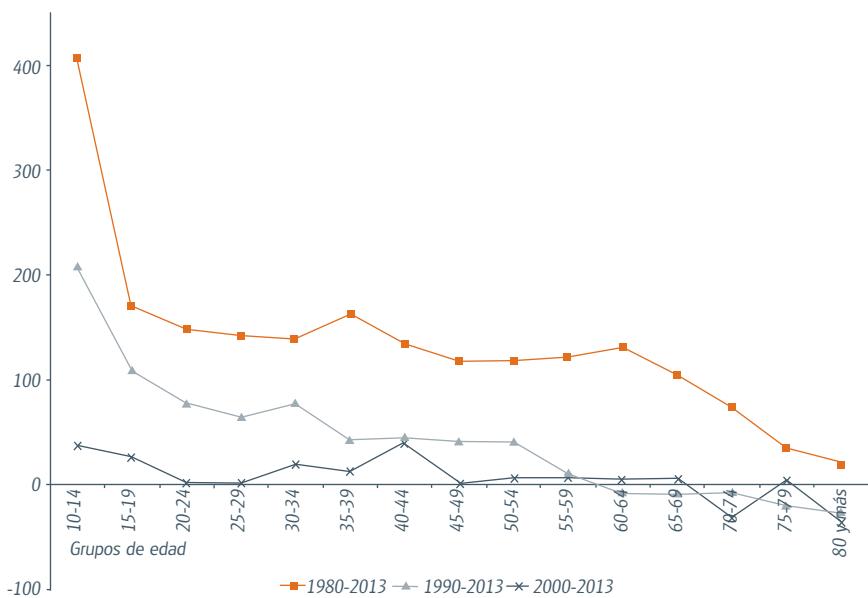


Figura 24.4. Diferencias relativas porcentuales de las tasas de suicidios por grupos quinquenales, México 1980-2013, 1990-2013, 2000-2013.

grupos más jóvenes. Por ejemplo, si en 1980 las mayores tasas totales se encontraron en los grupos de edad más avanzados, en 2013 las tenemos en el grupo de 20 a 24 años de edad (Figura 24.4).

Podemos reportar también que de todos las muertes autoinfligidas, para los hombres en 2013 el suicidio por ahorcamiento representó 79.9%, seguido por el suicidio por armas de fuego con 9.6%. Por el lado de las mujeres, el suicidio por ahorcamiento representó 71.8%, y en segundo lugar se ubicó el suicidio por envenenamiento con 18.7%. Por último, y con respecto a la distribución del suicidio al interior del país, la Figura 24.5 muestra que en 2013 había dos zonas de riesgo: una en el sur-sureste (con estados como Quintana Roo, Campeche, Tabasco y Yucatán) y otra en el norte (con estados como Aguascalientes, Baja California Sur, Sonora y Chihuahua).

317

Factores de riesgo para el suicidio

En México, prácticamente carecemos de investigaciones que nos permitan determinar los factores de riesgo para el suicidio en el

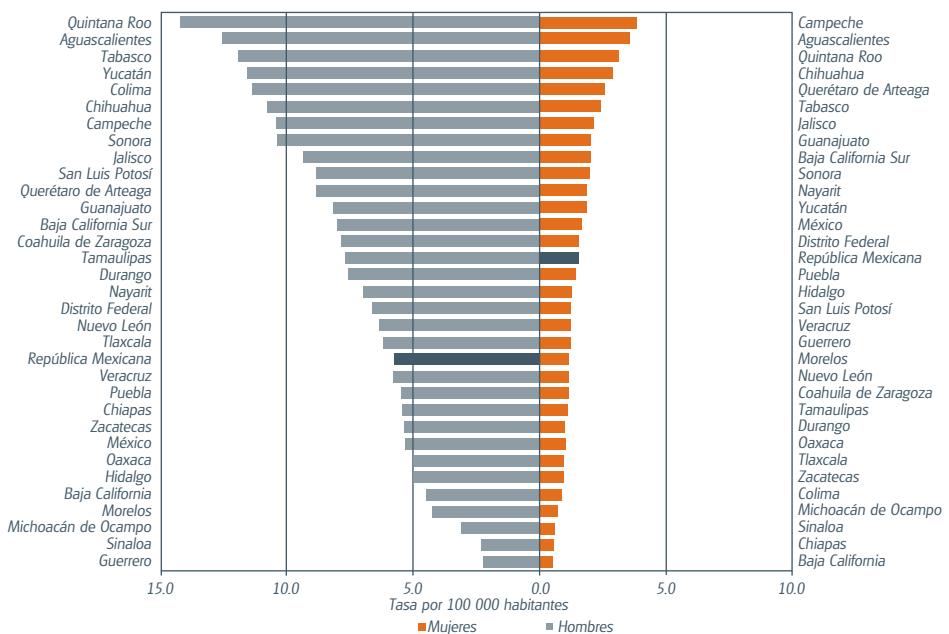


Figura 24.5. Tasa de mortalidad de suicidio por entidad federativa, México 2013

país. Esto con excepción del sexo (masculino), el grupo de edad (joven para hombres y mujeres, y de mayor edad para los hombres) y la localización geográfica (sureste y norte) como se revisó en la sección anterior. Pero no hay, por ejemplo, reportes ni de la distribución urbana/rural de los suicidios, como tampoco contamos con datos de suicidio por grupos étnicos en el país.

A falta de literatura nacional sobre el tema, revisemos los factores de riesgo más comunes en la literatura internacional,⁴ mismos que podemos suponer operan también como factores de riesgo para el suicidio en la sociedad mexicana y que son los siguientes:

1. **Trastornos mentales previos.**⁵ Se ha planteado que entre 90 y 95% de las personas que han muerto por suicidio tenía algún trastorno mental;⁶ particularmente trastornos por uso de sustancias y del estado de ánimo según revisiones recientes de estudios de autopsia psicológica⁷
2. **Antecedentes de conducta suicida.** Los intentos previos de suicidio son uno de los principales factores de riesgo para la mortalidad por suicidio;^{6,7} estimaciones recientes sugieren que el riesgo de repetir un intento después de ser hospitalizado por esa causa puede ser tan elevado como 30% y que el riesgo de cometer suicidio puede llegar a 10% en estas personas⁸
3. **Factores psicológicos.** La presencia de desesperanza, anhedonia e impulsividad, así como antecedentes familiares de suicidio o fallas en el sistema que regula la serotonina (condición que puede afectar el control de las emociones) son también factores de riesgo importantes⁴
4. **Eventos negativos o estresantes de vida.** Una parte importante de los modelos actuales sobre el suicidio hacen hincapié en la presencia de factores de riesgos distales y proximales, algunas veces referidos también como modelos de stress-diátesis.⁹ En estos modelos, los factores distales (tales como los trastornos mentales, características psicológicas y biológicas) operan como un paño de fondo sobre el que actúan factores proximales. Éstos, que pueden ser una serie de eventos vitales, funcionan como precipitantes, algunos de ellos agudos, como la intoxicación alcohólica, pérdidas amorosas, enfermedades recién diagnosticadas,¹⁰ entre otros posibles eventos negativos,⁴ incluido el desempleo.⁷

Prevención del suicidio

Si hicieramos una revisión de los esfuerzos realizados para prevenir el suicidio en México, encontraríamos que las acciones son

muy variables a lo largo del país, tanto en organización y estructura como en el alcance y la eficacia. En materia de política pública, la Secretaría de Salud publicó en 2001¹¹ el Programa de Acción en Salud Mental. Dicho programa incluye un diagnóstico situacional y epidemiológico de los principales problemas psiquiátricos y de salud mental en México. Indica que los principales problemas y obstáculos identificados para atender los problemas de salud mental desde el sector público son: a) infraestructura insuficiente; b) distribución inadecuada y de difícil acceso; c) personal especializado insuficiente y mal distribuido en el territorio nacional, y d) la carencia de recursos económicos para poder brindar un servicio adecuado con la infraestructura existente. Por último, la falta de presupuesto también se menciona como un aspecto que dificulta la atención en salud mental.

En cuanto a la prevención del suicidio, el Programa de Acción en Salud Mental plantea impulsar el desarrollo de mecanismos de detección y prevención de pacientes deprimidos que se acompañan con ideación suicida. Esto por medio de acciones específicas como campañas informativas, instalación de módulos de orientación en las unidades de atención médica de primer y segundo niveles, capacitación a médicos de primer nivel en el abordaje de los aspectos relacionados con el suicidio, aplicación de un cuestionario de tamizaje a los pacientes deprimidos para detectar a aquellos con potencial suicida, brindar apoyo a centros pilotos de atención de urgencias para pacientes con riesgo suicida y canalización a centros especializados de atención de pacientes con riesgo suicida o a instituciones psiquiátricas.

Hasta ahora son siete los Estados del país que han instrumentado un programa acorde a los objetivos y acciones para la preventión del suicidio recomendados por el Programa de Acción en Salud Mental. Tales estados son: Yucatán, Tabasco, Jalisco, Campeche, San Luis Potosí, Guanajuato y más recientemente el Distrito Federal. Sin embargo, no se cuenta con ninguna documentación ni evaluación de su implementación.

Como medios de intervención, también se han desarrollado varias redes de ayuda, como las líneas telefónicas. Muestra de esas iniciativas es SAPTEL¹² de la Cruz Roja Nacional, la línea SALME de Intervención en Crisis del Instituto Jalisciense de Salud Mental,¹³ Acercatel,¹⁴ la línea de la organización Salvemos una Vida, en Yucatán,¹⁵ la línea de ayuda de CONADIC¹⁶ y en Guanajuato, las “Redes Municipales de Prevención del Suicidio” y la línea de atención de crisis psicológicas.

Fundamentos para desarrollar una estrategia de prevención del suicidio en México

320

La magnitud del problema, su extensión y la ausencia de acciones consistentes y constantes en la República para la prevención del suicidio ameritan que tomemos un nuevo nivel de compromiso. Un programa de prevención del suicidio a nivel nacional debe basarse en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la formulación e implementación de estrategias nacionales que prevengan el suicidio.^{17,18} Las guías de la OMS fueron preparadas para impulsar estrategias nacionales en todos los países (obviamente, después de una adaptación a las circunstancias nacionales específicas de cada país) y para proveer un medio por el cual la comunidad internacional pudiera apoyar los esfuerzos nacionales.

Existen ya programas nacionales en más de dos decenas de países, incluidos algunos de América Latina como Uruguay y Brasil, que pueden ser adaptados al contexto nacional mexicano. No está de más mencionar que tener un programa nacional es importante por varios motivos,¹⁷ tales como: 1) mostrar el compromiso de México de hacer frente al problema con una estrategia coherente y uniforme para los estados y municipios del país, 2) identificar actores y sus funciones, así como acciones y responsabilidades mutuas, 3) determinar los recursos humanos y financieros para llevar a cabo el programa, 4) identificar metas y acciones para cumplirlas en plazos específicos y 5) plantear una agenda de investigación y evaluación de la estrategia y sus acciones.

Los programas de prevención de suicidio tienen como objetivo aumentar el conocimiento y las habilidades en la identificación del riesgo suicida en una población específica, así como ayudar a aumentar el acceso a los servicios y la adquisición de recursos para aquellos que han sido identificados como población de alto riesgo. Los objetivos generales de los programas de prevención del suicidio son promover factores protectores ambientales e individuales, aumentar la conciencia por medio de la educación pública, mejorar las actitudes de la sociedad y eliminar el estigma hacia las personas con trastornos mentales o los comportamientos suicidas que expresan, disminuir el acceso a los medios y los métodos de suicidio e influir en los medios de comunicación a adoptar mejores políticas y prácticas hacia la presentación de casos individuales de suicidio.¹⁹ Dos elementos son fundamentales: 1) establecer y mantener una fuente

de financiamiento para el programa y sus actividades de una manera continua, y 2) evaluar sus componentes en forma periódica.

A continuación se explican los principios en los que la OMS sugiere basar el desarrollo de una estrategia nacional para la prevención del suicidio.

1. *Las actividades de prevención se deben enfocar en el comportamiento suicida y sus condiciones antecedentes.* Esto incluye el suicidio consumado, la conducta suicida (ideación, plan e intento suicidas) y todas aquellas condiciones, estados y trastornos que predisponen al comportamiento autodestructivo
2. *El suicidio puede ser visto desde una perspectiva amplia de desarrollo humano.* Ello debido a que el comportamiento suicida es multifactorial, multideterminado, transaccional en su origen y se desarrolla de manera progresiva a lo largo de trayectorias complejas pero identificables. En la prevención, todos los factores contribuyentes son blancos importantes y, aunque las observaciones indican que en nuestro país los factores de riesgo se interrelacionan, cuanto más claros e identificados estén, más fácilmente se podrán incorporar a las medidas de prevención. De igual manera, será más fácil incorporarlas en las actividades sociales para así minimizar su acción y generar más recursos de afrontamiento a las circunstancias adversas de las personas afectadas. Por ello, es necesario estar atentos a las oportunidades para desarrollar actividades de prevención en las situaciones cotidianas
3. *Ninguna disciplina o nivel de organización social puede por sí misma ser responsable del fenómeno del suicidio ni de su prevención.* Las instituciones públicas, las organizaciones no gubernamentales, la sociedad civil organizada, los grupos de voluntarios, las asociaciones religiosas y todo tipo de organizaciones de ayuda, dentro de su área de competencia y capacidad, están involucrados y actuarán como parte de una red de servicios a la comunidad
4. *Los recursos en la comunidad para la prevención del suicidio funcionan eficazmente cuando sus actividades se coordinan e integran.* Por ello, es muy importante la colaboración e involucramiento en un nivel intersectorial e interregional, entre el gobierno y las organizaciones no gubernamentales y entre el sector público y el privado
5. *Contribuciones a la prevención del suicidio.* En todos los niveles de la comunidad/sociedad y en diferentes roles, hay individuos que pueden hacer contribuciones únicas y productivas a la prevención del comportamiento suicida

- 322**
6. *Marco conceptual del suicidio.* Es necesario contar con un marco conceptual para entender al comportamiento suicida, así como para generar acciones preventivas e investigación orientada a objetivos
 7. *Fomento de la salud individual y social.* Es esencial fortalecer a los individuos, familias y comunidades con conocimiento, habilidades y valores para fomentar y mantener la salud personal y el bienestar social
 8. *Experiencia en la prevención del comportamiento suicida.* La experiencia y sabiduría en muchos países sustentan la idea de que el comportamiento suicida puede ser prevenido en gran medida

Con base en los principios que acabamos de revisar, los propósitos de una estrategia nacional para la prevención del suicidio deben ser promover, coordinar y sostener programas culturalmente apropiados para la prevención del comportamiento suicida a nivel local, regional y nacional. Dichos propósitos implican, entre otros, los siguientes objetivos a lograr por medio de una estrategia nacional:

1. Prevenir las muertes prematuras debido al suicidio
2. Reducir la incidencia y prevalencia del comportamiento suicida
3. Reducir la morbilidad asociada con el comportamiento suicida
4. Fortalecer las respuestas médicas y sociales a las conductas suicidas
5. Facilitar escenarios en donde se puedan encontrar oportunidades para aumentar la resiliencia
6. Desarrollar más recursos internos y externos, así como generar redes de apoyo para los individuos, familias y comunidades
7. Mejorar la investigación y evaluación de las intervenciones efectivas

De la revisión anterior, queda claro que el problema del suicidio y de las conductas suicidas no abarca únicamente un solo sector (como el de la salud pública), sino que tiene ramificaciones generalizadas. De ahí que el valor de llevar a cabo una estrategia nacional para la prevención del comportamiento suicida está basado en el involucramiento de todos los diferentes sectores y segmentos de la sociedad, así como en la vinculación con las políticas nacionales de desarrollo social. Este programa tiene la ventaja de que identifica los actores clave, sus funciones, responsabilidades y la coordinación, además de la identificación de los recursos humanos y financieros necesarios para llevar a cabo sus importantes actividades. La

tarea que todo esto implica es compleja y tomará tiempo establecer un programa de este tipo y ver su efecto en la sociedad mexicana; por ello, hay que empezar cuanto antes.

Dentro de las múltiples tareas que se avecinan, si hay voluntad política para mover hacia delante una agenda nacional de prevención del suicidio, la Academia Nacional de Medicina (ANM) puede y debe desempeñar un papel de liderazgo. La ANM, con su experiencia, prestigio y vinculación nacional, puede reunir las diferentes instancias que deben trabajar juntas en un eventual Programa Nacional de Prevención del Suicido. Asimismo, desempeña un papel muy importante en la capacitación de médicos generales y en la medicina de especialidad, en la difusión del conocimiento y como asesor de las instancias gubernamentales. Todas estas son funciones prioritarias que la ANM está en condiciones de asumir y que sin duda mucho ayudarían en la agenda preventiva y curativa de este importante problema de salud.

