

Consideraciones sobre los problemas mentales y conductuales que afectan la salud en sociedades en desarrollo: el caso de México*

Ramón de la Fuente**

Summary

In these commentaries on the meeting on mental health within the series of conferences on "Investigation in Health, Stockholm's Declaration of 1990", organized by El Colegio Nacional (The National College), the socioeconomic characteristics of Mexico are pointed out, as well as the peculiar coexistence of health problems pertaining to developed and underdeveloped countries.

The XXVIII WHO's World Assembly, in 1975, declared that mental health disorders are important matters of public health, therefore it was requested from the member states to encourage their mental health programs.

Psychiatry has encouraged closer relations with biomedicine and neurosciences, and changed its center of action from the psychiatric hospital to health centers in the community.

Studies are being carried out in Mexico on sociodemographic and psychosocial factors that might be of etiological importance in psychopathology.

Two problems in Mexico in this area are tobacco and alcohol intake. Mention is made in this paper of some relevant studies and the AUDIT project of the WHO, for detecting subjects whose alcohol intake is causing difficulties to them.

Addiction to toxic substances is a transnational dynamic phenomenon. Its profile in this country is different from that of Colombia or the United States. Dependence to these substances is a complicated biopsychosocial phenomenon not well understood yet.

The available information on this matter was obtained from a series of surveys carried out by the Mexican Institute of Psychiatry (Instituto Mexicano de Psiquiatría) on the use of addictive substances. Our information regarding its prevalence in this country has been enriched by the National Survey on Addictions (Encuesta Nacional de Adicciones) carried out in 1988 with the participation of the General Bureau of Epidemiology of the Ministry of Health and this Institute. The studied population is representative of 75% of the total population in this country.

The findings of this survey show that the use of marijuana, amphetamines and inhalants predominates in Mexico; therefore, action is necessary in order to prevent the abuse of other toxics.

Mental health problems in children is another subject herein mentioned. It is estimated that 10% of children in urban areas require specialized attention, including those abandoned and mistreated due to their parents situation: alcoholism and poverty.

Increased life expectancy carries in itself the risk of more chronic and demential illnesses. Prevalence of dementia is still unknown, and there are no programs for studying psychosocial and mental disorders in old people.

In Mexico City, between one-third and one half of patients in the first level of attention have psychosocial and psychiatric disorders, specially depression and anxiety. Somatization and magic elaboration of symptoms prevent their identification, but appropriate training of personnel in this level will provide the possibility of making better diagnosis by means of scales, interviews and inventories, adapted to the cultural variables.

Efforts have been made to close the gap between psychiatry and mental health from medicine in general, by training investigators in three big areas: neurosciences, epidemiologic and social investigations and clinical investigations, but mental health will only reach rural and marginal populations by means of general health services, education and the active participation of everyone.

Resumen

En estos comentarios sobre la conferencia que trata de la Salud Mental dentro del ciclo dedicado al tema de "Investigación en Salud: La Declaración de Estocolmo 1990", organizado por El Colegio Nacional, se señalan las peculiaridades socioeconómicas de México, en donde coexisten los problemas de salud del mundo desarrollado con los del mundo subdesarrollado.

Desde la XXVIII Asamblea Mundial de la OMS, en 1975, se declaró que los trastornos mentales son problemas mayores de salud pública, por lo que se le pidió a los estados miembros que fortalecieran sus programas de salud mental.

La Psiquiatría ha contribuido a este proceso estrechando sus relaciones con la biomedicina y las neurociencias, y cambiando el núcleo de sus acciones del hospital psiquiátrico a los centros de salud en el seno de la comunidad.

Se están desarrollando en México estudios sobre factores sociodemográficos y psicosociales que pueden tener una importancia etiológica en psicopatología.

Dos problemas en esta área son el tabaquismo y el abuso del alcohol. Sobre este último se mencionan algunos estudios relevantes, y el proyecto AUDIT, de la OMS, para detectar a los sujetos que tengan dificultades por su manera de beber.

La adicción a sustancias tóxicas debe plantearse como un fenómeno dinámico y transnacional. Nuestro país presenta en este terreno un perfil muy diferente al de Colombia o al de los Estados Unidos. La dependencia a estas sustancias es un complejo fenómeno biopsicosocial aún no del todo conocido.

La información disponible actualmente en México se obtuvo de una serie de encuestas efectuadas por el Instituto Mexicano de Psiquiatría sobre el uso de sustancias adictivas. Nuestros conocimientos sobre su prevalencia en la nación se

* Ciclo de Conferencias "Investigación en Salud: La Declaración de Estocolmo 1990". El Colegio Nacional. Mayo, 1990.

