

# Atención en salud mental regionalización y reorientación en el marco de la descentralización de servicios de salud en México

Oscar Benassini\*

## Summary

The mental health services in Mexico, specially those offered by public health institutions, have always shown some major problems of organization. Examples of this problems are the lack of epidemiological information to support decisions, the insufficient resources available for this kind of services, and the absence of mental health activities at primary care units and programs. The Minister of Health of the federal government is changing its management politics in public health services, in order to give faculties to the local movements of each state of the country in health services matters. This process constitutes and opportunity for mental health services, which must include the creation of mental health local offices, educational programs for the health staff, reorientation of the rol of psychiatric hospitals from treatment of mental disorders to rehabilitation, on the basis of a more close contact with the communities, and the inclusion of mental health topics, programs and activities at primary health care services.

**Key words:** Mental health, regionalization, decentralization.

## Resumen

La atención a problemas de salud mental por parte de instituciones de salud ha mostrado siempre problemas de organización y prestación de servicios, entre los que destacan la falta de información epidemiológica, la escasas de recursos destinados a estos programas y la ausencia de actividades en la atención de primer nivel, con la consecuente desvinculación de otros programas y servicios. La política descentralizadora de servicios a las entidades federativas por parte de la Secretaría de Salud, brinda una oportunidad de reorganizar y reorientar la atención a la salud mental. Una propuesta de esta naturaleza debe incluir entre otras medidas la creación de instancias administrativas locales en la estructura de los servicios en los estados, la capacitación al personal de salud en tópicos de psiquiatría y psicología, la reorganización de los hospitales psiquiátricos, orientándolos a programas de rehabilitación y vinculándolos con la comunidad, y la incorporación de la salud mental como un componente más de la estrategia de atención primaria a la salud.

\* *Director de Servicios de Salud Mental. Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora. L.D. Colosio final y Calle C. Quintero Arce, 83230, Hermosillo, Sonora. Tels: (9162) 18-32-13 (9162) 60-33-90 fax email: benassini@rtn.uson.mx*

**Palabras clave:** Salud mental, regionalización, descentralización.

## 1. Antecedentes históricos

El enfoque centralista a los problemas de salud en México encuentra su origen en la concentración de universidades, instituciones de investigación y servicios de alto nivel de especialización en la capital del país, por la sencilla razón de que ahí nacieron, y de ellos se desprendieron nuevos conceptos y programas. El Instituto Nacional de Cardiología y el combate a la fiebre reumática, o el Centro Dermatológico Pascua y la lucha contra la lepra pueden ser dos buenos ejemplos de esta situación. Las autoridades sanitarias se concentraban en la ciudad de México y lo mismo ocurría con los recursos humanos y técnicos para el desarrollo de programas de salud. En consecuencia, la iniciativa en los programas fue del centro, y lo mismo ocurrió con su administración. Esta etapa de desarrollo científico y tecnológico de recursos para atender las enfermedades sin duda ofreció las bases. Posteriormente fue necesario que los programas se extendieran, en su alcance geográfico y por lo tanto en su impacto, y los gobiernos se preocuparon por federalizarlos. Nacieron así, diversas instancias locales en cada estado, encargadas de administrar programas federales de salud. Al inicio de la década de los ochenta estas instancias fueron agrupadas en jefaturas estatales de servicios. A partir de 1982 comienza a hablarse en el país de la descentralización como una de las políticas fundamentales del nuevo gobierno federal, y la Secretaría de Salud resulta una de las primeras y más decididas dependencias que llevan a cabo este proceso. La primera etapa del proceso de descentralización de servicios de salud se caracterizó, sin embargo, por la conservación de lineamientos y de estructura en los programas, todavía uniformes para todo el país. Sigue a la descentralización el interés, en diferentes entidades, por las características locales de los problemas de salud, y en consecuencia por la regio-

nalización de prioridades y recursos para la salud y su administración. El modelo SILOS (Sistemas Locales de Salud) es un ejemplo excelente de este interés (14).