323

Bibliografía

1. Carroll PW, Berman AL, Maris RW, et al. Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav.* 1996;26(3):237-52.
2. World Health Organization. Suicide prevention and special programmes. Luxembourg: World Health Organization; 2014.
3. Lozano R, Gómez-Dantés H, Garrido-Latorre F, et al. La carga de enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en Mexico. *Salud Pública Mex.* 2013;55(6):580-94.
4. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev.* 2008;30:133-54.
5. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet.* 2009 Apr;373(9672):1372-81.
6. Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med.* 2003;33(3):395-405.
7. Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K. Suicidal risk factors and completed suicide: meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environ Health Prev Med.* 2008;13(5):243-56.
8. Haukka J, Suominen K, Partonen T, Lönnqvist J. Determinants and outcomes of serious attempted suicide: a nationwide study in Finland, 1996-2003. *Am J Epidemiol.* 2008;167(10):1155-63.
9. van Heeringen K. Stress-diathesis model of suicidal behavior. En: Dwivedi Y (ed). *The neurobiological basis of suicide.* 51th ed. Boca Raton, FL: CRC Press; 2012.

10. Fang F, Fall K, Mittleman MA, et al. Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. *N Engl J Med.* 2012;366(14):1310-8.
11. Programa de Acción en Salud Mental. México: Secretaría de Salud; 2001. Disponible en: http://sersame.salud.gob.mx/pdf/pasm_intro.pdf
12. Sistema Nacional de Apoyo, Consejo Psicológico e Internección en Crisis por Teléfono, página web. <http://www.saptel.org.mx>. Visitada el 30 July, 2013.
13. Instituto Jalisciense de Salud Mental, página web. <http://www1.jalisco.gob.mx/wps/portal/organismos/salme>. Visitada el 30 July, 2013.
14. Fundación Casa Alianza, página web. <http://www.casa-alianzamexico.org/acercatel.html>. Visitada el 30 July, 2013.
15. Salvemos una vida A.C. Prevención del Suicidio. Mérida, Yucatán, México, página web. <http://salvemosunavida1.tripod.com/>. Visitada el 30 July, 2013.
16. Consejo Nacional contra las Adicciones, Centro de Orientación Telefónica, página web. <http://www.conadic.salud.gob.mx/interior/cot.html>. Visitada el 30 de julio, 2013.
17. World Health Organization. Public health action for the prevention of suicide: a framework. Geneva: WHO; 2012.
18. World Health Organization. Preventing suicide: a resource for general physicians. Geneva: WHO; 2000.
19. Wasserman D, Durkee T. Strategies in suicide prevention. En: Wasserman D, Wasserman C (ed). Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective. Oxford: Oxford University Press; 2009.

EL MARCO LEGAL

Gabriel E. Sotelo Monroy

25

325

Introducción

El marco legal para la atención de las personas con depresión u otros trastornos mentales con o sin discapacidad es un tema complejo de abordar, porque no sólo se circunscribe a la protección de la salud, sino que incluye aspectos sociales, culturales, civiles y políticos. En otras palabras, es un tema que comprende las condiciones estructurales de la desigualdad social de las personas con enfermedad mental.

En México, la depresión, como el resto de los trastornos mentales, es una prioridad de salud pública por diversas razones que involucran la alta prevalencia de la enfermedad, la gran brecha de atención médica, la falta de diagnóstico y tratamiento temprano, factores que favorecen la cronicidad, gravedad y discapacidad de estos padecimientos y, en especial, por el estigma y la discriminación de que son sujetas las personas con enfermedad mental. Las anteriores son situaciones que determinan su vulnerabilidad y pueden impedir que ejerzan sus derechos humanos (DDHH) como ciudadanos.¹

El estigma es un atributo negativo que recae sobre una persona por el hecho de ser diferente a otras y provoca que ésta sea clasificada en una categoría social inferior.² Es indudable que el estigma inhibe la búsqueda de atención médica, promueve el aislamiento y la segregación social, alienta los mitos antipsiquiátricos y no favorece la inversión en servicios de salud mental, además de que limita el acceso a otros derechos fundamentales como la educación, el empleo y la vivienda.^{3,4} Aunado a esto, los enfermos mentales son objeto de discriminación debido a su condición de salud, lo que tiene como resultado el menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales en condiciones de igualdad.⁵

Por lo anterior, el objetivo de este trabajo es analizar la regulación internacional y nacional de la atención de los trastornos mentales desde una perspectiva de derechos humanos. Leyes, políticas, programas y recursos para la salud representan una manera de mejorar la vida de personas con trastornos mentales y la oportunidad de gozar de mejores servicios,⁶ ya que la salud mental, como la salud general, es un derecho fundamental del ser humano y una obligación del Estado, el garantizarla.

Al respecto, la *Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos*,⁷ en su “Título Primero” establece y reconoce los derechos humanos y las garantías individuales, con el fin de asegurar que todas las personas gocen de los mismos y de los establecidos en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de la protección de aquellas garantías cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y en las condiciones que la misma Constitución establece, favoreciendo en todo tiempo a las personas la más amplia protección. En esta última frase, hace explícito el “principio *pro personam*”.

Por ello, las autoridades federales, estatales y locales, en el ámbito de sus competencias, están obligadas a promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos, de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. Por lo tanto, cualquier tipo de violación a los derechos humanos deberá ser sujeta de prevención, investigación, sanción y reparación. En concreto, se prohíbe explícitamente la esclavitud y cualquier forma de discriminación.

El Artículo 4o. constitucional establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y define las bases y las modalidades para el acceso a los servicios de salud, además de establecer la concurrencia de la federación y de las entidades federativas en materia de salubridad general.

Los otros derechos humanos se refieren a educación, igualdad ante la ley, libertad a decidir el número y el espaciamiento de los hijos, alimentación, medio ambiente adecuado, vivienda digna, derechos de la niñez, cultura y deporte; trabajo, servicios públicos, libertad de ideas y pensamiento, acceso a la información, libertad de escribir y publicar, libertad de prensa, derecho de petición, libertad de asociación y reunión; posesión de armas, libre tránsito, solicitud de asilo, garantías judiciales y profesar con libertad una creencia religiosa.

A continuación se describen los principales instrumentos vinculantes, los estándares técnicos internacionales e interamericanos y los instrumentos jurídicos nacionales.

Instrumentos vinculantes internacionales

La *Declaración universal de derechos humanos*^{a,8} afirma que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos (Artículo 1). De modo que las personas con trastornos mentales y discapacidad también tienen derecho al goce y a la protección de sus derechos humanos y libertades fundamentales. También que toda persona y su familia tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud y el bienestar y, en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios (Artículo 25).

El *Pacto internacional de derechos civiles y políticos*,⁹ establece que todos los seres humanos tienen un derecho inherente a la vida, que nadie será privado arbitrariamente de la misma y que se respetará a todos los individuos sin distinción alguna. Reconoce el derecho de todas las personas a la igualdad ante la ley sin ningún tipo de discriminación, a la libertad de expresión, a buscar, recibir e impartir información de ideas de todo tipo y por cualquier medio de comunicación. Además, las protege de ser sometidas a tortura, a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes y, de manera específica, establece que nadie será sujeto a experimentos médicos o científicos sin su libre consentimiento (Artículo 7).

327

El *Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales*¹⁰ determina que los Estados parte deben garantizar los derechos humanos enmarcados en este instrumento para que sean ejercidos sin discriminación de ningún tipo. A pesar de que este Pacto no hace referencia específica a la discapacidad, la indicación general de no discriminación incluye, en forma implícita, a las personas con discapacidad. Se reconoce que todas las personas tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Artículo 12) y reconoce que se deben tomar medidas especiales de protección sin discriminación a nombre de todos los niños y jóvenes (Artículo 10).

La *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*¹¹ establece el derecho de la mujer a la protección de la salud y la seguridad en el ámbito del trabajo (Artículo 11), indica que se deberán tomar las medidas correspondientes para eliminar la discriminación contra la mujer en el campo de la

^aLa *Declaración universal de derechos humanos* se adoptó en 1948 como un instrumento no vinculante, que ha pasado a ser considerado como derecho internacional consuetudinario vinculante u obligatorio. Esta declaración junto con los pactos internacionales de *Derechos civiles y políticos* y de *Derechos económicos, sociales y culturales* conforman la *Carta internacional de derechos civiles*.

atención médica con el fin de asegurar, con base en la igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a los servicios de atención médica y a la planificación familiar (Artículo 12).

La *Convención sobre los Derechos del Niño*¹² contiene disposiciones de derechos humanos específicos para los niños y los adolescentes, incluye la discapacidad entre las bases sobre las cuales se prohíbe la discriminación (Artículo 2), reconoce el derecho de los niños que sufren de discapacidad física o mental a recibir atención especial (Artículo 23), establece las medidas que el Estado debe tomar para garantizar el desarrollo del niño como individuo y para asegurar su participación en la comunidad, reconoce el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (Artículo 24) y determina el derecho a la revisión periódica del trato que reciben los niños remitidos a instituciones por motivos de salud física o mental (Artículo 25). Además, establece el derecho de los niños a ser protegidos de realizar cualquier trabajo que pueda ser peligroso, que interfiera con su educación o que sea nocivo para su salud o desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social (Artículo 27).

La *Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes*,¹³ protege a las personas con discapacidad mental que estén bajo la protección de funcionarios del gobierno, especifica el compromiso de tomar medidas eficaces legislativas, administrativas, judiciales o de otro tipo para evitar los actos de tortura (Artículo 2); establece que se asegure que todos los actos de tortura sean considerados delitos bajo su ley penal y que se sancione con penas adecuadas que reflejen su grave naturaleza a quienes los cometan y, promueve que se tomen medidas para evitarlos (Artículo 4).

Los *Principios de Siracusa sobre las Disposiciones de Limitación y Suspensión del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*,¹⁴ plantea que algunos derechos humanos no admiten restricciones bajo ninguna circunstancia, como la prohibición de la esclavitud y de la tortura, así como la libertad de pensamiento, conciencia y religión. Sin embargo, las denominadas cláusulas de limitación y suspensión de derechos que existen en la mayoría de los instrumentos de derechos humanos reconocen la necesidad de restringirlos en ciertas circunstancias en el campo de la salud mental, ante cuadros clínicos que hacen necesaria la aplicación de estas restricciones o limitaciones. Estos principios establecen que los criterios deben cumplirse y que las restricciones correspondientes deben ser limitadas en el tiempo y estar sujetas a revisión.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad¹⁵ es considerada como el primer tratado exhaustivo en materia de derechos humanos del siglo XXI, con una dimensión explícita de desarrollo social y económico que reafirma que todas las personas con discapacidad deben gozar de todos los DDHH y libertades fundamentales, precisa y califica cómo éstos pueden ser aplicables a las personas con discapacidad; además, identifica ámbitos en los que se han hecho adaptaciones para que las personas con discapacidad ejerzan eficazmente sus derechos, ámbitos en los que sus derechos han sido violados y ámbitos en los que debe reforzarse la protección de sus derechos humanos y libertades fundamentales.

Instrumentos vinculantes interamericanos

329

La Convención Americana sobre Derechos Humanos¹⁶ y el Reglamento de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos¹⁷ son instrumentos que cubren una variedad de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. Éstos establecen los mecanismos de protección y monitoreo existentes en el contexto de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

La Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura¹⁸ establece que los Estados parte deben asegurarse de que todos los actos de tortura e intentos por cometerla se consideren delitos según la ley penal y que se sancionen con penas severas (Artículo 6); que se tomen medidas para capacitar a los funcionarios públicos responsables de la custodia temporal o permanente de las personas privadas de su libertad, y que se enfatice, en especial, la prohibición de la tortura (Artículo 7). Estas disposiciones afectan directamente la protección de la salud física y mental y otros derechos y libertades fundamentales de los individuos, en particular, de aquellos privados de su libertad en instituciones públicas, incluidos hospitales psiquiátricos, reclusorios o instituciones de otra índole.

El Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en el área de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador)¹⁹ cubre los derechos de las personas con trastorno y/o discapacidad mental (Artículo 18). Los Estados se comprometen a establecer programas para proporcionar los recursos y el entorno necesario para lograr el máximo desarrollo posible de su personalidad y a otorgar capacitación a sus familiares.

Otros instrumentos vinculantes importantes son la *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer* y la *Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad*.

Estándares técnicos internacionales

La *Declaración sobre los derechos del retrasado mental*,²⁰ aunque data de hace más de 40 años y emplea el término en desuso de “retrasado mental”, fue de los primeros documentos en determinar que las personas con discapacidad intelectual tienen los mismos derechos humanos que cualquier persona y que dichos derechos no pueden ser restringidos de manera arbitraria.

La *Declaración sobre los derechos de las personas con discapacidad*²¹ define por primera vez el término “discapacidad” y aborda varios derechos sociales, civiles, económicos y políticos.

La *Declaración de los principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental*²² es considerada uno de los estándares internacionales más completos y detallados para proteger a las personas con trastorno mental y/o discapacidad mental, porque proporciona las directrices para establecer y evaluar los sistemas nacionales de salud mental, además de que es una guía para interpretar las normas generales de derechos humanos en el contexto de la salud mental. También ha sido útil como modelo para formular la legislación, revisar y formular las políticas públicas y reestructurar la organización de los servicios de salud mental. Estos principios establecen que las personas con trastornos mentales gozan de todos los derechos y libertades fundamentales contempladas en las convenciones generales de derechos humanos, destaca el respeto a la dignidad humana y los derechos a la atención médica, a la igualdad de protección ante la ley, a recibir cuidados en la comunidad, a otorgar consentimiento informado antes de recibir cualquier tratamiento, a la privacidad e intimidad; a la libertad de comunicación, a la libertad de religión, a la admisión voluntaria y a las garantías judiciales.

Las *Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para personas con discapacidad*²³ hacen énfasis en la implementación de los derechos básicos y libertades fundamentales como la par-

ticipación significativa de las personas con discapacidad mental y sus organizaciones, en la redacción de una nueva legislación sobre asuntos que los afectan y, en la planificación, el diseño, la implementación y la evaluación de programas de servicios de apoyo y supervisión.

Otros instrumentos importantes son las observaciones generales 5 y 14 del Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1994 y 2000, respectivamente.

Estándares técnicos interamericanos

La *Declaración de Caracas*²⁴ establece que la reestructuración de los servicios psiquiátricos debe ligarse a la atención primaria a la salud y al contexto de los sistemas locales de salud, que promueva modelos comunitarios; que los recursos, el cuidado y el tratamiento provistos deban salvaguardar la dignidad humana y los derechos humanos. Además, que la capacitación del personal en salud mental y psiquiatría debe hacerse hacia un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y propicia el internamiento psiquiátrico en los hospitales generales, y que las organizaciones sociales deben hacer el monitoreo y defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales.

En los *Principios de Brasilia*²⁵ se advierte que los servicios de salud mental deben afrontar nuevos desafíos técnicos y culturales que se han hecho más evidentes en los últimos quince años, tales como la vulnerabilidad psicosocial, el aumento de la morbilidad y de la problemática psicosocial de la niñez y la adolescencia, y el aumento creciente de las diferentes modalidades de violencia. Por ello, resuelve aunar esfuerzos para gestionar una Reunión Regional de Ministros de Salud que tenga como objetivo la formulación de un Plan de Acción Regional, OPS-OMS.

El *Consenso de Panamá*²⁶ observó que, si bien en las dos últimas décadas se han presentado muchos avances en los países, aún persisten serias limitaciones en la implementación efectiva de derechos humanos. Los participantes llaman a impulsar la implementación de la Estrategia y del Plan de Acción sobre Salud Mental y a

²⁴La Declaración de Madrid; las Guías de la OMS para la promoción de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales; los Diez principios básicos sobre legislación de atención en salud mental; la Recomendación sobre la promoción y protección de los derechos de las personas con discapacidad mental; la Declaración de Montreal sobre la discapacidad intelectual; el Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación; la Resolución CD47.R1 de la OPS, la discapacidad; la Resolución CE146/21 de la OPS, la salud y los derechos humanos; y el Quality Rights Tool Kit: Assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities.

fortalecer el modelo de atención comunitaria en salud mental con el fin de erradicar el sistema manicomial.

Se cuenta con otros importantes estándares técnicos emitidos por la OPS/OMS,^b que por la extensión de este trabajo no es posible describir.

Instrumentos jurídicos nacionales

La *Ley general de salud*²⁷ establece las disposiciones sanitarias como de orden público, interés social y obligatorias para la federación, las entidades federativas y los municipios; reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4o. constitucional. Establece como finalidades, el derecho a la protección de la salud, el bienestar físico y mental del hombre para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades; define la salud mental como materia de salubridad general y como un servicio básico de salud y establece el compromiso de proteger, promover y restaurar la salud, por medio de los servicios de atención médica, salud pública y asistencia social, así como de garantizar la extensión de los servicios, en especial a los grupos vulnerables. Asimismo, determina que “la protección de la salud física y mental de los menores es una responsabilidad que comparten los padres, tutores o quienes ejerzan la patria potestad sobre ellos, el Estado y la sociedad en general” (Artículo 63).