** Director General del Instituto Mexicano de Psiquiatría y miembro de El Colegio Nacional.

ha enriquecido con la Encuesta Nacional de Adicciones, llevada a cabo en 1988 por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud y por este Instituto. La población estudiada es representativa del 75% de la población total del país.

De esta encuesta se desprende que en México predomina el consumo de marihuana, anfetaminas y sustancias inhalables, pero es necesario reforzar las acciones preventivas para evitar que se difunda el empleo de otros tóxicos de uso en otros países.

Otro de los temas que se trata en esta comunicación es el de los problemas de salud mental de los niños; se estima que por este motivo, el 10% de los niños de las zonas urbanas requieren intervención especializada, al igual que los menores abandonados y maltratados debido a la pobreza y al alcoholismo de los padres.

El aumento de las expectativas de vida en nuestro país conlleva el riesgo de que se presenten con mayor frecuencia enfermedades crónicas y demenciales. Aún se desconoce la prevalencia de las demencias, y carecemos de programas que estudien los problemas psicosociales y mentales de los ancianos.

En la ciudad de México, entre una tercera parte y la mitad de las consultas en el primer nivel de atención es atribuible a trastornos psicosociales y psiquiátricos, principalmente la depresión y la angustia. La somatización y la elaboración mágica de los síntomas hace difícil identificarlos, pero adiestrando adecuadamente al personal se podrán diagnosticar mejor estos problemas por medio de escalas, entrevistas e inventarios adaptados a las variantes culturales.

En México se ha hecho un esfuerzo para cerrar la brecha que hay entre la psiquiatría y la salud mental y el resto de la medicina, formando investigadores en las tres grandes áreas: neurociencias, investigaciones epidemiológicas y sociales, e investigaciones clínicas, pero sabemos que la salud mental sólo llegará a las poblaciones rurales y marginadas por medio de los servicios generales de salud, la educación y la participación activa de la población.

La Comisión Internacional para la Investigación en Salud en Países en Vías de Desarrollo convocó a un grupo de expertos en noviembre de 1988, con el propósito de examinar los problemas conductuales y mentales que afectan a las sociedades que tienen un nivel bajo de desarrollo, con el fin de recomendar programas de investigación e intervención.

En torno a éste y otros problemas de salud, el doctor Adolfo Martínez Palomo, miembro de la Comisión, organizó un ciclo de conferencias y me encomendó abordar el tema de la salud mental como complemento de su presentación en este campo.

Para comenzar, quiero hacer algunas consideraciones de carácter general: a menudo se habla del subdesarrollo como de algo que pudiera definirse en términos económicos, pero visto de cerca, el estancamiento económico es sólo un factor entre una serie compleja de factores asociados: hacinamiento en el hogar, mala nutrición, poca educación, desempleo o subempleo crónicos, salud precaria, desamparo en la vejez y en la adversidad, una familia demasiado numerosa y frecuentemente desintegrada, marginación cultural y un estilo de vida característico, en el que predominan la apatía, la incompetencia y la violencia potencial. Puede decirse que no obstante sus carencias, México no es un país subdesarrollado al grado en el que lo son otros países del continente, sino un país con un nivel intermedio de desarrollo. De ahí que comparta problemas de salud con el mundo industrializado

y con el mundo subdesarrollado. De hecho, es un país en peligro de tener "lo peor de ambos mundos". En algunos aspectos, nuestra infraestructura en salud está cerca de la de los países avanzados. Esta afirmación es también válida en lo que se refiere a algunas áreas de la investigación biomédica y sociomédica.

Hay otra consideración que me parece pertinente. No hay ningún dato que haga pensar que la salud mental sea menos crucial en las poblaciones rurales indígenas que no hablan castellano, que en las poblaciones urbanas. Lo que sí es aparente es que para aproximarse a estos problemas deben tomarse en cuenta las diferencias en la cultura y en el medio en que se producen. No tomar debidamente en cuenta la cultura, es decir, las tradiciones, las creencias, los patrones de interacción familiar, etc., explica en buena parte el fracaso de no pocas intervenciones en el campo de la salud.

Puesto que muchos problemas de salud alcanzan su expresión más dramática en las zonas marginadas que circundan a nuestras ciudades, conviene no perder de vista un hecho reiteradamente señalado. El debilitamiento de las redes de vinculación y de apoyo social, consecutivo a la movilización de la población del campo a la ciudad, hace más vulnerables a las personas e influye en la iniciación, curso y desenlace de diversas condiciones patológicas. Es en estas poblaciones donde muestran su rostro las carencias más elementales.