Todos estos fenómenos resultan más o menos comunes para casi todos los problemas de salud. Los problemas de salud mental y la evolución de recursos y programas para su atención presentan algunas diferencias con este patrón general. El interés de gobiernos y comunidades se concentró en principio en las grandes enfermedades mentales, en el deterioro grave que ocasionan a quienes las padecen, y en las consecuencias sociales de tal deterioro. Se crearon entonces instituciones en diferentes partes del país, en ocasiones por iniciativa de los gobiernos locales, en otras por iniciativa del gobierno federal como en el caso de la "Operación Castañeda", cuya orientación general se encaminaba a la custodia de personas seriamente afectadas. Se intentó entonces agrupar a todas estas instituciones bajo el control de una instancia federal, la Dirección General de Salud Mental, encargada de la administración directa de un buen número de hospitales psiquiátricos en todo el país, y de hacer un intento por normar y apoyar a los que no operaban con recursos federales.

Hasta aquí, se hablaba muy poco de otras modalidades de daños a la salud mental más allá de las grandes enfermedades mentales, y mucho menos de políticas, lineamientos, programas y recursos para atenderlas, y de un enfoque integral a la atención en salud mental como responsabilidad de todos los niveles de atención. El programa de formación de equipos de salud mental, que contaban con un médico especialista en psiquiatría y un psicólogo, en diversos centros de salud en la ciudad de México, constituyó una honrosa excepción a esta tendencia.

Al desaparecer la Dirección General de Salud Mental, los hospitales que administraba pasaron a ser responsabilidad de las jefaturas locales de servicios, y en conjunto con los hospitales locales en varios estados, forman un verdadero mosaico, con normas, lineamientos de operación, recursos, esquemas administrativos y servicios muy heterogéneos. Con frecuencia pasan por alto la situación epidemiológica de los males mentales, las características locales de ésta, y su impacto en la salud pública. El retroceso resultaba entonces evidente.

Las sucesivas crisis financieras en nuestro país y la limitación de recursos que provocaron, se reflejó en la atención a la salud, y las administraciones optaron por restringirlos de manera importante a los servicios psiquiátricos para apoyar otros programas considerados de mayor prioridad. Estos servicios, deben admitirse, carecían además de propuestas coherentes y organizadas.

El gobierno federal encaminó entonces sus esfuerzos al trabajo normativo, entre cuyos frutos pueden destacarse las reuniones nacionales de análisis de la atención psiquiátrica, la Norma Oficial Mexicana en la materia (9), y el refuerzo de unidades hospitalarias con recursos presupuestales adicionales.

## 2. Instituciones locales

En la mayor parte de las entidades se dispone de recursos humanos, materiales y financieros, organiza-

dos en instituciones hospitalarias para la atención de trastornos psiquiátricos, que provienen de dos diferentes orígenes. Puede tratarse de esfuerzos de los gobiernos locales por resolver sus problemas con los enfermos mentales, o puede tratarse de recursos producto de políticas y programas federales. El panorama es heterogéneo, y se dan casos de estados con servicios institucionales de salud que no disponen de consultorios, camas hospitalarias, médicos especialistas o algún otro recurso, y estados en los que incluso puede hablarse de duplicidades y desperdicios.

Los servicios de atención especializada en problemas de salud mental han sido difíciles de incorporar a los regímenes administrativos de salud y a los paquetes de servicios, en vista de que se rigen por lineamientos técnicos y utilizan indicadores claramente diferentes a los que se emplean en otros programas de atención a la salud. Estos servicios, por lo tanto, no se han desarrollado a la par de otros y presentan rezagos evidentes en áreas como la vigilancia epidemiológica, los programas preventivos, la capacitación al personal y la investigación científica.

En buena medida el fenómeno obedece a que su orientación ha sido tradicionalmente dirigida a la atención especializada; asume que su campo es la enfermedad y responde de manera expectante a la demanda de quienes enferman, intentando curar sus síntomas. Al concentrar sus esfuerzos en la atención especializada estos programas resultan difíciles de incorporar a los sistemas de atención, así como normarlos—supervisarlos— y evaluarlos por alguna instancia oficial como el resto de los servicios. Es frecuente, incluso, que se empleen criterios para la planeación y administración de servicios psiquiátricos similares a los que se emplean para otros servicios, con resultados generalmente malos.