El “Capítulo VII Salud Mental” de la ley, reformado en 2011 y 2013, establece que la atención de los trastornos mentales deberá brindarse con un enfoque comunitario con estricto respeto a los derechos humanos (Artículo 72); el fomento y apoyo de las acciones contra el estigma y la discriminación, la implementación estratégica y gradual de servicios de salud mental en establecimientos de la red de salud, la participación de observadores externos en derechos humanos (Artículo 73); los derechos humanos de las personas con enfermedad mental (Artículo 74 Bis); determina el internamiento como último recurso terapéutico, los criterios de internamiento involuntario y la obligación de notificar a la autoridad judicial (Artículo 75), entre otras disposiciones que lo actualizan conforme a los estándares internacionales en derechos humanos en materia de salud mental.

El *Reglamento de la ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención médica*²⁸ distingue los criterios para el ingreso voluntario, involuntario y obligatorio de pacientes y sanciona la falta de confidencialidad.

El *Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación en salud*²⁹ hace referencia a la capacidad mental y a la interdicción en caso del consentimiento informado para la participación en investigación científica.

La *Norma oficial mexicana NOM-025-ssa2-1994 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica*,³⁰ expedida desde hace 20 años, se centra en la regulación de la atención de los pacientes en hospitales psiquiátricos y clasifica la atención en intrahospitalaria y extrahospitalaria, dejando de lado la atención comunitaria; pero retoma algunos estándares interamericanos como el ingreso voluntario, involuntario y obligatorio, así como los derechos de los usuarios dentro de los hospitales psiquiátricos.

La *Ley general para la inclusión de las personas con discapacidad*,³¹ como parte de los compromisos de la Convención Internacional de las Personas con Discapacidad, establece la obligación del Estado para promover, proteger y asegurar los derechos humanos de las personas con discapacidad; define a la discapacidad y los principios del ordenamiento, y establece una serie de derechos específicos relativos a salud y asistencia social, trabajo y empleo, educación, accesibilidad y vivienda, transporte público y comunicaciones, desarrollo social, deporte, recreación, cultura y turismo; acceso a la justicia y a la libertad de expresión, de opinión y de acceso a la información.

El *Código civil federal*³² reconoce que la capacidad jurídica es igual para el hombre y la mujer, y distingue entre la capacidad de goce o titular de derechos y la capacidad de ejercicio de derechos o de toma de decisión de las personas. En este instrumento se determinan las restricciones de dicha personalidad jurídica tales como el estado de interdicción, la incapacidad sin menoscabo a la dignidad humana; así como la designación de tutor y curador (Artículos 22, 23, 267, 452-458, 466-469, 487-491 y 618). En consecuencia, una persona con un trastorno mental puede ver comprometida su capacidad de ejercicio por sí misma, no así, si la ejerce por medio de un representante.

El *Código penal de la federación*³³ determina los pasos a seguir en casos de personas con trastorno mental involucrados en la comisión de un delito y protege a las víctimas contra posibles delitos que atenten contra su salud mental. Excluye del delito a las personas que no tengan la capacidad de comprender el carácter ilícito del acto cometido o de conducirse de acuerdo con esa comprensión, en

virtud de padecer un trastorno mental o problema del desarrollo intelectual (Artículo 15). Prohíbe emplear a personas menores de edad o que no tienen la capacidad para comprender el significado del hecho, en lugares en donde se afecte de forma negativa su sano desarrollo físico, mental o emocional (Artículo 201 Bis). Establece un capítulo especial relativo a la provocación de un delito y apología de éste que atente contra el libre desarrollo de la personalidad, la dignidad humana o la integridad física o mental (Artículo 291, 292).

El *Código federal de procedimientos penales*,³⁴ aunque utiliza términos peyorativos para los inimputables como “loco, idiota, imbécil...”; establece un procedimiento especial para esta condición; y especifica que ante un motivo fundado, el tribunal ordenará provisionalmente la “reclusión del culpable en manicomio...” (Artículo 1, Fracción VII; Artículo 495-498).

Otras disposiciones legales relacionadas con los enfermos mentales son la *Ley federal para prevenir y eliminar la discriminación*, 2004; *Ley de asistencia social*, 2003 y la *Ley del seguro social*, 1995.

334

Conclusiones y recomendaciones

Las personas con trastornos mentales son un grupo en estado de vulnerabilidad, principalmente porque puede estar afectada su capacidad para ejercer sus derechos o autodeterminación. Por eso en México, con las reformas tanto de la constitución como de la *Ley general de salud* y la *Ley general de inclusión de las personas con discapacidad* impactan de manera significativa en la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad, al retomar la esencia de los estándares internacionales e interamericanos en la materia. En especial el paradigma en la interpretación constitucional, de favorecer en todo momento a las personas la protección más amplia.

Sin embargo, es recomendable continuar con la armonización de esos estándares en derechos humanos en los reglamentos de la *Ley general de salud* y en la NOM-025, que permita una mayor especificación en la regulación de la salud mental y discapacidad; asimismo, en las disposiciones aplicables en materia civil y penal, con el fin de actualizar y homologar los términos y principios correspondientes. Con ello, se favorecería un cambio del modelo médico a un

modelo social en la atención psiquiátrica y se evitaría la *discriminación de jure* o la *estigmatización* contra las personas con trastornos mentales sin discapacidad, por el simple hecho de padecer o haber padecido este tipo de enfermedades.³⁵

Asimismo, es importante realizar campañas de educación al público y de capacitación al personal de salud en materia de derechos humanos y libertades fundamentales, salud mental y discapacidad.

Bibliografía

1. Barrére MA. Problemas del derecho antidiscriminatorio: subordinación versus discriminación y acción positiva versus igualdad. Revista Vasca de Administración Pública, núm. 60, mayo-agosto, 2011. pp. 145-166.
2. Goffman, E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. Prentice-Hall. Englewood Cliffs, New Jersey, 1961
3. Leete, E. How I Perceive and Manage my Illness. Schizophrenia Bulletin. 1989; 15: 197.
4. Markowitz, FE. The Effects of Stigma on the Psychological Well-Being and Life Satisfaction of Persons with Mental Illness. Journal of Health and Social Behavior. 1998; 39(4): 335-347.
5. Castilla M. El derecho a la no discriminación de las personas con trastorno mental. Tesis de Maestría. FLACSO. ciudad de México, México, 2011.
6. Organización Mundial de la Salud. Manual de recursos de la OMS sobre Salud Mental: Derechos Humanos y Legislación. OMS. Ginebra, Suiza, 2006.
7. México. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México. DOF: 5 de febrero de 1917. ciudad de México, México, 1917.
8. Organización de las Naciones Unidas. Declaración universal de los derechos humanos. ONU, Nueva York, EEUU, 1945.
9. Organización de las Naciones Unidas. Pacto internacional de los derechos civiles y políticos. ONU, Nueva York, EEUU, 1966.
10. Organización de las Naciones Unidas. Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales. ONU, Nueva York, EEUU, 1966.
11. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. ONU, Nueva York, EEUU, 1979.
12. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los derechos del niño. ONU, Nueva York, EEUU, 1989.
13. Organización de las Naciones Unidas. La Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. ONU, Nueva York, EEUU, 1984.

335

14. Organización de las Naciones Unidas. Principios de Siracusa sobre las disposiciones de limitación y suspensión del Pacto internacional de derechos civiles y políticos. ONU, Ginebra, Suiza, 1984.
15. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. ONU, Nueva York, EEUU, 2006.
16. Organización de los Estados Americanos. Convención Americana sobre Derechos Humanos. OEA, San José de Costa Rica, Costa Rica, 1978.
17. Organización de los Estados Americanos. Reglamento de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. OEA, Washington D.C., EEUU, 2000.
18. Organización de los Estados Americanos. Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura. OEA, Cartagena de Indias, Colombia, 1985.
19. Organización de los Estados Americanos. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en el área de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador). OEA, El Salvador, San Salvador, 1988.
20. Organización de las Naciones Unidas. Declaración sobre los derechos del retrasado mental. ONU, Ginebra, Suiza, 1971.
21. Organización de las Naciones Unidas. Declaración sobre los derechos de las personas con discapacidad. ONU, Ginebra, Suiza, 1975.
22. Organización de las Naciones Unidas. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. ONU, Ginebra, Suiza, 1991.
23. Organización de las Naciones Unidas. Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para personas con discapacidad. ONU, Ginebra, Suiza, 1993.
24. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Caracas: Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina. OPS/OMS, Caracas, Venezuela, 1990.
25. Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. Principios de Brasilia rectores para el desarrollo de la atención en salud mental en las Américas. OPS/OMS, Brasil 2005.
26. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Consenso de Panamá Conferencia Regional de Salud mental. Ciudad de Panamá, Panamá. 2010.
27. México. Ley general de salud. ciudad de México, México, 1984
28. México. Reglamento de la Ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Ciudad de México, México, 1983.
29. México. Reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación en salud. Ciudad de México, México, 1984.
30. México. Norma oficial mexicana NOM-025-SSA2-1994 para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médica-psiquiátrica. Ciudad de México, México, 1994.

31. México. Ley general para la inclusión de las personas con discapacidad. Ciudad de México, México, 2011.
32. México. Código civil federal. Ciudad de México, México, 1928.
33. México. Código penal de la federación. Ciudad de México, México, 1931.
34. México. Código federal de procedimientos penales. Ciudad de México, México, 1934.
35. Organización Mundial de la Salud. La importancia de los derechos humanos consagrados internacionalmente en la legislación nacional sobre salud mental. OMS, Ginebra, Suiza, 2004.

LA ÉTICA EN PSIQUIATRÍA

Enrique Chávez León

26

339

La ética es una rama de la filosofía que, por medio de la comprensión y el análisis de la vida moral, establece lo que en la experiencia humana sería lo bueno y lo correcto. La ética, a diferencia de la filosofía, incluye no sólo al razonamiento, sino todo lo vital (sentimientos, experiencias y acciones). En la salud mental, la ética ha permitido desarrollar principios y enfoques que guían la práctica clínica con un fin: cumplir con las responsabilidades que se tienen con el paciente, la comunidad y la sociedad (Roberts y Dyer, 2004).

La ética normativa tiene por objeto contestar la pregunta ¿cuáles son las normas morales aceptadas para guiar y evaluar los comportamientos? Las teorías éticas buscan identificar y sustentar esas normas y las denomina *principios éticos*. La ética práctica o ética aplicada, emplea esos conceptos y normas para resolver problemas en particular; usa las normas y otras fuentes morales en la deliberación acerca de los problemas, prácticas y políticas en la medicina, sus instituciones y de las políticas públicas (Beauchamp y Childress, 2013).

Los conceptos morales aceptados por individuos, grupos y culturas se tornan válidos universalmente. No matar, no producir dolor ni sufrimiento, evitar hacer el mal o dañar, ayudar a la persona en peligro, decir la verdad, cuidar del necesitado, cumplir las promesas, no robar, no condenar a un inocente y obedecer las leyes justas son reglas que emanan de la moralidad natural universal.

La ética médica consiste en un sistema de principios morales universales, con los que se valora y juzga la práctica de la medicina; esos principios no se encuentran a debate. El debate surge cuando se hace necesario determinar su significado preciso, objetivo, peso y fuerza en función a casos específicos moralmente difíciles.

Además de la dirección moral para los profesionales e investigadores de la medicina, están las regulaciones y guías establecidas en las leyes y normas legales.

La ética psiquiátrica tiene por objetivo la aplicación de reglas morales al campo y la práctica de la salud mental. Para su abordaje, se revisarán primero, los códigos de ética que sustentan la práctica clínica de la psiquiatría, y posteriormente los aspectos éticos del diagnóstico y el tratamiento que pueden dar lugar a dilemas éticos. La solución de los dilemas éticos, en el campo del diagnóstico y el tratamiento de la depresión y otros trastornos mentales requiere deliberación, la cual debe tener como base un marco teórico moral que permita la toma de decisiones (Bloch y Green, 2012).

340

Códigos de ética

El desarrollo de los códigos de ética en la historia de la medicina refleja el papel que ésta tiene en la promoción de una práctica clínica sana. Algunos códigos, aunque surgidos como respuesta directa al colapso de los estándares profesionales –el *Código de Nüremberg* surgió a raíz de los crímenes nazis–, tienen funciones y efectos muy positivos.

Una de las principales funciones de los códigos éticos es buscar la cohesión de la profesión. La profesión sólo puede funcionar de manera efectiva si está cohesionada y actúa en forma colegiada; un código que establezca las obligaciones de los miembros con sus pares contribuye substancialmente con el logro del objetivo. La mayoría de los códigos de ética han enfatizado la tradición médica de compromiso y dedicación a la sociedad.

Otra función importante de los códigos éticos es facilitar que los estándares de la práctica se mantengan altos. Las profesiones se caracterizan en parte, por un cuerpo especializado de conocimientos y habilidades, que se ofrecen a los pacientes.

Puede argumentarse que es innecesario un código ético prescriptivo, ya que la propia disciplina y las creencias e ideales (el *ethos*) compartidas deberían mantener los estándares de la práctica (Bloch y Green, 2012).

Códigos en psiquiatría

En 1997, la Asociación Psiquiátrica Mundial suscribió la *Declaración de Hawái* buscando contrarrestar el uso político que se hizo

de la psiquiatría en algunos países, en la década de los setenta del siglo XX; esta declaración fue actualizada en 1983, en Viena (WPA *Declaración de Hawái*, 1977). Posteriormente, en 1996, suscribió la *Declaración de Madrid* (WPA, 1996), cuya forma final (2002) incluyó siete estándares éticos o guías generales de la práctica universal de la psiquiatría. En ella establece los siguientes puntos relativos al quehacer del psiquiatra.

- 1. Proporcionará la mejor terapéutica existente, basada en el conocimiento científico y en los principios éticos, restringiendo lo menos posible la libertad del paciente, buscando apoyo en aquellas áreas de trabajo en las que no es experto, y consciente de la necesidad de una distribución equitativa de los recursos de salud*
- 2. Deberá mantenerse actualizado en los avances científicos de la psiquiatría y transmitirlos; cuando es investigador, ampliará sus fronteras*
- 3. Deberá considerar que el paciente tiene derecho a participar en el establecimiento del tratamiento, y la relación terapéutica basarse en la confianza mutua; deberá respetar la decisión libre e informada del paciente, basada en la información proporcionada, de acuerdo con sus valores y preferencias*
- 4. En casos de pacientes incapacitados o incompetentes, deberá consultar a los familiares y para salvaguardar su dignidad humana y derechos legales, buscar consejo legal. No deberá dar tratamiento involuntario, excepto cuando la vida del paciente o de otros esté en riesgo; el tratamiento debe ser en el mejor interés del paciente*
- 5. Deberá, antes de realizar una evaluación solicitada por terceros, informar y aconsejar acerca del propósito de este procedimiento, el uso que se le dará a la información y sus posibles repercusiones*
- 6. Deberá mantener confidencial la información del paciente y utilizarla sólo para mejorar la salud mental de éste, excepto si la ley requiriera lo contrario o si existe riesgo grave para el propio paciente u otra persona*
- 7. Cuando realice investigación, deberá seguir las normas nacionales e internacionales, y pondrá énfasis en la capacidad de decisión de los participantes, salvaguardando tanto su autonomía, como su integridad física y mental*

La Asociación Psiquiátrica Mundial también ha establecido guías para situaciones específicas: eutanasia, tortura, pena de muerte, selección de sexo, trasplante de órganos, uso de los medios de comunicación, discriminación por cuestiones étnicas, investigación y consejo genético, psicoterapia, relación con la industria farmacéu-

tica y con las aseguradoras, violación de los límites de la relación terapéutica, protección de los derechos del psiquiatra, comunicación al paciente del diagnóstico de enfermedad de Alzheimer u otra demencia, legislación en conjunto con pacientes y cuidadores, conflictos relacionados con el ámbito forense, cobro de seguros o aspectos laborales, políticas y práctica clínica relevante para pacientes con trastornos mentales (WPA, 1996).

La Asociación Psiquiátrica Mexicana, fundada en 1966, ha suscrito dos códigos deontológicos (vocablo proveniente del griego *deón*, deber, y *logos*, tratado); el primero fue formulado en 1996, el segundo, en 2005. El *Código deontológico* de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, A. C. contiene nueve capítulos en los que aborda: las responsabilidades del psiquiatra, la relación médico-paciente, la confidencialidad, el consentimiento informado, la investigación, la educación médica continua, la relación profesional, la relación con proveedores de servicios y el cumplimiento de la ley.