La importancia que hoy en día se atribuye a los fenómenos psicosociales en la salud, es algo relativamente nuevo. Conviene recordar que aun cuando la salud mental está incluida en sus principios, fue por primera vez en su XXVIII Asamblea Mundial, que se llevó a cabo en Ginebra, Suiza, en 1975, cuando la OMS declaró que los trastornos mentales son problemas mayores de salud pública y que la aplicación de los conocimientos generados en el campo de la salud mental pueden mejorar el cuidado de la salud en general, y ser usados para promoverla. La asamblea urgió a los estados miembros a fortalecer sus programas de salud mental como un componente de los servicios generales de salud y de los programas de salud pública.

En el pasado, cuando se hablaba de programas de salud mental pública, el centro de interés eran los trastornos psiquiátricos y el trato y tratamiento de las personas severamente perturbadas. En las últimas décadas, el acento se ha puesto en los aspectos psicosociales de la salud integral y, más selectivamente, en la promoción de la salud mental entendida como acceso al bienestar y al desarrollo, englobando, por lo tanto, una variedad de condiciones psicológicas y sociales no incluidas anteriormente. El hospital psiquiátrico dejó de ser el núcleo de las acciones y su lugar fue ocupado por el centro de salud en el seno de la comunidad. Por otra parte, en su campo tradicional, la salud mental se ha enriquecido con los notables avances de la psiquiatría, logrados merced a sus lazos cada vez más estrechos con la biomedicina, y a las aportaciones de las neurociencias.

El objetivo central de la investigación en el campo de la salud mental como problema de salud pública, es

reunir una base sólida de datos que permita establecer programas preventivos, es decir, diseñados para disminuir la posibilidad de que se presenten nuevos casos. Otro de los objetivos es evaluar la utilización de los servicios de salud mental y los resultados de los programas que en forma prominente hacen uso de la educación como medio para lograr cambios de actitudes, patrones de conducta y estilos de vida poco saludables.

En nuestro país, la investigación en el campo de la salud mental se inició prácticamente al final de la séptima década de este siglo, y en un principio sólo se ocupó de algunos problemas de la asistencia a enfermos mentales y del abuso de sustancias adictivas. Más adelante, el campo se amplió y se hicieron estudios correlacionales de factores sociodemográficos y psicosociales que directa o indirectamente pueden tener importancia etiológica en diversas condiciones psicopatológicas. Una gran proporción de estos estudios se ha llevado a cabo, desde 1978, en el Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Me referiré ahora a algunos de los temas que fueron abordados por los participantes en la reunión de Boston, y que he tenido oportunidad de revisar. Señalaré en cada caso los estudios que se han llevado a cabo en México sobre el tema y pondré el acento en algunas áreas que aún no han sido abordadas por nuestros investigadores.

En nuestro país, como en muchos otros, el tabaquismo es probablemente una causa importante de muerte prematura. Ya ha sido establecida la relación causal de este hábito con las enfermedades del corazón, las enfermedades respiratorias y el cáncer. Hay datos que hacen pensar que su consumo por las mujeres embarazadas se asocia con niños de poco peso y con otras complicaciones. La Encuesta Nacional de Adicciones indicó que en México, el consumo del tabaco es elevado, ya que comprende al 24% de la población de 12 años en adelante. Se estima que en México hay 7,665,021 fumadores y que el número tiende a aumentar (cuadro 1). No hemos aplicado aún las medidas preventivas que han sido eficaces en otros países, donde se aprecia ya una ligera tendencia a la disminución del consumo de cigarrillos. De hecho, apenas comenzamos a tener conciencia del impacto en la salud de esta adicción, tal vez la más difícil de superar.

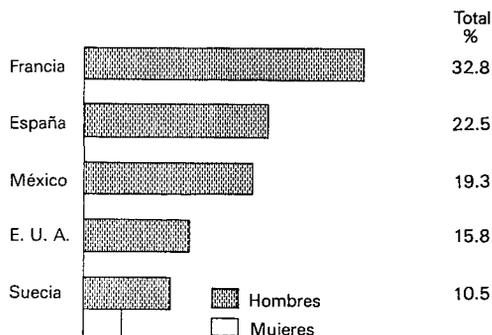
CUADRO 1
Prevalencia del uso del tabaco en la población nacional de 12 años en adelante

Hábito	Población en miles	
	Número	Porcentaje
Fumador	7, 665, 021	24.0
Ex-fumador	6, 888, 444	21.5
Nunca fue fumador	17, 419, 423	54.5
Total	31, 972, 888	100.0

Fuente: Encuesta nacional de adicciones. Dirección General de Epidemiología, SSA, e Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1988.

Un segundo tema es el abuso del alcohol y los problemas relacionados. El consumo de alcohol es la causa directa del 10% de todas las defunciones en los países desarrollados (cuadro 2).