En todos los estados es notable la ausencia de esfuerzos y propuestas para incorporar a los males mentales a la estrategia de la Atención Primaria a la Salud (5) y se carece de actividades anticipatorias que se ocupen de factores de riesgo, que programen intervenciones para atenuarlos o modificarlos y que fomenten la organización y la participación de la comunidad.

## 3. Epidemiología en salud mental

Una propuesta sería de organización y regionalización de servicios de salud mental debe ir acompañada de una descripción de los daños por prevenir, tratar y rehabilitar, en términos de su magnitud y su impacto sobre la salud individual y colectiva. En este sentido, la información de que se dispone en nuestro país acerca de la magnitud de los trastornos mentales, de su impacto social y económico y sobre todo de sus condicionantes, es aún muy limitada, con excepción de los avances en algunos campos como la farmacodependencia y el alcoholismo (11,12). El rezago en este campo será difícilmente superable si no se parte de las nuevas propuestas para la práctica de una epidemiología dirigida a los riesgos y no a los daños (8).

En otras áreas, y para otras modalidades de problemas de salud, la epidemiología ha ofrecido informa-

ción sobre riesgos de morbilidad y de mortalidad a los que están expuestas las poblaciones. Estos datos se traducen en la expresión de la probabilidad matemática de que un número determinado de eventos de enfermedad o de muerte se presente en la población (1). Para la mayoría de los problemas mentales, este tipo de información es aún limitada y producto de esfuerzos aislados, sin que se haya implementado un sistema que pretenda generar datos globales.

Debe considerarse además que en lo sucesivo, la epidemiología deberá predecir la probabilidad matemática de que un sujeto identificado incurra en ciertos riesgos y por lo tanto enferme. La atención anticipada, basada en la práctica programada, sólo es posible en el momento en que se han identificado los sujetos de riesgo específicos (6). Se trata de transcurrir, del énfasis clásico en el diagnóstico de la enfermedad, al diagnóstico de los riesgos del individuo. Un inventario de factores de riesgo de los individuos de una población, deriva después al riesgo o riesgos específicos de cada familia y de cada individuo (4). La identificación de familias riesgógicas, una propuesta promisoriosa en el campo de la enfermedad mental, resulta todavía poco explorada.

Tomando en consideración los conceptos anteriores, ¿qué puede decirse de la información epidemiológica disponible y necesaria para la documentación de los principales trastornos psiquiátricos?

En forma simplista, y eludiendo momentáneamente los sistemas de clasificación vigentes, los problemas que parecen tener mayor frecuencia y provocar un mayor impacto podrían incluirse en cuatro grandes grupos:

#### *Trastornos mentales mayores*

Son enfermedades que generalmente evolucionan hacia la cronicidad, deterioran de manera grave los procesos de ajuste del individuo, provocando discapacidad y la necesidad de custodia y soporte familiar y comunitario. Son, por otra parte, las tradicionalmente atendidas en servicios psiquiátricos. Destacan en este grupo la esquizofrenia y los trastornos afectivos mayores. La prevalencia estimada para estas enfermedades oscila entre el 0.5 y el 1 % para la primera (3), y se halla alrededor del 10 % para un episodio alguna vez en la vida para la segunda (3). No es posible hablar de diferencias en estas tasas en diferentes regiones o entidades del país. Existen avances notables en cuanto a la identificación de los factores de riesgo. Destacan entre ellos el riesgo genético, los antecedentes de infecciones virales durante el embarazo, el desarrollo cognoscitivo infantil anómalo y el empleo de drogas. No existen desde luego propuestas para la atención programada de estos riesgos.