Este código deontológico establece lineamientos de conducta ética en los diferentes escenarios de la práctica psiquiátrica, está basado en los aspectos humanistas y principios éticos de la práctica médica, incluye aspectos del uso de nuevas tecnologías, la investigación y la relación del médico con la industria farmacéutica y también los Derechos de Médicos y Pacientes (APM, 2005).

Tanto las propuestas de comportamiento ético de la Asociación Psiquiátrica Mundial, las de la Asociación Psiquiátrica Mexicana y también las de la American Psychiatric Association constituyen códigos deontológicos.

Los principios, reglas, obligaciones y derechos no son estándares rígidos ni absolutos. Todas las normas morales generales pueden, en algunas circunstancias, ser justificadamente relegadas por otras normas con las que entran en conflicto. En los casos de conflictos morales o éticos debe buscarse que las acciones sean más buenas y menos malas, esto es, considerando y decidiendo con base en el peso de las obligaciones *prima facie* en conflicto; al final se decide considerando todos los valores, derechos y obligaciones en juego.

Las obligaciones y los derechos deben cumplirse y respetarse. Sin embargo, existen casos en que existen otras obligaciones morales o derechos que son más importantes en circunstancias particulares. Aunque las acciones sean *prima facie* malas, esto es, se consideran malas en sí mismas, el acto puede justificarse con base en normas más apropiadas para la circunstancia. Obligar a que los niños sean vacunados aún en contra de su voluntad o la de sus pa-

dres, o aislar a un paciente enfermo para evitar que contagie a otros, poniéndolo en cuarentena, son ejemplos de tales casos (Beauchamp y Childress, 2013).

Una obligación *prima facie* debe cumplirse a menos que entre en conflicto con otra obligación igual o más fuerte que ella; un derecho *prima facie* debe prevalecer a menos que entre en conflicto con otro igual o más fuerte.

Algunas acciones pueden considerarse como malas *pro tanto*, malas en cierto grado o malas a menos que exista una justificación poderosa para llevarlas a cabo.

Los principios éticos emanados del ámbito de la investigación científica se han aplicado en el quehacer profesional del médico; un ejemplo de ello es el *Código de Nüremberg*, surgido tras los abusos cometidos contra seres humanos, en experimentos durante la II Guerra Mundial, y más recientemente el *Informe Belmont*.

El *Informe Belmont*, emitido por la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento, de Estados Unidos de América, estableció cuatro principios, o normas generales prescriptivas, relevantes para la investigación y también para la práctica médica. Dado que las reglas difícilmente son aplicables en todas las situaciones, son indispensables principios éticos más generales para constituir la base sobre las cuales formular reglas específicas (Casado, 2004). Los cuatro principios, comprensivos, formulados para ser comprendidos por científicos, clínicos e incluso ciudadanos relacionados con los temas éticos son: *el respeto a la persona (autonomía), beneficencia, no maleficencia y justicia*.

Estos principios, aunque no pueden resolver en su totalidad los problemas éticos, sí proveen de un marco de referencia para la ética médica. Cuando estos principios se establecen de manera clara y se utilizan como guías, se reduce la indefinición de las normas abstractas y permiten generar reglas que guían la conducta médica (Casado, 2004).

1. Respeto a la persona. El respeto a la persona incluye dos principios éticos: a) Todos los pacientes deben ser tratados como entes autónomos, esto es, capaces de decidir por sí mismos, y b) todos los pacientes cuya autonomía está disminuida tienen derecho a ser protegidos. Entonces, el principio de respeto a la persona incluye dos principios distintos: a) reconocer la autonomía y b) proteger a aquellos que no la tienen.

La persona autónoma tiene la capacidad de deliberar sobre intereses y fines personales, actuando acorde con ella respetar la

autonomía significa valorar el criterio razonado manifestado por la persona, no privarle de la información necesaria que requiere para formar un juicio y abstenerse de obstaculizar sus acciones a menos que sean perjudiciales para los demás. La autonomía madura a lo largo de la vida y en algunos casos disminuye o se pierde el poder de la autodeterminación. Respetar la autonomía incluye proteger a los que no han llegado a la madurez, a los que han perdido la capacidad de deliberar de manera apropiada y a los que debido a su circunstancia se tornen en poblaciones vulnerables; la protección debe darse ante el riesgo de sufrir algún daño y también cuando ello represente un beneficio (Casado, 2004).

2. Beneficencia. El término beneficencia no se remite a actos de bondad y de caridad, sino a la obligación de asegurar el bienestar de la persona, maximizando los beneficios posibles.

344

3. No maleficencia. En el juramento hipocrático se encuentra la máxima *ante todo no dañar*, un principio fundamental de la ética médica. Beneficencia y no maleficencia pueden estar en conflicto: buscar cierto beneficio implica asumir ciertos riesgos o efectos, o bien, tener que renunciar al beneficio en función de los riesgos que lo sobrepasan.

4. Justicia. El principio de justicia implica la equidad en la distribución. Se actúa con justicia cuando se otorga un beneficio a la persona que tiene derecho al mismo, cuando se evita una carga indebida o se hace una justa distribución de los beneficios y las cargas. De acuerdo con este principio, a cada persona debe corresponderle una parte proporcional, según sus necesidades individuales, según los esfuerzos que ha realizado, de acuerdo con su contribución para el grupo social, o bien, según su mérito. Actuar en forma injusta sería brindar atención médica de menor calidad, o aportar menos recursos económicos para la atención de personas pobres, pertenecientes a minorías étnicas o a los que padecen un trastorno mental (Casado, 2004).

Estos cuatro principios generales de conducta tienen aplicación tanto en los aspectos diagnósticos, como en los de tratamiento.

El diagnóstico en psiquiatría

El diagnóstico de un trastorno mental debe ser clínicamente útil, permitir al médico y al especialista determinar pronóstico, plan de tratamiento y posible evolución de la persona enferma (American Psychiatric Association, 2013, p. 5).

La Asociación Psiquiátrica Americana publicó en 1980 el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, DSM-III, por sus siglas en inglés (American Psychiatric Association, 1983). En ese manual se describieron por primera vez los criterios clínicos que permitían establecer en forma confiable y válida el diagnóstico de los trastornos mentales. Posteriormente, en 1992, la Organización Mundial de la Salud, incluyó en la décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, también descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento (Organización Mundial de la Salud, 1992). A partir de la aparición de estas clasificaciones y sus subsecuentes revisiones, el diagnóstico de los trastornos mentales ha pasado del “subjetivismo razonado” a una forma objetiva de establecer el diagnóstico, basándose en características clínicas explícitas determinadas.

Aunque el concepto de enfermedad mental sigue siendo motivo de debate, más de tipo sociológico que científico, la American Psychiatric Association, en la nueva edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, DSM V (American Psychiatric Association, 2013), define el concepto de enfermedad mental y describe también lo que no debe ser considerado un trastorno mental.

“Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa en la cognición, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, debido al mal funcionamiento de procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo, base del funcionamiento mental [...] que habitualmente se acompaña de malestar o limitación significativos en las actividades sociales y laborales o en otras áreas importantes de funcionamiento.”

(American Psychiatric Association, 2013, p.4)

La respuesta esperable y culturalmente aceptada ante un estrésor o pérdida, como el caso del duelo, el comportamiento social “diferente” desde el punto de vista político, religioso o sexual y todos aquellos conflictos entre el individuo y la sociedad, no son trastornos mentales (American Psychiatric Association, 2014, pp. 4-5).

Los criterios diagnósticos de los trastornos mentales se establecen utilizando la siguiente evidencia que se enumera a continuación.

- 1) Marcadores genéticos, características familiares, temperamento y eventos ambientales (validados precedentes)
- 2) Los sustratos cerebrales, biomarcadores, procesamiento emocional y cognitivo y los síntomas clínicos (validadores concurrentes)

345

3) El curso clínico y la respuesta a tratamiento (validadores predictivos) (American Psychiatric Association, 2013, p. 5).

Dentro de estos “validadores” no se contemplan normas sociales y casi siempre uno de los criterios para establecer el diagnóstico consiste en señalar que las manifestaciones del trastorno causan “malestar o limitación clínicamente significativos”.

El diagnóstico de un trastorno mental es trascendental para la persona, tanto para lograr su mejoría y recuperación, como en los posibles efectos adversos, principalmente el estigma, el prejuicio y la discriminación (menores oportunidades de trabajo, cobertura médica limitada) a los que puede dar lugar. Un caso extremo, muy significativo, fue la exterminación de los pacientes con trastornos mentales durante el régimen nazi en Alemania.

346

El tratamiento en psiquiatría

La evaluación y el tratamiento en psiquiatría requieren el establecimiento de la relación médico-paciente y del consentimiento informado. La mayoría de los pacientes con trastornos mentales, poseen, como cualquier persona, la capacidad de comprender y valorar las opciones de tratamiento, expresar su acuerdo o desacuerdo y de entender que el paciente y el psiquiatra trabajan con el mismo fin, su propio bien. Deben estar presentes los dos ingredientes fundamentales para el consentimiento informado: la capacidad de decisión, lo que para las leyes es la competencia, y la expresión libre de su voluntad (voluntariedad).

Para que la persona pueda valorar la información recibida y tomar una decisión con respecto a su tratamiento, debe tener la facultad de apreciar las implicaciones y consecuencias de sus acciones y decisiones, esto es la capacidad de decidir. Voluntarismo se refiere a que la persona al dar su consentimiento está libre de toda coerción (Bloch y Green, 2012).

En el caso del paciente con trastorno mental puede estar comprometida la capacidad de decisión lo que dificulta el proceso del consentimiento informado y genera un conflicto ético: ¿Debe imponerse el tratamiento en bien del paciente, aunque él no lo acepte? Existe el derecho a recibir tratamiento y también el derecho a rehusar el tratamiento y la posibilidad del tratamiento involuntario. La diferencia entre estos conceptos se explica en seguida.

- **Derecho al tratamiento.** El derecho a recibir tratamiento consiste en la oportunidad de recibir una intervención terapéutica con el fin de mejorar o curar su enfermedad mental
- **Derecho a recibir un tratamiento efectivo.** El paciente debe recibir el tratamiento para el que existe evidencia científica en cuanto a su utilidad, o bien, buscar una segunda opinión en caso de que no exista mejoría de sus síntomas. De ahí la importancia de la práctica de la medicina basada en la evidencia.
- **El derecho a negarse a recibir tratamiento.** Cuando la persona con un trastorno mental tiene la capacidad para tomar decisiones, prima facie, debe respetarse esa decisión. Sin embargo, si el paciente tiene riesgo de sufrir daño o poner en peligro su vida, o bien, dañar o poner en riesgo la integridad física o la vida de otras personas, es necesario establecer el tratamiento en forma involuntaria.
- **Tratamiento involuntario.** Las personas con trastornos mentales habitualmente conservan la capacidad para evaluar y tomar una decisión apropiada con respecto a su tratamiento, buscando recuperar la salud; incluso cuando puede mostrar disminuida su capacidad de decisión, acceden de buen grado a hospitalizarse y llevar su tratamiento. En ocasiones el efecto de la enfermedad mental merma de tal manera su capacidad de decisión y su autonomía que no puede evaluar las consecuencias que tendrá no recibir tratamiento apropiado.

Estos aspectos de tratamiento involucran los cuatro principios generales –autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia– y es el consentimiento informado el proceso fundamental y necesario para el diagnóstico y tratamiento de la persona con una enfermedad mental.

Consentimiento informado

El respeto a la autonomía de la persona requiere que se le dé la oportunidad de escoger si se lleva o no a cabo el procedimiento diagnóstico o terapéutico, estando consciente de las consecuencias de su negativa y de los alcances, limitaciones y efectos colaterales del tratamiento.

El consentimiento informado en la práctica clínica, es una doctrina filosófica y legal y un proceso, que requiere la comprensión y la libre decisión acerca de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, con base en los valores y concepciones de la persona, con respecto al cuidado de su propia salud. Sea cual sea la circunstancia, el concep-

to de consentimiento informado en la actividad clínica tiene como único propósito, la promoción de la salud y el alivio del sufrimiento del paciente. El médico tiene como objetivo fundamental la salud, el bienestar y el mejor interés del paciente; respeta los valores de la persona enferma y se guía por la compasión, la sinceridad y la honestidad (Roberts y Dyer, 2004, pp. 51-52).

El proceso del consentimiento informado consta de cuatro elementos: *información, comprensión, voluntarismo y capacidad de comunicación* (Casado, 2004; Roberts y Dyer, 2004). La información incluye conceptos como la naturaleza de la enfermedad, los riesgos y beneficios anticipados de los procedimientos propuestos, así como sus posibles alternativas, incluyendo la no intervención; la capacidad de decisión, incluye la capacidad de comunicación, comprensión y trabajo lógico con la información, así como apreciar la trascendencia de la decisión en función al contexto de la vida de la persona; el voluntarismo involucra ideales filosóficos como libertad, independencia y autonomía (Roberts, 2002).

Información

Proporcionar la información con respecto al diagnóstico, las alternativas terapéuticas y el tratamiento más apropiado, constituye uno de los elementos centrales del proceso de consentimiento informado.

El médico debe dar al paciente información apropiada y balanceada acerca de su diagnóstico y de los riesgos y beneficios del tratamiento que pueden anticiparse, así como de la posible evolución. La información con respecto al tratamiento no sólo debe consistir aquel que el médico considere el más apropiado, sino las posibles alternativas o tratamientos adicionales, e incluso las consecuencias de no llevar ninguno.

En el caso de la depresión mayor no complicada, la información debería consistir en hacer del conocimiento del paciente, las variables más importantes relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento.

Acerca del diagnóstico de depresión mayor, el médico debe comunicarle al paciente lo siguiente: a) La depresión es una enfermedad, debida a la interacción entre la predisposición genética y los eventos ambientales, no sólo un estado emocional momentáneo; b) la duración de los episodios es de varios meses y en ocasiones puede durar más de dos años; c) los pacientes con frecuencia van a presentar varios episodios a lo largo de la vida; d) la importancia del tratamiento para hacer que todos los síntomas depresivos desaparezcan.

En cuanto al tratamiento, el médico debe hacerle saber al paciente: a) los procedimientos terapéuticos más apropiados; b) la

utilidad del tratamiento con antidepresivos; c) el tiempo en que se presentará una mejoría clínica visible; d) los efectos secundarios; d) el uso de la psicoterapia como un elemento adicional que podría beneficiarle, y e) el riesgo de la depresión se haga crónica, se torne más difícil de manejar posteriormente y llegue a ocasionar complicaciones en su funcionamiento social laboral, familiar.

En el caso de la depresión mayor grave o complicada (con ideación suicida grave o síntomas psicóticos), el médico debe dar al paciente la información con respecto al padecimiento e informarle sobre la necesidad y utilidad de la hospitalización para llevar a cabo su tratamiento.

Es necesario considerar que la información se dará continuamente, pues el proceso del consentimiento informado es dinámico. La información se hace necesaria conforme avanza el tratamiento y, claro, en caso de alguna situación imprevista que lo amerite.

349

¿Cuánta información es apropiado dar al paciente? El médico debe “revelar” aquella información que cualquier persona razonable necesitaría conocer para poder escoger una opción para recuperar la salud. La respuesta es: la información suficiente para que el paciente pueda sopesar las alternativas de tratamiento, incluyendo el no recibir ninguno, y ello le permita decidir de manera apropiada con respecto al cuidado de su salud.

La valoración riesgo-beneficio necesita un examen cuidadoso de los datos relevantes (Casado, 2004). Así, la valoración implica sopesar si los resultados o beneficios del tratamiento, decidido en conjunto por el médico y el paciente, son mayores que los efectos colaterales o riesgos a los que este último se expondrá. El tratamiento está justificado si la valoración por medio de un análisis sistemático del riesgo/beneficio es favorable. De ahí la importancia de que el médico le dé al paciente la información apropiada y suficiente para que, con base en sus valores personales y concepto de lo que es cuidar apropiadamente de su salud y bienestar, el paciente tenga el cúmulo suficiente de conocimientos sobre su padecimiento y el tratamiento que resulte más beneficioso y que le permita recuperar la salud.

Capacidad de decisión

La capacidad de decisión requiere una evaluación clínica de las capacidades cognitivas globales y específicas de la persona para una situación específica. Desde el punto de vista clínico, la denominación es esa, capacidad de decisión, y la define el médico. En cambio,

desde el punto de vista legal, la denominación más apropiada es competencia, y la define el juez (Roberts y Dyer, 2004).

La capacidad de decisión debe examinarse tomando en consideración al menos los siguientes factores: a) el tipo de decisión que se va a tomar; b) el funcionamiento constante, emergente o fluctuante del individuo; c) la naturaleza y gravedad de los síntomas del trastorno mental, y d) sus experiencias previas, valores personales, defensas psicológicas y estilo de afrontamiento (Roberts y Dyer, 2004).