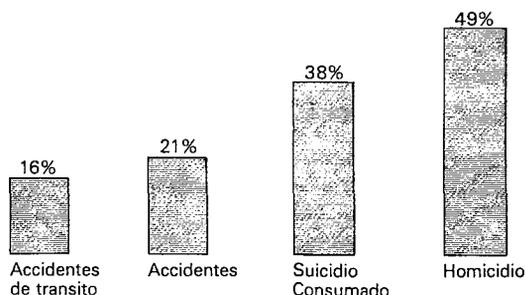
CUADRO 2
Fallecimientos por cirrosis hepática
Tasa por 100,000 habitantes



La mortalidad por cirrosis es, entre nosotros, una de las primeras 10 causas de muerte en la población general, y la primera en la población masculina entre los 35 y los 54 años (SPP, 1985). De diversos estudios se desprende que el patrón típico de consumo de nuestra población masculina -ingerir grandes cantidades en un breve lapso- se asocia con un índice particularmente elevado de problemas individuales, familiares y sociales.

Así, en el Distrito Federal, los registros de accidentes de tránsito debidos a la embriaguez del conductor aumentaron del 8.3% en 1968, al 16% en 1983. Los datos del Instituto Mexicano de Psiquiatría muestran que el abuso de alcohol se ha asociado con el 21% de los traumatismos que llegan a los servicios de urgencias, y con el 38% de los suicidios (cuadro 3). También se ha relacionado la embriaguez con el 50% de los homicidios y con otras acciones violentas, como las violaciones, el maltrato y el abandono de mujeres y niños.

CUADRO 3
Participación del alcohol en diversos sucesos, en el Distrito Federal



Se estima que la pérdida de productividad en el trabajo es del 12%. No conocemos aún cuál es la proporción de los niños que viven en las calles de México, cuyos padres son alcohólicos o enfermos mentales.

En un estudio transcultural llevado a cabo en una población urbana y otra rural de México, con el apoyo de la OMS, se puso de manifiesto, entre otros hechos, que en nuestras poblaciones tanto urbanas como rurales, el abuso de las bebidas embriagantes se ve favorecido por la costumbre, la tolerancia cultural, la libertad casi absoluta para venderlas y la propaganda comercial intensa, duradera y efectiva, que promueve su consumo.

Recientemente, en algunos países de Europa Occidental y de Norteamérica se ha experimentado una declinación moderada del consumo de alcohol, pero la información con que se cuenta sobre la tendencia global y la tendencia nacional indica que ha aumentado el consumo, el abuso y sus consecuencias individuales, familiares y sociales. El aumento de la producción comercial y del consumo de bebidas alcohólicas en México, como en otros países de América Latina, no puede ser ignorado. La relación entre la disponibilidad de sustancias tóxicas, su abuso, la dependencia a ellas y los problemas de salud, tanto familiares como sociales, justifican el énfasis que han puesto los programas en la prevención y en la identificación temprana de los casos, pues en una etapa inicial las perspectivas terapéuticas son mejores.

El AUDIT, elaborado en un proyecto de la OMS, es un instrumento de evaluación, sencillo y confiable, para detectar a los sujetos con problemas secundarios al consumo de bebidas alcohólicas, desarrollado por medio de un estudio multicéntrico. El instrumento, que incluye un cuestionario de 10 preguntas (AUDIT) y una evaluación clínica para determinar la enzima hepática gama glutamil transferasa, es especialmente útil para detectar a los sujetos que niegan o mienten sobre la cantidad de alcohol que ingieren. En México, también en colaboración con la OMS, se han estudiado métodos prácticos de intervención.

Abuso de otras sustancias adictivas

El abuso de sustancias que generan adicción es un fenómeno dinámico que traspasa todas las fronteras, si bien en cada país y en cada sociedad reviste características particulares. Por ejemplo, el caso de México es distinto al de Colombia y muy distinto al de Estados Unidos (cuadros 4 y 5).

Como es sabido, la dependencia a las drogas es un complejo fenómeno biopsicosocial. Conforme la adicción se arraiga, la experiencia del individuo se empobrece y el hábito dominante se convierte en el centro de su vida. Es una equivocación pensar que la causa de la dependencia a las drogas es el placer o la euforia que producen. Esta no es la verdadera razón, puesto que una proporción importante de sujetos continúa usando la droga cuando ya no experimenta placer, sino sufrimiento. El conocimiento, aún siendo incompleto, del complejo fenómeno de la dependencia puede ser la clave del problema.