Aunque el paciente padezca un trastorno mental severo y los síntomas del trastorno mental sean graves no se puede concluir, sin hacer una evaluación, que el paciente no tiene capacidad de decisión.

La capacidad de decisión debe considerarse como un *continuum* en donde se manifiestan distintas dimensiones: capacidad de comprensión, capacidad de razonar, capacidad de prever las consecuencias de su decisión y la capacidad de expresar su decisión.

a) **La capacidad de comprender.** La capacidad de comprensión consiste en tener la posibilidad de comprender la información relevante tanto de su enfermedad, como de los posibles tratamientos, sus beneficios y sus riesgos, y también de las posibles consecuencias de no aceptar la intervención terapéutica; cuando se evalúa esta parte de la capacidad de decisión, se le pide al paciente, describa o explique con sus propias palabras, la información que el médico le ha proporcionado.

b) **La capacidad de razonar.** Esta dimensión de la capacidad de decisión está dada por la capacidad de utilizar y evaluar la información de una manera objetiva; la capacidad de razonar consiste en la posibilidad del individuo para valorar, reflexionar y deliberar sobre la información acerca de su padecimiento y de las posibles alternativas de tratamiento. Habitualmente la persona razonable elige las alternativas terapéuticas que le darán mayor beneficio y también se inclinará por aquel tratamiento que represente menor riesgo y con menos efectos secundarios. Sin embargo, aunque la persona razona con respecto a las ventajas y desventajas, puede no tomar la mejor decisión, como ocurre en otras situaciones de la vida (Roberts y Dyer, 2004).

c) **La capacidad de prever las consecuencias de su decisión.** Esta dimensión depende principalmente de los aspectos psicológicos de su personalidad. Por ello, los trastornos mentales pueden interferir con la capacidad de la persona de interpretar la información. Las alteraciones cognitivas características de los trastornos depresivos,

toman primacía sobre la historia personal, los valores propios y la situación vital: los pacientes con depresión tienen una visión negativa de su propia persona (autoestima baja, sentimientos de inutilidad, culpa y desamparo) y expectativas negativas del mundo circundante (aislamiento) y del futuro (desesperanza e ideación suicida). Después de recibir tratamiento el paciente cambia de forma de pensar, desapareciendo la visión distorsionada producto de la misma depresión y no de la personalidad del paciente.

d) **La capacidad de expresar su decisión.** La capacidad de expresar su elección o de comunicarse está perdida en los trastornos mentales graves, donde existe desorganización del pensamiento, lenguaje incoherente, mutismo asociado con catatonía, como en la esquizofrenia; en los pacientes con depresión grave, también puede perderse cuando existe gran enlentecimiento psicomotor (Roberts y Dyer, 2004, pp. 54-55).

En este momento, la capacidad de decisión ha evolucionado de ser considerada una función global a una función específica relacionada con campos particulares de la toma de decisión. El diagnóstico de un trastorno mental, llámsese enfermedad de Alzheimer, esquizofrenia, trastorno bipolar o depresión, no implica que el paciente carezca de la capacidad de decisión. Por ello la capacidad de decisión debe evaluarse para cada decisión en particular: decidir sobre un tratamiento, ser hospitalizado, participar en proyectos de investigación o al expresar su voluntad anticipada (Candia y Barba, 2011).

En estudios ingleses y norteamericanos se observa que entre 30 y 50% de los pacientes hospitalizados, incluyendo aquellos con admisión voluntaria, carecen de capacidad de decisión, sobre todo los pacientes psicóticos, los que presentan sintomatología más grave, los internados en contra de su voluntad y los que se negaban a recibir tratamiento (Okai, Owen, McGuire, Singh, Churchill y Hotopf, 2007). Alrededor de 60% de los pacientes internados en un hospital psiquiátrico carecen de capacidad para tomar decisiones con respecto a su tratamiento, aunque la proporción varía de acuerdo con su diagnóstico: esquizofrenia, 81%; trastorno bipolar en fase maníaca y en fase depresiva, 97 y 25%, respectivamente; depresión mayor, 31%, y trastorno de la personalidad, 4% (Owen, Richardson, David, Szmukler, Hayward y Hotopf, 2008). Las cifras de incapacidad en pacientes esquizofrénicos habitualmente son menores. Aproximadamente 52% de los pacientes muestra alteraciones en la apreciación, comprensión y razonamiento (Appelbaum y Grisso, 1995; Grisso, Appelbaum, Mulvey y Fletcher, 1995). Los estudios de pacientes con depresión

mayor muestran que cuando ésta es leve o moderada, no tiene mayor efecto sobre las habilidades relacionadas con la capacidad de decisión, y sólo de 20 a 24% carece de la capacidad para tomar decisiones (Vollman, Bauer, Danker-Hopfe y Helmchen, 2003).

Voluntarismo

El ingrediente final del consentimiento informado es el voluntarismo: la capacidad de la persona de actuar de acuerdo con su propio concepto de lo bueno y lo malo, a la luz de su situación, valores y su historia personal, haciéndolo de manera libre y en ausencia de coerción. El voluntarismo representa en mucho a la autonomía, que aunque influida por una enfermedad y ante un tratamiento psiquiátrico no curativo, refleja el deseo genuino de la persona (Roberts y Dyer, 2004, pp. 57-58). La cuestión es si un paciente con una psicosis crónica que se encuentra hospitalizado en forma involuntaria o un paciente gravemente deprimido, podrían o no elegir con libertad participar en una decisión terapéutica (Roberts, 2002). El voluntarismo es un requisito fundamental en el proceso del consentimiento informado, pues encarna el respeto a la persona como ser humano, como un ser único con historia y valores personales y como agente moral con derechos fundamentales. El voluntarismo constituye la fuente de poder de la salvaguarda filosófica y legal del consentimiento informado. Su no existencia implicaría para el paciente un estado total de indefensión, independientemente de que recibieran la mejor información y tuvieran capacidad de decisión (Roberts, 2002).

Trastorno depresivo mayor y suicidio

La depresión o trastorno depresivo mayor es un padecimiento generalmente episódico y recidivante cuya complicación más grave es el suicidio. La depresión mayor grave se caracteriza por la presencia de la mayoría o todos los síntomas característicos de la depresión (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 127), o bien, la presencia de síntomas psicóticos o de intento suicida.

La conducta suicida puede ocurrir en cualquier momento durante el episodio depresivo mayor. El género masculino, el antecedente de intento suicida, ser soltero o vivir solo y experimentar alto grado de desesperanza, al igual que tener un trastorno de la personalidad límite constituyen factores de riesgo suicida (McInnis, Riba y Greden, 2014, p. 368).

De 60 a 70% de los pacientes suicidas sufría depresión importante; 15% de los pacientes con depresión intenta suicidarse y de 2 a 12% se suicida (Sudak, 2009).

Aspectos éticos

En situaciones de alto riesgo, el cuidado del paciente con una enfermedad mental hace necesario el uso ético del poder que tiene el médico, con el objetivo de buscar el bien y evitar o minimizar el daño que puede producirse el paciente. Las situaciones de alto riesgo incluyen: comportamientos peligrosos, amenazas de suicidio u homicidio y el riesgo de que el paciente sufra daño si no se le atiende debido a sus condiciones clínicas (Roberts y Dyer, 2004, p. 79).

En el caso del paciente con depresión y por ende con riesgo suicida, hay varias acciones o deberes que deben llevarse a cabo y cumplirse: prevenir el suicidio e intervenir terapéuticamente (Roberts y Dyer, 2004, pp. 77-96), como se explica en seguida.

1. Prevenir el comportamiento suicida. Predecir si un paciente puede intentar suicidarse constituye un reto y por razones obvias no deben hospitalizarse todos los pacientes por un posible, no probable, intento suicida. Por ello el médico debe considerar factores que pueden ser complejos para evaluar el riesgo de suicidio y establecer medidas de protección para el paciente (Roberts y Dyer, 2004, pp. 83-84)

2. Llevar a cabo una intervención terapéutica. El deber del médico es llevar a cabo la labor para la que fue instruido, una intervención terapéutica cuando el paciente así lo amerite. Su guía ética es la beneficencia, pero también la ley: la *parens patriae*, la responsabilidad del estado de evitar que el individuo dañe su propia persona.

En México existen normas legales que contemplan la circunstancia de cuando el paciente se niega a recibir ayuda: Artículos 74 Bis y 75 de la *Ley general de salud*.

El artículo 74 bis, de la *Ley general de salud*, establece para el paciente con trastorno mental, el derecho al consentimiento informado y sus excepciones (<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-indice.htm>):

La persona con trastornos mentales y del comportamiento tendrá los siguientes derechos:

III. Derecho al consentimiento informado de la persona o su representante, en relación con el tratamiento a recibir.

Esto sólo se exceptuará en el caso de internamiento involuntario, cuando se trate de un caso urgente o cuando se compruebe que el tratamiento es el más indicado para atender las necesidades del paciente;

El artículo 75 establece las condiciones que deben cumplirse para hospitalizar en contra de su voluntad a un paciente con trastorno mental:

Será involuntario el internamiento, cuando por encontrarse la persona impedida para solicitarlo por sí misma, por incapacidad transitoria o permanente, sea solicitado por un familiar, tutor, representante legal o, a falta de los anteriores, otra persona interesada, que en caso de urgencia solicite el servicio y siempre que exista la intervención de un médico calificado, que determine la existencia de un trastorno mental y del comportamiento y que debido a dicho trastorno existe un peligro grave o inmediato para sí mismo o para terceros.

En el mismo artículo 75 se especifica cuál debe ser el procedimiento legal a cumplir para la hospitalización involuntaria:

354

[...] La decisión de internar a una persona deberá ser notificada a su representante, así como a la autoridad judicial. El internamiento involuntario será revisado por la autoridad judicial a petición de la persona internada o de su representante. La resolución de la autoridad judicial deberá estar fundada en dictamen pericial y, en caso de que se resuelva la terminación del internamiento, deberá establecer un plazo para que se ejecute la misma... durante dicho procedimiento deberá garantizarse la defensa de los intereses de la persona internada. La decisión de internar a una persona deberá ser notificada a su representante, así como a la autoridad judicial.

El internamiento involuntario es visto retrospectivamente por los pacientes, en un porcentaje entre 33 y 81%, como justificado o benéfico (Schermer, 2002, citado por Priebe, Katsakou, Amos *et al.*, 2009) y con efectos positivos, pues disminuye tanto el riesgo del sujeto a producirse algún daño, como el número de hospitalizaciones posteriores (Swartz, Swanson, Wagner *et al.*, 1999).

En un estudio nacional realizado en Inglaterra, el porcentaje de pacientes que, habiendo sido hospitalizados de manera involuntaria previamente, tuvieron que ser readmitidos de nuevo en forma involuntaria corresponde a 15%. De ellos, 40% consideró en ese momento que la hospitalización previa había estado justificada. Los factores que se asociaron con la readmisión involuntaria fueron: a) recibir ayuda de la beneficencia y b) vivir con familiares, indicadores ambos de un nivel socioeconómico bajo, así como c) menor sensación de satisfacción con el tratamiento recibido en su internamiento previo (Priebe, Katsakou, Amos *et al.*, 2009).

Trastorno depresivo mayor y terapia electroconvulsiva

La terapia electroconvulsiva, fue uno de los primeros tratamientos útiles en psiquiatría, hace ya 80 años. Con la aparición de los psicofármacos, su uso fue disminuyendo paulatinamente.

En este momento, aunque el tratamiento con medicamentos antidepresivos puede ser efectivo para muchos pacientes, la tasa de respuesta al primer tratamiento antidepresivo puede ser tan sólo de 50%. En el estudio *Alternativas secuenciadas de tratamiento para el alivio de la depresión (The Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression, STAR*D trial)* se observó que la tasa de remisión de la depresión disminuía de 36.8% a 13%, conforme se utilizaban los distintos psicofármacos antidepresivos, cuando el paciente no respondía a la maniobra utilizada con anterioridad (Rush, Trivedi, Wisniewski *et al.*, 2006). La terapia electroconvulsiva para el tratamiento de la depresión y otros trastornos mentales consiste en la aplicación de electricidad con el fin de inducir una convulsión. La actividad cerebral normal no está sincronizada, esto es, existen áreas de la corteza cerebral que se activan mientras otras permanecen inactivas; se produce una convulsión cuando un porcentaje importante de neuronas se sincronizan y descargan al unísono, propagando el estímulo por la corteza cerebral y estructuras cerebrales profundas. Existen mecanismos celulares que mantienen la homeostasis celular y detienen la actividad convulsiva; en la terapia electroconvulsiva, una descarga, en forma de pulsos de corriente, administrada por medio de electrodos colocados en el cráneo, en condiciones controladas con sumo cuidado, induce una convulsión de duración específica. La terapia electroconvulsiva afecta los mecanismos celulares de la memoria y de la regulación del estado de ánimo. El mecanismo de acción antidepresivo de la terapia electroconvulsiva es similar a la de los antidepresivos y consiste en una disminución de la actividad de los receptores beta adrenérgicos pos-sinápticos (Sadock, Sadock y Ruiz, 2015).

Una de las indicaciones más frecuentes de la terapia electroconvulsiva es el trastorno depresivo mayor; los pacientes que pueden recibir este tratamiento son aquellos que cursan con depresión que no han respondido al tratamiento farmacológico con antidepresivos, no han tolerado los efectos secundarios de los antidepresivos, tienen síntomas psicóticos asociados con los síntomas depresivos, tienen ideación suicida u homicida o síntomas catatónicos.

Los estudios controlados muestran que hasta 70% de los pacientes que no han respondido al tratamiento antidepresivo responde positivamente a la terapia electroconvulsiva (Lisanby, 2007; Sadock, Sadock y Ruiz, 2015).

Existe una serie de guías clínicas para la administración de la terapia electroconvulsiva. Todas ellas incluyen una serie de requisitos y lineamientos como la evaluación pretratamiento, uso de premedicación, anestesia y relajantes musculares, localización de los electrodos, las características del estímulo eléctrico, el número y espaciamiento de los tratamientos, el monitoreo de la convulsión, contraindicaciones, efectos secundarios a nivel del sistema nervioso central y otras áreas del cuerpo (Lisanby, 2007; Sadock, Sadock y Ruiz, 2015).

356

Aspectos éticos de la terapia electroconvulsiva

Muchos ensayos clínicos han demostrado la superioridad terapéutica de la terapia electroconvulsiva. Su utilidad en las distintas formas de depresión, en el trastorno bipolar y la esquizofrenia, así como la disminución en el riesgo de suicidio permiten aseverar que cumple con el principio de beneficencia. A pesar de ello, la terapia electroconvulsiva no se usa con frecuencia. La explicación se encuentra en cuatro factores: 1) La visión de la cultura, por medio del cine y la literatura, o por prejuicio, en donde se considera a la terapia electroconvulsiva como castigo; 2) el considerarla como un último recurso terapéutico (depresión resistente a tratamiento); 3) aunque en la actualidad la técnica ha sido modificada mediante la evaluación previa, la anestesia, ventilación asistida y el uso de relajante muscular, la terapia electroconvulsiva sigue siendo, para algunas gentes, una maniobra cruenta y sobre todo debido al prejuicio, sin bases, de que produce daño en el cerebro, y 4) formación e información ausente o escasa, acerca de la terapia electroconvulsiva, durante la preparación del médico para ser especialista en psiquiatría. Otro elemento que en algún momento llega a influir es el costo del tratamiento que incluye el precio del aparato, las instalaciones apropiadas, participación del anestesiólogo, periodo de recuperación, etc. Sin embargo, ninguno de estos factores debe interferir con el imperativo ético de considerar la terapia electroconvulsiva como una alternativa de tratamiento útil (Bloch y Green, 2009, pp. 395-397).

Desde fines de los la década de los setenta del siglo XX, la American Psychiatric Association reconoció que la terapia electroconvulsiva era un tratamiento efectivo y que el consentimiento informado era esencial para su aplicación (APA, 1978).

Para el tratamiento con terapia electroconvulsiva, deben considerarse desde el punto de vista ético tres aspectos: el derecho del paciente a recibir terapia electroconvulsiva, el derecho del paciente a rehusarse a este tratamiento y la naturaleza de la información acerca del tratamiento y de sus efectos colaterales como parte del proceso del consentimiento informado. Los pacientes que no reciben el ofrecimiento de este tratamiento, cuando sufren de un trastorno mental susceptible a la terapia electroconvulsiva, podrían acusar de negligencia a su médico tratante por omitir en las posibilidades terapéuticas un tratamiento indicado y altamente efectivo.

La terapia electroconvulsiva fue introducida, al principio, para el tratamiento de los pacientes con esquizofrenia y rápido se vio que resultaba útil en otros trastornos mentales como la depresión, en especial con riesgo suicida o con síntomas psicóticos, el trastorno bipolar, la psicosis postparto, el trastorno esquizoafectivo, estados catatónicos y el síndrome maligno por neurolépticos. Logra alivio incluso en aquellos pacientes que no han respondido a tratamiento farmacológico. Estas características constituyen la base fundamental para su uso en la actualidad. Las enfermedades en que la terapia electroconvulsiva resulta útil, producen incapacidad importante, morbilidad y mortalidad, de modo que contribuyen fuertemente a la carga mundial de morbilidad (Ferrari, Charlson, Norman *et al.*, 2013).

Los pacientes con depresión mayor que llegan a tratamiento con terapia electroconvulsiva, por lo común han tenido varios episodios previos que no han respondido a tratamiento antidepresivo, comprenden esta situación y prefieren ese tratamiento como alternativa terapéutica. Sin embargo, hay otros pacientes que no pueden hacer una decisión razonable o que se niegan a aceptar el tratamiento propuesto por su médico. Cuando el paciente se niega a recibir el tratamiento y se busca determinar su competencia para tomar decisiones, la propuesta implícita es que el paciente puede no tener la capacidad para decidir (Ottosson y Fink, 2004, pp. 34-35). Si el paciente tiene la capacidad de decidir, el equipo médico debe, en principio, respetar su decisión. En cambio en el caso de un paciente incapaz de tomar decisiones razonadas, debe seguirse el procedimiento legal establecido para instaurar el tratamiento.

La situación más difícil es aquella en la que el paciente considerado mentalmente capaz de tomar decisiones toma una decisión irracional. Se niega a recibir la terapia electroconvulsiva porque cree no estar tan mal y por lo mismo no requiere ese tratamiento. En

este caso se le ofrece un tratamiento alternativo que tendrá menores posibilidades de éxito o un menor efecto.

Sólo cuando la terapia electroconvulsiva es necesaria para salvar la vida del paciente capaz de tomar decisiones, el tratamiento involuntario, manifestación de una conducta paternalista, tiene un sustento ético: la beneficencia sobrepasa a la no maleficencia, el hacer produce mayor bien que mal. El paternalismo en este caso es éticamente defendible, pues el médico tiene la responsabilidad de actuar en beneficio del paciente. Sin embargo, el conflicto ético surge por el antagonismo de dos principios éticos: hacer el bien y respetar la autonomía.

358 Conclusiones

Desde el punto de vista ético, debe existir un equilibrio entre la libertad del paciente, el poder *parens patriae* del Estado para actuar en beneficio del paciente y el deber del Estado de proveer el tratamiento.

Establecer el procedimiento terapéutico a favor del mejor interés del paciente, es labor del médico y del psiquiatra, ambos formados para el manejo de distintos trastornos físicos, y especializado este último en el campo de la salud mental. Contar con médicos preparados en el ámbito de la salud mental y especialistas de alto nivel con principios morales y comportamientos éticos y en continua actualización científica, sin duda redundaría en el mejor interés del paciente.

La existencia de una ley que defienda esos mismos intereses y la libertad para elegir es labor del sistema de salud, que lo ha puesto en blanco y negro en la *Ley general de salud*.

Contar con los recursos materiales diagnósticos y de tratamiento, accesibles para toda la población cuando lo requiera, incluyendo medicamentos para el tratamiento de la depresión y otros trastornos mentales, así como la terapia electroconvulsiva, es el deber del Estado.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.

2. American Psychiatric Association. Electroconvulsive therapy. Task force report # 14. Washington DC: American Psychiatric Association; 1978.
3. Appelbaum PS, Grisso T. The MacArthur treatment competence study. I: mental illness and competence to consent to treatment. *Law Hum Behav.* 1995;19:105-26.
4. Asociación Psiquiátrica Americana. DSM-III. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 3a ed. Barcelona: Masson; 1983.
5. Asociación Psiquiátrica Mexicana. Código Deontológico. Revisión 2005. Méjico, DF: APM; 2005.
6. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press; 2013: pp. 1-2.
7. Bloch S, Green S. Ethics and values. En: Gelder MG, Andreasen NC, López-Ibor JJ, Geddes JR. New Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford: Oxford University Press; 2012: pp. 28-32.
8. Bloch S, Green SA. Psychiatric ethics. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2009.
9. Candia PC, Barba AC. Mental capacity and consent to treatment in Psychiatric patients: the state of the research. *Curr Opin Psychiatry.* 2011;24:442-6.
10. Casado M. Las leyes de la bioética. Barcelona: Gedisa; 2004: pp. 87-111.
11. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLOS Med.* 2013;10(1):1-12.
12. Grisso T, Appelbaum PS, Mulvey EP, Fletcher K. The MacArthur treatment competence study. II: measures of abilities related to competence to consent to treatment. *Law Hum Behav.* 1995;19:127-48.
13. Ley General de Salud. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/index-indice.htm>. Revisada el 2 de septiembre de 2014.
14. Lisanby SH. Electroconvulsive therapy for depression. *N Engl J Med.* 2007;357:1939-45.
15. Okai D, Owen G, McGuire H, Singh S, Churchill R, Hotopf M. Mental capacity in Psychiatric patients: systematic review. *Br J Psychiatry.* 2007;191:291-7.
16. Organización Mundial de la Salud. CIE 10. Décima revisión de la Clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.
17. Ottoson JO, Fink M. Ethics in electroconvulsive therapy. NY: Brunner-Routledge; 2004.
18. Owen GS, Richardson G, David AS, Szmukler G, Hayward P, Hotopf M. Mental capacity to make decisions on treatment in people admitted to psychiatric hospitals: cross sectional study. *Br Med J.* 2008;337:448-51.
19. Priebe S, Katsakou C, Amos T, Leese M, Morriss R, Rose D, et al. Patients' views and readmissions 1 year after involuntary hospitalization. *Br J Psychiatry.* 2009;194(1):49-54.

20. Roberts LW, Dyer AR. Ethics in mental health care. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2004.
21. Roberts LW. Informed consent and the capacity of voluntarism. Am J Psychiatry. 2002;159:705-12.
22. Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, et al. Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. Am J Psychiatry. 2006;163:1905-17.
23. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz_K. Sadock's Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015: pp. 1065-72.
24. Sudak HS. Suicide. En: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009: pp. 2717-32.
25. Swartz MS, Swanson JW, Wagner HR, et al. Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism? Findings from a randomized trial with severely mentally ill individuals. Am J Psychiatry. 1999;156:1968-75.
26. Vollman J, Bauer A, Danker-Hopfe H, Helmchen H. Competence of mentally ill patients: a comparative empirical study. Psychol Med. 2003;33:1463-71.
27. WPA Declaración de Hawái, 1977. http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=5&content_id=27. Revisada en agosto, 2014
28. WPA Declaración de Madrid, 1996. http://wpanet.org/detail.php?section_id=5&content_id=48. Revisada en agosto, 2014.

RECOMENDACIONES PARA LA POLÍTICA DE SALUD Y POSICIONAMIENTO DE LA ANM

27

361

- *Cambiar el paradigma de atención*

1) Avanzar hacia la cobertura universal de atención cuyo objetivo sean las personas y sus múltiples necesidades más que las enfermedades y con un enfoque de género

2) Apoyar la integración de los sectores en torno a un Programa Nacional de Salud Mental de la Población, elaborado dentro de un marco de salud pública que modifique el paradigma de la atención, para que se desarrolle con base en un modelo de atención comunitaria y con énfasis en el primer nivel y en las necesidades de cada etapa de la vida. Los programas deben establecer acciones concretas, metas y el compromiso de cumplir las metas en un tiempo determinado y facilitar la colaboración intersectorial entre el sector salud, educativo, social y de justicia, especificando responsabilidades y rendición de cuentas

3) Desarrollar el modelo de atención en primer nivel como eje de la atención, asegurar los mecanismos que permitan una identificación temprana y tratamiento oportuno. Expandir los servicios de atención psiquiátrica en el primer nivel de atención mediante diversas fórmulas operativas, de acuerdo con las características de organización que tenga cada entidad federativa del país. Sensibilizar la población para lograr un cambio de actitud hacia la psicopatología y sus formas de atención. Sensibilizar a los tomadores de decisiones con el fin de que los servicios estén disponibles y cuenten con la capacidad para dar respuesta a las demandas de atención

4) Promover que todas las unidades hospitalarias del país, cuenten con servicios de atención psiquiátrica bajo un modelo de atención estandarizado con tres acciones principales: la interconsulta y enlace con los demás especialistas en el interior del hospital, la atención directa de usuarios de atención psiquiátrica referidos por el sistema primario y la atención hospitalaria para trastornos

agudos y/o de breve estancia, entre los que destacan, por ejemplo, la depresión y los intentos de suicidio

5) Avanzar en la atención con base comunitaria que involucre a la sociedad en general, principalmente a las organizaciones de la sociedad civil, a los familiares de los enfermos y a los enfermos mismos. La comunicación y coordinación con las instituciones de salud y con grupos, líderes comunitarios, voluntariados y otras instancias será indispensable para una adecuada cobertura

6) Atención de personas con deterioro cognitivo grave y estado de abandono, en instituciones con modelos asistenciales, rehabilitatorios y con absoluto respeto de sus derechos humanos, siempre tomando en cuenta los aspectos jurídico-legales y la interacción con otras dependencias de la administración pública federal

7) Apoyar la organización de un sistema de referencia y contrarreferencia eficiente que implique acuerdos de trabajo entre las instituciones, el desarrollo y operación de programas en línea que lleven a cabo una eficaz articulación entre los sistemas y subsistemas de atención

8) Avanzar en la acreditación y certificación de las instituciones buscando la integración de estándares de calidad propios de estas enfermedades

9) Asegurar la incorporación al Seguro Popular de la población con padecimientos mentales que no cuentan con seguridad social; establecer acuerdos con el fin de asegurar acceso a medicamentos en pacientes que son atendidos en los servicios ambulatorios del sistema de salud y avanzar en el financiamiento de la atención hospitalaria de mediano plazo

10) Apoyar una campaña de lucha contra el estigma

11) Planear e implementar acciones a lo largo del curso de las etapas de la vida para mejorar la salud mental de la población y para reducir el riesgo de aquellos trastornos mentales que están asociados con las desigualdades sociales, identificando las evidencias sobre los DSS de la SM y cómo las circunstancias sociales de las personas afectan su salud mental, con el fin de reducir la carga de los TSM y mejorar la salud mental y el bienestar para todos. Un principio clave es el universalismo proporcional. Centrarse únicamente en las personas más vulnerables y desfavorecidos puede implicar el fracaso de la reducción necesaria de las desigualdades en salud, condición para disminuir la pendiente del gradiente social en la salud mental. Se debe intervenir en los factores de riesgo e incrementar los de protección que actúan a diferentes niveles, incluyendo el individuo, la familia, la comunidad, el estructural, y de

población. La acción en los DSS requiere que sea través de múltiples sectores y niveles

- *Sobre la atención a lo largo del ciclo vital*

12) Promover la integración de la salud mental a la atención de la salud perinatal para ver avances en su atención. Incluir en los estándares de calidad la identificación y atención de la violencia y de la depresión pre y posnatal

13) Dar prioridad a la atención de los problemas de la infancia y la adolescencia que son los que cuentan con menor infraestructura y el rezago es mayor

14) Atender las necesidades especiales asociadas con el envejecimiento de la población

- *Sobre los componentes de la atención*

363

15) Promover un enfoque integral en la atención que lleve a tratar los trastornos mentales en pacientes que presentan otras condiciones crónicas

16) Tratar la comorbilidad de los trastornos mentales con adicciones y otras condiciones crónicas en los diferentes niveles de atención. Integrar la atención a la salud mental y las adicciones en las clínicas especializadas en adicciones

17) Se recomienda instrumentar un mayor número de programas de rehabilitación integral con atención continuada, tanto dentro como fuera de las unidades hospitalarias que sean accesibles a un número cada vez mayor de personas con trastornos mentales. De esta forma, se podrían disminuir las hospitalizaciones y el estigma asociado con éstos, aumentando con ello las posibilidades de que los pacientes reciban servicios que se ajusten a sus necesidades

18) Atender los determinantes sociales de la inequidad con el fin de hacer llegar el tratamiento a las comunidades y poblaciones en mayor rezago

19) Promover que los servicios de atención a la salud mental incorporen las iniciativas y propuestas de programas para atender problemáticas sociales que se vinculan con la aparición, pronóstico y desarrollo de muchos enfermedades mentales. Ejemplo de ello son: los programas para la atención de víctimas de violencia; aquellos encaminados a disminuir el acoso escolar (*bullying*) en niños y adolescentes y los dirigidos a problemas relacionados con las adicciones

20) Integrar la psicoterapia en los modelos de atención en beneficio del tratamiento integral y la reducción de las recaídas que disminu-

yen el costo de la atención. Asimismo, y de acuerdo con las posibilidades institucionales, ofrecer ampliar la oferta de servicios de psicoterapia en beneficio de un tratamiento integral y de la disminución de las recaídas que por último, disminuyen el costo del tratamiento

21) Apoyar a las familias, en especial al cuidador del enfermo

- *Reincorporar el concepto de salud positiva, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades*

22) Ampliar el concepto de salud mental para abarcar su sentido positivo, e integrar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, junto con el tratamiento y la rehabilitación incluyendo la atención de las necesidades de las familias con énfasis en los cuidadores de los enfermos

23) Desarrollar estrategias de vinculación de acciones preventivas entre la comunidad, el sector salud y educativo que abarquen el ciclo vital incluyendo la atención del periodo pre y posnatal

24) El desarrollo, implementación y evaluación de programas en Internet es una estrategia viable y de costo reducido que está empezando mostrar beneficios en especial para los adolescentes y jóvenes

25) Apoyar campañas de educación dirigidas al público en general y de manera particular a pacientes y familiares, para eliminar los conceptos erróneos y equivocados que suelen tenerse en relación con la enfermedad depresiva, al igual que con otros trastornos mentales

- *Reducir la brecha de tratamiento*

26) Incorporar estrategias para la identificación y atención temprana de problemas de salud mental en el primer nivel que permitan retrasar la progresión de los síntomas, incluida la atención en el embarazo y el periodo posnatal

27) Desarrollar los mecanismos que permitan ofrecer a la persona con trastornos mentales el mejor tratamiento posible, incluida la disponibilidad de psicofármacos

28) Incluir la atención a la enfermedad mental en hospitales generales y de tercer nivel no especializados en psiquiatría

29) Identificar a los pacientes que son resistentes a tratamiento lo más temprano posible durante el curso de su enfermedad, para poder proporcionar tratamientos racionales que puedan lograr una recuperación adecuada

30) Combinar tratamiento farmacológico y psicoterapéutico y psicosocial adecuados para cada tipo de trastorno. Los enfermos con esquizofrenia y otras condiciones graves deberán ser entrenados en

un amplio repertorio de habilidades que le permitan contar con mejores herramientas para funcionar en comunidad. Tales habilidades deberán extenderse a la familia

31) Fortalecer y ampliar los programas de atención a víctimas. Fomentar el análisis de la problemática de los hombres jóvenes, tipo de víctimas frecuentes de homicidio y quienes presentan tasas elevadas de suicidio y son víctimas de homicidio con el fin de proponer mejores respuestas

32) Apoyar una Estrategia Nacional para la Prevención del Suicidio cuyos objetivos sean promover, coordinar y sostener programas culturalmente apropiados para la prevención del comportamiento suicida a nivel local, regional y nacional con los siguientes principios:

- Prevenir las muertes prematuras debido al suicidio
- Reducir la incidencia y prevalencia del comportamiento suicida
- Reducir la morbilidad asociada con el comportamiento suicida
- Fortalecer las respuestas tanto médicas como sociales a las conductas suicidas
- Facilitar escenarios en donde se puedan encontrar oportunidades para aumentar la resiliencia, desarrollar más recursos internos y externos, así como generar redes de apoyo para los individuos, familias y comunidades
- Mejorar la investigación y evaluación de las intervenciones efectivas

• *Sobre los trastornos asociados*

33) Establecer un consenso académico, científico y de política pública para la homogenización de criterios y estrategias para el estudio, investigación y atención de la comorbilidad coocurrente entre adicciones y trastornos mentales, que coadyuve a la implementación de acciones para el mejoramiento de los servicios disponibles del sistema de salud. Fomentar la disseminación del conocimiento de la comorbilidad coocurrente en los profesionales no especializados y no profesionales

34) Consolidar una red interinstitucional para la atención de las adicciones tomando en cuenta la gravedad de la adicción y de la patología psiquiátrica comórbida. Desarrollar e implementar algoritmos de detección, referencia y contrarreferencia de las personas atendidas en centros residenciales que no cuenten con apoyo de un equipo clínico capacitado