CUADRO 4
Prevalencia del uso de drogas en 4 países

	México	Bolivia	Colombia	Perú
Cocaína	0.3%	4.4%	2.1%	2.6%
Mariguana	3.0%	3.8%	6.5%	8.3%
Inhalables	0.8%	N.A.	N.A.	3.6%

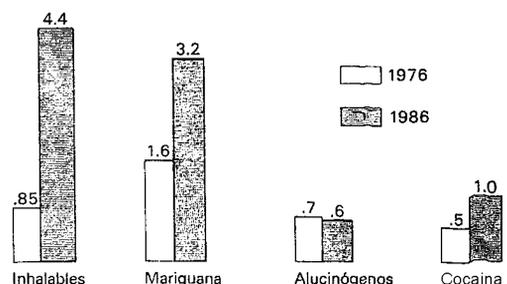
CUADRO 5
Prevalencia del uso ilícito de drogas
en México y Estados Unidos.
Población Total

	México	E.U.A.
Ultimo año	1.7%	19.3%
Ultimo mes	0.8%	12.0%

La Organización Mundial de la Salud estima que hay cerca de 5 millones de personas que usan cocaína, 29 millones que fuman mariguana y 4 millones que abusan de los barbitúricos, sedantes y tranquilizantes. Pakistán, con una población de 110 millones de habitantes, informó que de ellos 1.5 millones son adictos a la heroína, y se estima que hay 2 millones de consumidores de opio en el Medio Oriente, el sureste de Asia y el Pacífico occidental.

En México, el diagnóstico del fenómeno del abuso de sustancias adictivas se basa en un conjunto de investigaciones llevadas a cabo principalmente en el Instituto Mexicano de Psiquiatría: a) las encuestas nacionales en población estudiantil, que permiten conocer la tendencia del uso de drogas en un lapso de 10 años (cuadro 6); b) los estudios en poblaciones de alto riesgo, como son los menores sin hogar, las bandas juveniles y los usuarios de heroína y cocaína; c) los estudios sobre las consecuencias individuales y sociales del abuso de diversas sustancias; d) el desarrollo de un sistema de información acerca del abuso de fármacos, coordinado por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, en el que participan más de 40 organismos e instituciones de salud y de procuración de justi-

CUADRO 6
Prevalencia nacional del consumo de drogas
entre los estudiantes
1976 - 1986



cia en el Distrito Federal. Este sistema ha sido un instrumento útil para conocer las tendencias del fenómeno e identificar los brotes en el abuso de nuevas sustancias, los cambios en las vías de administración y en los grupos que tradicionalmente las consumen. Estas y otras investigaciones han generado la información de que hoy disponemos acerca del abuso de sustancias adictivas en México. Recientemente nuestro conocimiento se ha visto enriquecido por los datos sobre la prevalencia a nivel nacional, que arroja la Encuesta Nacional de Adicciones llevada a cabo en 1988 por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud y por el Instituto Mexicano de Psiquiatría. El diseño operativo estuvo a cargo de la primera de las instituciones mencionadas, y el diseño conceptual, a cargo de la segunda. El marco muestral maestro fue el de la Secretaría de Salud y, en conjunto, la población estudiada es representativa del 75% de la población total del país.

Merced a estos estudios, sabemos que en nuestro país, el abuso de las drogas que son objeto de tráfico ilícito no ha alcanzado aún dimensiones epidémicas, y que el problema se muestra en formas y grados distintos en las diversas regiones del país. Predomina el consumo de marihuana, anfetaminas y sustancias inhalables, en tanto que el consumo de heroína es escaso y permanece estable, pero el de cocaína, incluyendo sus formas y vías de administración más peligrosas, muestra ya su rostro en nuestros grandes centros urbanos (cuadro 7). Sin embargo, debido a las tendencias mundiales del problema y a la creciente disponibilidad de estas sustancias, es de suponerse que el consumo podría extenderse. La experiencia internacional es que una vez que el consumo de drogas se ha extendido en una población, es extremadamente difícil controlarlo. Es por esto que debemos estar alertas y reforzar las acciones de prevención.

Un aspecto del fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas, que es causa de especial preocupación, son los niños y jóvenes que inhalan disolventes y

cementos de amplio uso en la industria. Se han comprobado los severos efectos físicos y psicológicos que se asocian con este hábito, así como con la desintegración familiar, la deserción escolar y las conductas delictivas. La inhalación reiterada de benceno, tolueno, metanol y otras sustancias similares puede causar daño cerebral, hepático y de la médula ósea, así como daños psicológicos que conducen a la pérdida de la competencia social. El riesgo es mayor en los niños mal alimentados que viven en condiciones de gran insalubridad.

Las estadísticas muestran que, entre nosotros, el consumo de sustancias psiquedélicas, como el LSD y la psilocibina, que nunca fue elevado, ha disminuido en forma notoria, y no hay pruebas de que se comercie con las llamadas "drogas diseñadas", ni que éstas se consuman; tampoco del deslizamiento de drogas de uso médico al tráfico ilícito.

Las investigaciones epidemiológicas y clínicas relacionadas con el abuso de sustancias tóxicas, son buenas; nuestros centros de información son eficientes; hemos avanzado en el conocimiento del fenómeno; pero el problema es complejo y variable, además de que no se han podido abordar otros aspectos del fenómeno por falta de recursos financieros y humanos.

Los problemas de salud mental en los niños

Aun en países como el nuestro, en los cuales la mortalidad infantil es elevada, ocurre que sobrevive un número cada vez mayor de niños debido al mejoramiento de los cuidados perinatales. Paradójicamente, este avance ha traído consigo el aumento de la prevalencia del retardo mental y otras formas de patología conductual.

En algunos estudios se ha informado de la prevalencia de los problemas emocionales, intelectuales y conductuales de los niños. Cuando estos niños tienen problemas, como las dislexias, la hiperquinesia, los trastornos de la atención, el aislamiento y el rechazo, etc., que no son identificados ni tratados, corren el riesgo de convertirse en desertores escolares y, eventualmente, muchos caen en el abuso de sustancias tóxicas y en las conductas delictivas. Se estima que en las zonas urbanas de nuestro país, el 10% de los niños tienen problemas que requieren de la intervención profesional. Esta cifra es equiparable a la de los países desarrollados.

Podría elaborarse un modelo funcional, apropiado a los diferentes estadios de desarrollo de los niños, que tomara en cuenta las diferencias culturales para identificar a aquéllos que están en riesgo y tienen necesidad de ser atendidos.

Aunque en nuestras poblaciones marginadas se descuida a los niños, se les maltrata y en muchos casos se les abandona, nuestro problema no parece ser tan dramático como el de Brasil o el de la India, pero en realidad no lo conocemos en sus verdaderas dimensiones. Lo que sí sabemos es que está estrechamente relacionado con la situación demográfica, la pobreza, la deserción escolar y el alcoholismo de los padres.

Los adolescentes merecen un capítulo especial. Sólo

CUADRO 7
Prevalencia del consumo consuetudinario de drogas

Drogas	Población
Analgésicos narcóticos	0.1%
Tranquilizantes	0.7%
Sedantes	0.2%
Depresores	0.3%
Anfetaminas	0.7%
Estimulantes	0.1%
Inhalables	0.7%
Marihuana	2.6%
Alucinógenos	0.3%
Cocaína	0.3%
Heroína	0.1%

Fuente: Encuesta Nacional de Adicciones. Dirección General de Epidemiología, SSA, e Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1988.

mencionaremos que sus conductas peligrosas: el consumo de drogas, los embarazos prematuros, la violencia, la conducta predelictiva, etc., se relacionan con sus dificultades para encontrar un lugar en la sociedad.

En nuestro país también han aumentado las expectativas de vida y, con ello, el riesgo de presentar enfermedades crónicas y demenciales. En 1986, la Organización Mundial de la Salud estimó que del 5 al 8% de las personas de más de 65 años, y del 15 al 20% de quienes tienen más de 80 años sufren un grado significativo de demencia. En México desconocemos la prevalencia de las demencias y no contamos con programas para estudiar las características propias de los problemas psicosociales y mentales de nuestros ancianos: los estados tóxicos, el hidrocefalo con presión normal, el hipotiroidismo, la encefalitis y la seudodemencia depresiva, entre otros.

Problemas psiquiátricos y psicosociales en el primer nivel de atención

Arthur Kleiman indicó que entre un 35% y un 50% de todas las consultas en los servicios de atención primaria de la salud y en los servicios de medicina familiar, se deben a problemas psicosociales y psiquiátricos. Estos problemas incluyen reacciones agudas ante el estrés, trastornos depresivos y de angustia por sí mismos o superpuestos a otras condiciones médicas, con la consecuencia de que amplifican sus síntomas y agravan su incapacidad. En una categoría heterogénea, este autor considera también condiciones tales como el síndrome del dolor y los problemas relacionados con él, los síntomas funcionales de los distintos aparatos y sistemas, por los cuales se puede pensar que el componente psicológico participa en su iniciación, curso y evolución.

En un estudio de la OMS se encontró que de las personas que acuden a consulta a los centros de atención primaria, del 10.5 al 20% sufren trastornos depresivos o de angustia. Esta proporción es mayor que la encontrada en la consulta de enfermedades infecciosas. Lo que parece inaceptable es que un trastorno médico, que es causa de grandes sufrimientos y para el cual se cuenta con tratamientos efectivos, no sea debidamente atendido.

Un hecho documentado es que en la ciudad de México, entre una tercera parte y la mitad de las consultas en el primer nivel de atención es atribuible a problemas psicosociales y psiquiátricos, principalmente depresión y angustia, ya sea como padecimientos principales o superpuestos a otros padecimientos. La somatización y la elaboración mágica de los síntomas dificulta la identificación de estos trastornos entre la población menos educada.