35) Apoyar la integración de la atención de la salud mental, en especial el trastorno depresivo mayor y el abuso de sustancias en personas con VIH

- *Sobre los grupos en mayor rezago*
 - 36) Hacer visibles a las poblaciones estigmatizadas y con múltiples necesidades con el fin de garantizar su derecho a tratamiento; desarrollar modelos de atención y hacerlos disponibles con el fin de atender sus necesidades especiales
 - 37) Las comunidades indígenas son las que padecen mayor inequidad, presentan un déficit en todos los servicios y en la satisfacción de sus necesidades básicas, atender la salud mental es un reto impostergable
 - 38) Las intervenciones breves en salud mental son muy beneficas, sobre todo si se les adapta a su cultura. No es una actividad fácil, hay una gran cantidad de elementos culturales que se ponen en juego
 - 39) Tener acceso a los servicios de salud mental desde el primer nivel de atención que esté más cercano a sus hogares es un imperativo
 - 40) Reciprocidad en el intercambio de saberes, recursos de salud occidentales y tradicionales. Evitar imponer sistemas, conocimientos y una concepción particular del mundo a los pueblos indígenas y, en lugar de ello, buscar la complementariedad, promover el reconocimiento de semejanzas y diferencias, tanto de la medicina tradicional como de la medicina occidental. Se pueden conjugar la cura del curandero, la medicina tradicional, la medicina moderna y el personal de salud institucional
- *Sobre las guías de práctica clínica*
 - 41) Adaptar las guías de práctica clínica a diferentes niveles de atención y para las poblaciones especiales y difundirlas, en especial las desarrolladas en el país y aprobadas por los grupos colegiados, con el fin de promover su uso
 - 42) Incluir de intervenciones por personal paramédico (enfermería, trabajo social, psicología) en las *guías de práctica clínica*
 - 43) Desarrollar las guías clínicas para la identificación, preventión y atención de la depresión posparto
 - 44) Desarrollar *guías de práctica clínica* para prevención del suicidio.
- *Apoyar la evaluación, investigación y reducir la brecha entre la generación del conocimiento y la aplicación en la comunidad*
 - 45) Mantener un sistema de monitoreo continuo del cumplimiento de los planes y desarrollo de los programas que informe sobre oportunidades de mejora
 - 46) Establecer los lineamientos para el desarrollo de un observatorio de salud mental que incluya la vigilancia del problema pero

también el avance en los programas y la evaluación de las acciones a partir de indicadores medibles sobre el impacto directo en la salud física y mental de las personas

47) Fomentar investigación por misión y de responsabilidad social orientada a enfrentar los principales retos, a desarrollar y evaluar modelos adaptados a las necesidades de los grupos a los que van dirigidos, fomentando su participación en el desarrollo de los mismos y apoyar la divulgación de los resultados y la traducción del conocimiento, con el fin de que llegue a la comunidad, cerrando de ese modo la brecha entre la generación del conocimiento y su aplicación

48) Es necesario contar con datos de la magnitud de la problemática sobre la salud mental de los pueblos indígenas. Desarrollo de métodos adecuados para evaluar su salud mental, identificar síntomas, formas de atención, estrategias e instrumentos dedicados a calcular la prevalencia de sus malestares, descubrir su cultura, conocer el significado de la problemática de salud mental

49) Incorporar a economistas de la salud en la evaluación de programas que muestren costo-beneficio e impacto de la modificación del paradigma de la atención

50) Evaluar el progreso de las intervenciones en la integración de las personas con enfermedad mental en la sociedad y la proporción del PIB gastado en salud mental, comparando las 32 entidades federativas del país, utilizando los 25 indicadores del *Índice de integración de salud mental* que se obtiene de 18 indicadores base y siete de apoyo agrupados en cinco categorías. Prácticamente todos los indicadores en el índice son cualitativos, es decir, se desarrollaron con los datos basado en la puntuación realizada para reflejar el desempeño de cada estado en cada indicador

- *Sobre las políticas de investigación*

51) Fortalecer estrategias de diseminación de intervenciones en salud mental, adicciones y violencia, vía la capacitación de profesionales de la salud, con el propósito de que las instituciones adopten estas intervenciones en la atención de la salud mental de la población que las necesita

52) Favorecer la transferencia tecnológica de intervenciones en salud mental, adicciones y violencia en entornos virtuales, con el fin de facilitar el acceso al conocimiento, a la capacitación y a la intervención; favorecer la extensión de la cobertura para beneficiar a mayores grupos de población y optimizar recursos

53) Realizar investigación del impacto de la diseminación y la implementación de modelos de intervención en salud mental, en térmi-

nos de efectividad, eficacia, fidelidad, determinantes de implementación, ya sea en atención primaria a la salud o en ámbitos comunitarios

54) Incorporar un criterio de responsabilidad social como base de los proyectos de investigación con el fin de hacer llegar a la población, en especial a la que vive en mayor inequidad, los modelos de intervención que han mostrado resultados positivos

55) Crear los mecanismos para la reinversión de los recursos de ciencia y tecnología en acciones de política pública, para llevar a cabo la transferencia tecnológica de intervenciones psicosociales en las comunidades más vulnerables

56) Promover y apoyar financieramente campos y estudios de investigación sobre resiliencia, inequidades y trastornos de salud mental, utilizando distintas metodologías que logren aumentar y mantener las emociones positivas; la atenuación de perturbaciones de la salud, o adaptación mejorada y recuperación; el papel crucial de la maquinaria epigenética en la regulación de las respuestas de adaptación al estrés y la capacidad de recuperación; la investigación experimental en animales en los mecanismos moleculares y celulares de la capacidad de resistencia y el impacto de factores estresantes, comparando con grupos no expuestos

- *Sobre la formación de recursos humanos*

57) Incidir en la formación de médicos y otro personal de salud con el fin de que incorpore la atención de la salud mental y su educación continua. Sensibilizarlos para la atención de las poblaciones en mayor rezago con respecto a sus creencias y condiciones

58) Establecer acuerdos con las universidades para fortalecer la formación en salud mental. En el caso de los médicos generales y otros médicos especialistas, deben existir programas de capacitación en la identificación, tratamiento y canalización de pacientes con enfermedades mentales, con la aplicación de modelos sencillos, como el programa de acción para superar las brechas en salud mental (mh-GAP) que propone la OMS. Para el resto de los equipos de salud mental, debe haber programas de capacitación y formación de competencias en las carreras y disciplinas relacionadas con el campo de la salud

59) Es recomendable que los programas para la formación de especialistas en psicoterapia aumenten el tiempo dedicado al aprendizaje teórico de las diversas modalidades de la psicoterapia, sobre todo el destinado a la supervisión de casos, que es la modalidad más conveniente para su aprendizaje

60) Fomentar el desarrollo de recursos humanos especializados en evaluación y tratamiento de la comorbilidad coocurrente

61) Capacitar y modificar las relaciones entre pacientes y los médicos recién egresados de las facultades, que por lo general son los que atienden a poblaciones indígenas, fomentar empatía y apertura a las tradiciones ajenas a la cultura occidental

62) El sector salud tendría que realizar acciones para capacitar a los maestros para la detección temprana, implementar y evaluar programas de prevención en las escuelas, así como proporcionar algunas intervenciones directamente en los espacios escolares y/o tener una red de canalización explícita y formal. Cuando los alumnos requieran canalización a servicios de salud, la escuela debería dar *el seguimiento de la atención o canalización*

63) Apoyar la capacitación del personal multidisciplinario de los CAIV e incorporación de un proceso de atención enfocado en atender los padecimientos mentales en las personas con VIH, que incluyan el diagnóstico y manejo de los trastornos mentales comunes, con la intención de prevenir las consecuencias, tanto para el control de la infección por el VIH, como en la estabilización del trastorno mental que la persona padezca

64) Promover la adopción de estándares de calidad en la atención de pacientes con enfermedad mental con énfasis en la relación médico-paciente. Incluir en la capacitación de médicos generales y en la educación continua de médicos de diferentes especialidades las condiciones particulares de estas enfermedades en aspectos como la confidencialidad, la prevención del riesgo suicida y de autolesiones, el apego al tratamiento, la continuidad en la atención, la autonomía, el consentimiento informado, el respeto a los derechos humanos y el apego a la normatividad

- **Sobre el marco normativo**

65) Fomentar la participación en legislaciones en la materia y en la protección de los derechos humanos en general

66) Continuar con la armonización de esos estándares en derechos humanos en los reglamentos de la *Ley general de salud* y en la NOM-025, que permita una mayor especificación en la regulación de la salud mental y discapacidad. Actualizar y homologar los términos y principios correspondientes en las disposiciones aplicables en materia civil y penal. Favorecer un cambio del modelo médico a un modelo social en la atención psiquiátrica, y evitar la *discriminación de jure* o la *estigmatización* contra las personas con trastornos mentales

67) Fomentar la inclusión de una sociedad civil, y en particular de organizaciones de personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales y de familiares y cuidadores, para apoyar en la formulación de políticas y leyes, crear servicios de salud mental

más eficaces, con mayor rendición de cuentas y en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos

68) Realizar campañas de educación al público y de capacitación al personal de salud en materia de derechos humanos y libertades fundamentales, salud mental y discapacidad

69) Incluir el cuidado de la salud mental dentro de la norma oficial a fin de favorecer el reconocimiento de esta problemática y las necesidades de atención que se tienen. Asegurar su cumplimiento.

70) Incluir el cuidado de la salud mental en el embarazo y postparto dentro de la norma oficial con el fin de favorecer el reconocimiento de esta problemática y las necesidades de atención que se tienen. Asegurar su cumplimiento

71) Incluir los principios de la rehabilitación psicosocial en las normas oficiales

370

72) Actualizar manuales de organización y procedimientos en los tres niveles de atención (para el ejercicio de las funciones asignadas a los Servicios de Salud Mental, la cual integra acciones de Enfermería, Psiquiatría, Psicología, Trabajo Social, Administrativa y de Intendencia)

73) Cumplir con la NOM, el Sistema de Evaluación del Desempeño, contar con la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) y especificar indicadores de monitoreo y evaluación. Los indicadores propuestos deberían corresponder con cada uno de los objetivos, estrategias y líneas de acción del Programa de Acción Específica de Salud Mental 2013-2018

- *Sobre la ética*

74) Fomentar los comités de ética y su registro en las instituciones que atienden la salud mental, establecer procedimientos terapéuticos basados en principios éticos y contar con médicos preparados en el ámbito de la salud mental y especialistas de alto nivel con principios morales y comportamientos éticos y en continua actualización científica

75) Proponer declaración de posición sobre la salud mental en la agenda de desarrollo post-2015. Con la participación individual, de instituciones del sector, de la academia, la sociedad civil, de todas las disciplinas profesionales y usuarios de servicios y cuidadores, para abogar por un lugar para la salud mental con una declaración de posición sobre la salud mental en la agenda del desarrollo posterior a 2015

ÍNDICE

La letra *c* refiere a cuadros; la *f* a figuras.

A

371

- abandono del tratamiento con antidepresivos, 176, 177, 177*f*
- acción *prima facie*, 342
- acciones necesarias para la asistencia de la salud mental, 107*c*
- aceptabilidad como atributo del cuidado de la salud, 264
- actividades de cuidado personal, 213
- actores clave, suicidio, 322
- adherencia al tratamiento farmacológico, 231
- adicciones, 243
- adolescentes y depresión perinatal, 84
- ámbitos de intervenciones sobre los determinantes
 - sociales de la salud y los trastornos de salud mental, 73*f*
- anhedonia, 227
- antecedentes de conducta suicida y riesgo de suicidio, 318
- antidepresivos disponibles en el mercado actual, 167*c*
- apatía, 227
- apoyo psicosocial, 22
- “aquí y ahora”, terapia breve, 204
- áreas de manejo de la esquizofrenia, 229
- atención a poblaciones indígenas, 115
 - accesibilidad a centros de salud, 122
 - acceso a los servicios de salud, 117
 - la interculturalidad, 119
 - consideraciones para las políticas públicas, 123
 - disponibilidad de alcohol, 121
 - uso nocivo del alcohol, su relación con la violencia y género, 120

atención de la familia y cuidado de las personas con enfermedad mental, 209

necesidades de los familiares de las personas con trastornos mentales, 210

respuestas a las necesidades invisibles, 213

atención en el tercer nivel, 241

Atlas de Salud Mental de la OMS, 67

autoestigma, 286

B

barreras de acceso a la atención de salud mental, 252

beneficencia, principio, 344

brecha de tratamiento, 251

C

372

cáncer y depresión, 34, 35, 36

capacidad de comunicación, consentimiento informado, 348

capacitación de los prestadores de salud, 257

casos resistentes, 185

cambio, 190

caso clínico, 185

combinación, 191

adicción, 191

definición y causas de la depresión resistente, 186

estrategias de tratamiento, 189

identificación y evaluación de los casos resistentes, 187

opciones de tratamiento de depresión resistente, 189

optimización, 189

reporte de caso, 185

Catálogo de Beneficios Médicos (CABEME), 279

Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES), 217, 243, 280

CDS. Véase Comisión sobre Determinantes Sociales (CDS) de la Salud

circuit parties, 141

cobertura universal de atención médica psiquiátrica, 244c

cobertura universal de la atención de las enfermedades mentales, 241

adecuación del seguro popular, 249

capacitación de los equipos de salud, 248

carga y atención de las enfermedades mentales en México, 242

desarrollo de modelo de atención, 245

desarrollo del modelo de atención en hospitales generales

y de alta especialidad, 245

desinstitucionalización de pacientes y protección de las personas
 con deterioro cognitivo grave y en estado de abandono, 247
formalizar un sistema eficiente de referencia y contrarreferencia, 248
fortalecimiento de la investigación como vehículo de la innovación
 y control de calidad, 247
fortalecimiento del primer nivel de atención, 246
fortalecimiento y modernización de los servicios especializados
 existentes, 245
implementación de modelos de atención comunitaria, 247
nueve prioridades, 245
problemas emergentes, 249

Comisión sobre Determinantes Sociales (CDS) de la Salud, 60

comorbilidad, 1, 3, 7, 29, 30, 31, 39, 40, 45, 47, 51, 53, 57
 a lo largo de la vida, 46
 coocurrente, 46

comorbilidad entre los trastornos mentales y otras enfermedades, 29
 cáncer, 34
 prevalencia, 35
 diabetes, 32
 diagnóstico y tratamiento, 33
 prevalencia, 32
 enfermedades cardiovasculares, 30
 mecanismos de comorbilidad, 31
 prevalencia, 31
 tratamiento, 31
 recomendaciones, 36
 comorbilidades en los trastornos por consumo de sustancias, 39
 aproximaciones teóricas, 41
 estudios de comorbilidad en los TCS en México, 46
 barreras de acceso al tratamiento, 50
 disponibilidad de servicios para la atención de la comorbilidad
 coocurrente, 51
 discusión y conclusiones, 53
 generalidades de la comorbilidad entre los TCS con OTP, 40
 recomendaciones, 54

comprensión, consentimiento informado, 348

conductas delictivas, 17

consumo de alcohol como costumbre, 122

consumo de sustancias, 17

Convención, 328

373

- contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, 328
- sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, 327
- sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 329
- sobre los Derechos del Niño, 328
- costos de trastornos mentales, 63
- crimen organizado, 17
- crisis emocionales, 22
- custodia, 267

D

- Declaración Universal de Derechos Humanos*, 327
- déficit cognitivo, 227
- déficit de atención, 243
- delirium* y coma, 175
- depresión como prioridad de salud pública, 325
- depresión en el embarazo y violencia, 82
- depresión perinatal, 81
- atención a la depresión perinatal, 85
 - depresión en el embarazo, 82
 - depresión perinatal en grupos particulares, 84
 - depresión posparto (DPP), 82, 83
- depresión y condición de dolor, 16
- derecho a negarse a recibir tratamiento, 347
- derecho a recibir un tratamiento efectivo, 347
- derecho al tratamiento, 347
- desarrollo de habilidades en personas con esquizofrenia, 225
- el problema y su atención: tratamientos psicosociales
 - para el desarrollo de habilidades, 228
- medicina basada en la evidencia, 231
- recomendaciones, 233
- desarrollo de habilidades sociales, 22
- desastres naturales e intervenciones, 22
- determinantes estructurales de la equidad y salud, 61, 61f, 62
- determinantes estructurales de la inequidad en salud , 61
- determinantes estructurales de la salud, 302
- determinantes intermediarios de la salud, 302
- determinantes intermedios de la equidad y salud, 61, 61f, 62,
- determinantes sociales de la salud (DSS), 59, 60, 61, 62,

determinantes sociales de la salud y de la salud mental, 59
 magnitud del problema, 14, 62

determinantes sociales de la salud mental y de los trastornos
 de salud mental, 59

recomendaciones, 71

 recomendación 1, Implementar acciones a lo largo de las etapas de la vida, 72

 recomendación 2, Promover y apoyar financieramente investigación, 74

 recomendación 3, Evaluar el progreso de las intervenciones en la integración
 de las personas con enfermedad mental en la sociedad, 74

 recomendación 4, Proponer una declaración de posición sobre la salud
 mental en la agenda de desarrollo post-2015, 75

 recomendación 5, Actualizar manuales de organización y procedimientos
 en los tres niveles de atención, 75

 recomendación 6, Cumplir con la NOM y el Sistema de Evaluación
 del Desempeño y contar con la MIR, 75

diabetes, 3, 16, 29, 30, 32, 33, 34, 37, 39, 40, 55, 67, 70

diabetes y depresión, 32, 33, 34

diagnósticos oportunos, 284

diferencias relativas porcentuales de las tasas de suicidios por grupos
 quinquenales, México 1980-2013, 1990-2013, 2000-2013, 316f

discriminación *de jure*, 335

 estructural, 287

 institucional, 287

discriminación y políticas públicas sobre enfermedades mentales, 285

 desafíos para las políticas públicas, 296

 el problema y su atención, 287

 familiares, 290

 personal de salud, 291

 población general, 291

 estigma y discriminación hacia las enfermedades mentales
 en México, 287

 reflexiones en torno a las políticas públicas, 292

 usuarios de servicios psiquiátricos, 288

distribución de tasas de suicidios por grupos quinquenales. México, 316f

DPP. Véase depresión posparto (DPP)