Se ha demostrado que al personal del primer nivel de atención se le puede adiestrar para que diagnostique estos y otros trastornos psiquiátricos, y así proporcionarle a un número elevado de estos enfermos un tratamiento efectivo que reduzca los síntomas, la incapacidad, el número de consultas, la hospitalización y el costo general. Es insuficiente la atención que hasta ahora le hemos prestado a este problema, por lo

que es necesario desarrollar métodos sencillos que permitan identificar los trastornos y las enfermedades psiquiátricas por medio de entrevistas, escalas, inventarios, etc., adaptados a las variantes culturales.

Otras enfermedades mentales

La OMS ha establecido que el 10% de la población tiene la probabilidad de sufrir alguna vez en la vida una enfermedad mental mayor. En los países en desarrollo, la epilepsia afecta al 5% de la gente, lo que supera la tasa de los países industrializados, que es del 0.5 al 1%.

Un área de interés es el estudio comparativo de la incidencia, manifestaciones y curso de la esquizofrenia. Un estudio multicéntrico de la OMS mostró una notable similitud en las tasas de incidencia de esta enfermedad en diferentes culturas y ambientes, y confirmó los hallazgos de un estudio piloto anterior, en relación a las diferencias en el desenlace de los trastornos mentales en los países desarrollados y en los no desarrollados. Se ha estimado que 1% de la población del mundo sufre de esquizofrenia. En México no conocemos cuál es la prevalencia de esta enfermedad, cuya evolución ha tomado un curso más favorable en virtud de los avances terapéuticos.

Desconocemos la prevalencia de las enfermedades mentales de las personas que no tienen hogar. Muchos enfermos mentales están abandonados y otros están en las cárceles. En nuestro país los hospitales psiquiátricos están subocupados y todavía no se han desarrollado alternativas para manejar a estos enfermos. En general, son insuficientes los centros de salud y los hospitales generales que cuentan con servicios de salud mental, donde pueden identificarse y abordarse muchos casos en la consulta externa.

Conclusiones

Nos adherimos sin titubeos a la idea de que, no obstante la necesidad imperiosa de proveer de servicios a la población que aún carece de ellos, la investigación en el área de la salud mental es un eslabón necesario en la cadena de acciones que puede contribuir al desarrollo. El conocimiento de los problemas psiquiátricos, psicosociales y médicos, y las acciones que de ello se derivan, es una estrategia para romper el círculo que forman la enfermedad, la pobreza y el crecimiento acelerado de la población.

En la última década se ha hecho en México un gran esfuerzo para cerrar la brecha que ha separado a la psiquiatría y la salud mental del resto de la medicina, y para ello ha sido necesario formar y reclutar investigadores en las tres grandes áreas: neurociencias, investigaciones epidemiológicas y sociales e investigaciones clínicas.

Nuestros recursos financieros y humanos son insuficientes para abarcar el amplio territorio que se extiende ante nuestros ojos. Nuestros avances son aún fragmentarios y carecemos de indicadores precisos para evaluar los programas, pero contamos con

investigadores capacitados en las áreas principales. Hasta hace poco tiempo, en nuestro país se le asignaba un lugar modesto a la salud mental en los programas de salud pública; ahora se tiende a asignarle el lugar que le corresponde.

Quiero apuntar hacia algunas áreas que abordaremos en un futuro inmediato, mientras continuamos afinando y ampliando las investigaciones que he mencionado: Iniciaremos el estudio de la prevalencia de las demencias y otros problemas de la senectud, y otro de

los trastornos afectivos, con un enfoque transcultural. También hemos iniciado un programa relacionado con los aspectos psicosociales de la esquizofrenia.

Para terminar, diré que en la salud mental, más que en otras áreas de la medicina, es necesario relacionar el conocimiento específico de nuestros problemas con acciones de salud. Vemos con claridad que la salud mental sólo le llegará a las poblaciones rurales y marginadas por medio de los servicios generales de salud, la educación y la participación activa de la población.

BIBLIOGRAFIA

- AOKI M, HISAMICHI S (eds): Smoking and health. *Proceedings of the Sixth World Conference on Smoking and Health*. Excerpta Medica, 1988.
- BARROSO R: Alteraciones morfológicas producidas por inhalantes. *Cuadernos Científicos CEMEF*, 2:97-106, 1975.
- BAVOR T, DE LA FUENTE J R: Alcohol use disorders identification test. Reporte de la Organización Mundial de la Salud. Suiza, 1989.
- CAMPILLO C: Prevención del abuso del alcohol en mexicanos y mexicanos-norteamericanos. En: *Consumo de Alcohol en México y Estados Unidos*. Ed. UCLA, USA, 1987.
- CAMPILLO C, CARAVEO J, MEDINA-MORA M E, MARTINEZ LANZ P: Confiabilidad entre clínicos utilizando la entrevista psiquiátrica estandarizada de Goldberg en una versión mexicana. *Acta Psiquiátr y Psicol de Amer Lat*, 27:44-53, 1981.
- CAMPILLO C, DIAZ R, ROMERO M: Early detection on a management of alcohol related problems in Mexico. *Australian Drug and Alcohol Review*, 6:309-313, 1987.
- DE LA FUENTE R, CAMPILLO C: Alcoholism and drug abuse in Mexico. En: B Rutledge y EK Fulton (Eds.). *International Collaboration, Problems and Opportunities*. WHO/ARF. Toronto, 88-96, 1978.
- DE LA FUENTE R: Las adicciones y los programas para combatirlas. *Salud Mental*, 8(2):1-4, 1985.
- DE LA FUENTE R, MEDINA-MORA M E: Las adicciones en México. I. El abuso de alcohol y problemas relacionados. *Salud Mental*, 10(2):3-13, 1987.
- DE LA FUENTE R, MEDINA-MORA M E: Las adicciones en México. II. El abuso y la dependencia de fármacos psicoactivos. *Salud Mental*, 10(2):14-21, 1987.
- DE LA FUENTE R: Semblanza de la salud mental en México. *Salud Pública Méx*, 30(6):861-871, 1988.
- GIEL R, ARANGO M, CLIMENT C: Childhood mental disorders in primary health care: results of observation in four developing countries. *Pediatrics*, 68:677-683, 1981.
- GUTIERREZ J H, BARILAR E: Morbilidad psiquiátrica en el primer nivel de atención de la ciudad de México. *Bol of Sanit Panam*, 101(60):648-657, 1986.
- GUTIERREZ J H, TOVAR H: La vigilancia epidemiológica de las alteraciones mentales. *Salud Pública Méx*, 26(5):464-483, México, 1984.
- KLEINMAN A: Psychosocial and psychiatric conditions in primary care in developing societies. *Workshop on Behavioral Conditions Affecting Health and Health Care in Developing Societies*. Noviembre 28, 1988.
- LITVAK J, RUIZ L, RESTREPO H, MC ALISTER A: The growing noncommunicable disease burden, a challenge for the countries of the Americas. *PAHO Bulletin*, 21(2): 156-171, 1987.
- MEDINA-MORA M E, PADILLA G P: Prevalencia de trastornos mentales y factores de riesgo en una población de la práctica médica general. *Acta Psiquiátrica Psicol Am Lat*, 31:53-61, 1985.
- MEDINA-MORA M E, TAPIA CONYER R, SEPULVEDA J: Extensión del consumo de drogas en México: Encuesta Nacional de Adicciones. Resultados nacionales. *Salud Mental*, 12(2):7-12, 1989.
- NATERA G: El consumo de alcohol en zonas rurales. *Salud Mental*, 10(4):59-66, 1987.
- NATH U R: *Smoking*. Third World Alert. Oxford University Press, 1985.
- OMS: Reseña de la XXVIII Asamblea Mundial de la Salud. *Bol of Sanit Panam*, 79(2):173-175, agosto 1975.
- ORTIZ A, CAUDILLO C: Alteraciones cognoscitivas en menores usuarios crónicos de sustancias inhalables. Informe de un estudio experimental. *Salud Pública Méx*, 27(4): 286-290, 1985.
- PADILLA P, PELAEZ O: Detección de trastornos mentales en el primer nivel de atención. *Salud Mental*, 8(3):66-72, 1985.
- SARTORIUS N y cols: Depressive disorders in different cultures. Report on the WHO Collaborative Study on Standardized Assessment of Depressive Disorders. WHO. Ginebra, Suiza, 1983.
- SARTORIUS N, HARDING T: The WHO collaborative study on strategies for extending mental health care I: The genesis of the study. *Am J Psychiatry*, 140:1470-1473, 1983.
- SALTIJERAL M T, TERROBA G: Epidemiología del suicidio y del parasuicidio en la década de 1971 a 1980 en México. *Salud Pública Méx*, 29:345-360, 1987.
- TAPIA R y cols: Situación epidemiológica del tabaquismo en México. Una comparación entre la Encuesta Nacional de Salud y la Encuesta Nacional de Adicciones. *Anales del IMP, Reseña de la V Reunión de Investigación*, marzo 1990.
- TOVAR ACOSTA H, GUTIERREZ AVILA J H, VILLANUEVA SOSA R: La investigación epidemiológica de las alteraciones mentales. Trascendencia, métodos y lineamientos para su desarrollo en México. *Salud Mental*, 7(4):10-23, 1984.
- WHO: Schizophrenia. An international follow-up study. Wiley J. Toronto, 1979.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION: The international pilot study of schizophrenia. Ginebra, Suiza, 1973.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION: Scientific group report. Dementia in later life. Research and action. WHO. Ginebra, Suiza, 1986.