DSS. Véase determinantes sociales de la salud (DSS)

E

e-learning, 302

efectividad como atributo del cuidado de la salud, 264

375

- efectividad y estándares de calidad, 262
- eficacia como atributo del cuidado de la salud, 264
- eficiencia y estándares de calidad, 262
- Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica*, 154, 218
- enfermedad mental en el ciclo vital, 79
- enfermedad mental en México, 15
 - problema al que nos enfrentamos, 15
 - cambio de paradigma, 18
 - el tratamiento, 23
 - modelos de prevención, 22
 - promoción de la salud mental, 20
 - recomendaciones, 24
- enfermedades coronarias y depresión, 30, 31
- enfermedades no transmisibles, 29, 30, 37, 71
- equidad como atributo del cuidado de la salud, 264
- equidad en salud, 59
- escuela e identificación de alumnos que requieren atención, 94
- escuela, 94, 95, 250
 - bullying*, 250
 - comunicación con las familias, 94
 - provisión de atención, 95
 - seguimiento de la atención, 95
 - y un ambiente que fomenta la salud mental, 94
- esquemas de atención primaria, 23-24
- esquizofrenia, 226
- estado funcional de los pacientes, 225
- estándares de calidad, 261
 - antecedentes, 261
 - calidad en los servicios de psiquiatría y salud mental, 269
 - definición de calidad, 262
 - definiciones, 261
 - diagnóstico en la calidad de la atención, 266
 - diez principios básicos en el cuidado de la salud mental OMS, 272
 - estrategias para mejorar la calidad de la atención en pacientes deprimidos, 272
 - seis metas internacionales, 270
 - tratamiento en la calidad de la atención, 267
- estigma, 325, 346
 - de cortesía, 286

- por asociación, 286
social, 286
- estigmatización, 335
- estímulo-respuesta, 199
- estudios de comorbilidad en México, 48c
- ética en psiquiatría, 339
- códigos de ética, 340
 - códigos en psiquiatría, 344
 - diagnóstico en psiquiatría, 346
 - tratamiento en psiquiatría, 342
 - aspectos éticos de la terapia electroconvulsiva, 358
 - aspectos éticos, 353
 - capacidad de decisión, 349
 - consentimiento informado, 342
 - información, 348
 - trastorno depresivo mayor y suicidio, 352
 - trastorno depresivo mayor y terapia electroconvulsiva, 355
 - voluntarismo, 352
 - ética, 339
 - médica, 339
 - psiquiátrica, 340
 - y salud mental, 339
- eventos clave en la definición del inicio de acción, 170*f*
- eventos negativos o estresantes de vida y riesgo de suicidio, 318
- evolución de las tasas de mortalidad por suicidio en la República Mexicana
 - por sexo, 1970-2013, 315*f*
- evolución del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), 281*f*
- exacerbación de los síntomas, 221
- exposición a la violencia, 17
- factores de riesgo de depresión en el embarazo, 82
- factores psicológicos y riesgo de suicidio, 318
- factores psicosociales de la depresión posparto, 83
- factores relacionados con la depresión, 82
- familiar cuidador primario informal (FCPI), 209, 211, 212, 214,

F

- familia como instancia fundamental, 213, 214
- FCPI. Véase familiar cuidador primario informal (FCPI)
- formas alternativas de medicina, 261
- medicina alternativa, 261

fortalecimiento del yo, 198
funcionamiento social del paciente, 201

G

genética conductual, 42
 trastorno de personalidad antisocial, 42
 trastorno disocial, 42
 trastorno por déficit de atención e hiperactividad, 42

guías clínicas, 155, 156
guías de práctica clínica, 153, 155, 156, 157
 el problema y su atención, 155
 recomendaciones, 157
guías y estándares de calidad, 262

378

H

hipertensión, 40
hipótesis monoaminérgica de la depresión, 163
historia biográfica, 201
hospitalizaciones, 222, 226

I

identificación y diagnóstico de los trastornos psiquiátricos, 13
índice de delitos, 21
inequidad de cobertura, 245
inequidades en salud, 60
información, consentimiento informado, 348
Informe nacional sobre violencia y salud, 91
infraestructura para la atención de la depresión, 251
 dónde debe atenderse la depresión, 252
experiencia de la atención de la depresión en México, 254
hacia dónde dirigir los esfuerzos, 257
¿por qué hablar de la brecha en la atención?, 251
 inseminación de intervenciones, 307
internalización del estigma, 286, 289, 292, 293
intervenciones indicadas, 22
intervenciones selectivas en salud mental, 301
 el problema y su atención, 302
modelos de intervención en salud mental: transferencia tecnológica, 305
plan de acción sobre salud mental de la OMS 2013-2020, 303

programa conjunto UNODC/OMS sobre el tratamiento y la atención de la drogodependencia 2010, 304
recomendaciones para políticas públicas, 307
intervenciones selectivas, 22

J

jerarquía de servicio voluntario, 52
jóvenes y prevención de salud mental, 17
jóvenes y promoción de la salud mental, 20, 21
juego de rol y prevención de adicciones, 23
justicia, principio, 344

L

legal, marco de protección a personas con trastornos mentales, 66, 67
legitimar y los atributos del cuidado de la salud, 264
lesiones intencionales y trastornos mentales, 67
lesiones no intencionales y trastornos mentales, 67
leyes, LXV Asamblea Mundial de la Salud, 64

379

M

manejo de los síntomas, 230, 231
manejo psicoterapéutico de la depresión y otros trastornos psiquiátricos, 195
 psicoterapia breve en casos de depresión, 204
 psicoterapia breve de orientación dinámica, 203
 psicoterapia de apoyo, 198
 psicoterapia médica, 196
 psicoterapia psicodinámica, 203
 terapia cognitiva, 200
 terapia conductual, 199
 terapia interpersonal, 201
marco legal, 325
 conclusiones y recomendaciones, 334
 estándares técnicos interamericanos, 331
 estándares técnicos internacionales, 330
 instrumentos jurídicos nacionales, 332
 instrumentos vinculantes interamericanos, 329
 instrumentos vinculantes internacionales, 327
marginación, 41
medicina basada en la evidencia, 155
medicina tradicional, 119

- medios de intervención, suicidio, 319
- modelo bidireccional, 44, 45, 45^f
- modelo de factores comunes, 43
- modelo de OTP secundarios a TCS, 43
- modelo TCS secundario a OTP, 43, 45^f
- modelos de intervención en salud mental, adicciones y violencia, 311c
- modelos de intervención para los trastornos psiquiátricos, 151
- modelos de prevención universal, 22
- motivación para el aprendizaje, 231

N

- necesidad de combatir el estigma, 211, 212
- necesidad de servicios comunitarios, 211
- necesidades de información, 210
- no maleficencia, principio, 344
- normas y estándares de calidad, 262
- nuevo modelo con énfasis en la promoción de la salud y en la cobertura universal en la atención, 249^f
- número y tasas de suicidios global, las Américas y México en 2012, 314c

O

- obesidad, 16, 39, 40
- objetivo de los programas de prevención de suicidio, 320
- obligación prima facie, 342
- optimizar y los atributos del cuidado de la salud, 264
- OTP. Véase otros trastornos psiquiátricos (OTP)
- otros trastornos psiquiátricos (OTP), 46, 47, 48, 51, 52

P

- pacientes con diagnóstico de depresión y distribución por género, 69, 70, 70^f
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos*, 327
- Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales*, 327
- padres con depresión, 84
- Plan de Acción de Envejecimiento y Salud*, 107c
- Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2020*, 64, 65
- poblaciones especiales y salud mental, 113
- pobreza como limitante para recibir atención, 122, 123
- políticas públicas para la atención de los trastornos psiquiátricos, 239
- políticas públicas y equidad, 62
- potencial intoxicación por sobredosis, 166

- presupuesto específico para salud mental y PIB, 69, 69f
prevención, 4, 12, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 40, 46, 58, 71, 76
prevención del consumo de sustancias, 22
Principios de Siracusa sobre las Disposiciones de Limitación y Suspensión del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 328
problemas de salud mental y trabajadoras sexuales, 127
conceptos, 127
el problema y su atención, 128
 estrés postraumático, 131
 perfil sociodemográfico, 130
 trabajo sexual y depresión, 130
 violencia en el trabajo sexual y consumo de sustancias, 132
 recomendaciones, 133
procesos de exclusión social, 290
programas de prevención de suicidio, 320
promoción de la salud mental positiva, 95
 acciones para apoyar a las familias, 95
 incidir sobre los determinantes sociales de la salud, 95
 dar prioridad a la prevención de la violencia contra menores, 95
protocolos de atención, 155, 156
protocolos de evaluación y tratamiento, 255
psicoterapias breves, 205

381

R

- reacciones adversas más comunes a los medicamentos, 174f
recaídas frecuentes, 221
recomendaciones para la política de salud y posicionamiento de la ANM, 361
 apoyar la evaluación, investigación y reducir la brecha entre la generación
 del conocimiento y la aplicación en la comunidad, 361
 atención a lo largo del ciclo vital, 363
 cambiar el paradigma de atención, 361
 ética, 370
 formación de recursos humanos, 368
 grupos en mayor rezago, 366
 guías de práctica clínica, 366
 marco normativo, 369
 políticas de investigación, 367
 reducir la brecha de tratamiento, 364
 reincorporar el concepto de salud positiva, la promoción de la salud
 y la prevención de enfermedades, 364

- trastornos asociados, 365
- recuperación, 171
- rehabilitación integral, 221
- rehabilitación psiquiátrica integral, 217
 - programa para la rehabilitación integral de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del INPRFM, 218
 - beneficios del programa, 220
 - ingreso al programa, 219
 - recomendaciones finales, 222
- remisión de los síntomas depresivos, 173^f
- requerimiento de cuidado del paciente, 268
- requisitos para el desarrollo de habilidades, 231
- resistencia a los tratamientos, 188, 189
- resistencia y estigma, 193
- resistencia y presencia de padecimientos físicos, 188, 189
- respeto a la persona, principio, 343
- riesgo de suicidio en niños y adolescentes, 175
- rol de los astrocitos en la depresión, 164

S

- salud mental del adulto mayor, 101, 102
 - recomendaciones, 105
- salud mental del niño y del adolescente, 91
 - el problema y su atención, 92
 - recomendaciones para políticas de salud pública, 93
 - colaboración con el sector educativo, 94
 - formación de recursos humanos y disponibilidad de servicios con base en evidencia, 96
 - promoción de la salud mental positiva, 95
 - reducción de las barreras, 97
 - servicios en la comunidad, escuelas, atención primaria y vía Internet, 95
- science-to-service-gap (SSG), 232, 233
- Seguro Popular, 277
 - antecedentes, 277
 - programa Seguro Popular, 278
 - diagnóstico y tratamiento por déficit de atención con componente hiperactivo, 281
 - diagnóstico y tratamiento de autismo y síndrome de Asperger, 282
 - diagnóstico y tratamiento de trastornos afectivos, 282
 - diagnóstico y tratamiento de trastornos de ansiedad, 283
 - diagnóstico y tratamiento de trastornos psicóticos, 284
- sexismo, 139
- SSG. Véase *science-to-service-gap (SSG)*

- subtipos de depresión, 169c
- suicidio, definición y mortalidad, 313
 - factores de riesgo para el suicidio, 317
 - fundamentos para desarrollar una estrategia de prevención del suicidio en México, 320
 - prevención del suicidio, 318

T

- TARAA. Véase tratamiento antirretroviral altamente activo (TARAA)
- tasa de mortalidad de suicidio por entidad federativa, México 2013, 317f
- tasa global de homicidios, continente americano, 17
- tasas (x 100 000) de suicidio por edad quinquenal en la República Mexicana, 2013, 314f

TCS. Véase trastorno por consumo de sustancias (TCS)

teoría neurotrófica/plástica de la depresión, 163

383

TEPT. Véase estrés postraumático (TEPT), 131, 132

tiempo de especialistas en salud, 267

tiempo del psiquiatra, 267

tiempo entre ocurrencia de la enfermedad y el tratamiento, 16

trastorno de salud mental (TSM), 64, 65, 70, 71, 73

trastornos afectivos de la ansiedad, 243

trastornos mentales previos y riesgo de suicidio, 318

trastornos por consumo de sustancias (TCS), 46, 47, 48, 48c, 51, 52

trastornos psicóticos, 243

tratamiento

activo, 267

antirretroviral altamente activo (TARAA), 137, 138, 142

apoyo, 267

de rehabilitación, 267

especializado, 241

farmacológico de la depresión, 161

cumplimiento del tratamiento con antidepresivos, 176

diseños experimentales para evaluar la efectividad de los antidepresivos, 165

farmacovigilancia, 173

historia los antidepresivos, 162

indicaciones para el uso de antidepresivos, 165

antidepresivos, 166

depresión resistente a tratamiento con antidepresivos, 172

elección del tratamiento para la depresión, 166

estrategias teóricas para el manejo de los episodios depresivos, 166

objetivo del tratamiento con antidepresivos, 165

recidiva y recurrencia, 171

respuesta, remisión y recuperación, 170

subtipos de depresión y las recomendaciones de manejo, 168
uso de antidepresivos según la severidad de la depresión, 169
uso de la clinimetría para medir respuesta a antidepresivos, 170
mecanismos neurobiológicos de los antidepresivos, 163
proyección a futuro y tratamiento personalizado con antidepresivos, 177
 farmacogenética y farmacogenómica, 177
reacciones adversas a los medicamentos, 174
 reacciones adversas más frecuentes de los antidepresivos, 174
 riesgo de suicidio en adolescentes, 175
 síndrome serotoninérgico, 175
 uso de antidepresivos en el embarazo, 176
tratamiento involuntario, 347
tratamientos adecuados, 284
tratamientos farmacológicos para la depresión posparto, 86
TSM. Véase Trastorno de salud mental (TSM)

384

V

VIH y salud mental, 137
 atención en salud a personas con VIH en México, 143
 estigma en el VIH, la otra epidemia, 138
 recomendaciones para las políticas públicas sobre la atención a la salud
 mental y el VIH, 144
 salud mental en el VIH, 139
violencia, 2, 4, 6, 7, 11, 17, 18, 20, 21, 22, 41, 53, 66, 69
 en el trabajo sexual, 131, 132
 y delitos, 21
voluntarismo, consentimiento informado, 348
vulnerabilidad, 128, 334
vulnerabilidad diferencial, 61

La Academia Nacional de Medicina se congratula de festejar su sesquicentenario publicando, con el apoyo de CONACYT, una colección de libros de contenidos variados sobre temas trascendentales analizados desde diferentes perspectivas, que seguramente será lectura muy interesante para la comunidad médica no sólo de México sino también de otras latitudes en esta era global.

En los temas se entrelazan vivencias, pensamientos, ideas, inquietudes, sentimientos, todos escritos con erudición y amplio sentido humano y humanístico que se convierten en una aportación cultural y científica que exhibe la riqueza de experiencias de sus autores, quienes viven (o vivieron) en entornos fascinantes, enfrentando realidades y avances científicos y tecnológicos que los obligaron a desmitificar el halo con que habían sido cubiertos en el pasado para afrontar con objetividad los retos del nuevo milenio.

Con esta docta amalgama temática, la Academia Nacional de Medicina, fundada en 1864, honra la memoria de sus fundadores, notables pioneros del surgimiento de la medicina mexicana moderna.



150 AÑOS

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