#### *Ansiedad y trastornos somatomórficos*

Se trata de grupos de enfermedades que no suelen deteriorar tan seriamente a quienes las sufren, pero que generan una importante demanda de servicios en los diferentes niveles de atención en salud, que por desconocimiento suele ser mal satisfecha. Con frecuencia provocan discapacidad, que si bien no es tan grave

ni suele ser permanente, puede repetirse con cada etapa de agudización. Destacan la ansiedad generalizada y las crisis de ansiedad, las fobias y los trastornos obsesivo-compulsivos, los trastornos somatomórficos y los hipocondriacos. Si intentamos considerar las diferencias locales o regionales en su aparición, tales diferencias podrían ejemplificarse utilizando como indicador al suicidio consumado. También en este grupo se trabaja en la identificación de factores de riesgo. De la misma forma que para los anteriores, no existen aún propuestas de atención programada para ellos, y en cambio se ha enfatizado la importancia de la atención de las personas afectadas.

#### *Enfermedades adictivas*

Cuando se habla de daños a la salud mental suelen citarse en este rubro a la farmacodependencia y al alcoholismo. Tienen un gran impacto sobre la salud individual y colectiva, y se asocian con improductividad, desajuste familiar y social, violencia, hechos delictivos y enfermedades graves que ocupan importantes lugares en la mortalidad general, tales como la cirrosis hepática. En este grupo sí puede hablarse de diferencias en las características regionales y locales de los problemas (2). Esto es especialmente cierto para la farmacodependencia si consideramos a la región norte del país y a las llamadas "drogas duras". Se habla ya de zonas y ciudades de mayor riesgo y de características socioculturales locales que se relacionan con la presentación de estos problemas, de acuerdo con el enfoque tradicional. Además, existen avances notables en la identificación de individuos en riesgo y de los factores que así lo determinan. Para este grupo sí existen esfuerzos importantes de atención programada para atenuar los riesgos. Su impacto real, empero, es muy dudoso.

#### *Trastornos mentales infantiles*

Se trata de un importante número de desviaciones del desarrollo neuropsicológico que aparecen desde la edad de recién nacido hasta el término de la adolescencia. Tradicionalmente han sido abordadas por el sector educativo a través de los servicios de educación especial, dada su repercusión en los procesos de aprendizaje de los niños. En menor medida han sido responsabilidad de servicios psiquiátricos y psicológicos especializados, así como de servicios pediátricos. Destacan aquí trastornos como el retardo mental, los trastornos de atención con hiperactividad, los trastornos emocionales y los trastornos de aprendizaje y conducta. Existen diferencias regionales y locales en cuanto a la importancia que se les concede y a los recursos que se destinan para tratarlos. Su magnitud en nuestro país en términos de prevalencia no es clara todavía, y a pesar de ello sí se dispone de información que permitiría identificar individuos en riesgo. Salvo el programa de detección temprana de fenilcetonuria e hipotiroidismo para la prevención del retardo mental (13), no pueden mencionarse otros de tipo anticipatorio y programado por parte de instituciones del sector salud.

#### **4. Financiamiento y administración**

Al revisar los antecedentes históricos de las instituciones públicas prestadoras de servicios psiquiátricos en el país pueden constatarse, para todas y cada una de ellas, las constantes dificultades para obtener los recursos necesarios para su operación, debido generalmente a que las prioridades para quienes toman decisiones financieras en el área de la salud suelen estar alejadas de los problemas que estos servicios atienden. Recursos otorgados en forma contingente, ausencia de estructuras administrativas y de organización que estimen, gestionen y manejen estos recursos, y escasa innovación en los programas de atención, son circunstancias comunes en este campo. Los servicios suelen tener recursos de orígenes diversos, a veces federales, a veces estatales, a veces municipales, y en ocasiones incluso de instituciones y fondos de beneficencia pública y privada. No son raras las instituciones que operan con recursos de varias de estas fuentes de financiamiento, y no es raro tampoco que quienes participan en la gestión y el otorgamiento de los recursos, deseen además participar en la toma de decisiones acerca de la operación de los servicios. Buena parte de la problemática surgida de la operación de servicios de atención psiquiátrica ha tenido que ver con la toma de decisiones administrativas por parte de instancias escasamente enteradas de su naturaleza, su misión y sus requerimientos. Por otra parte, ha sido muy frecuente que los directivos de estas instituciones concentren su atención en los aspectos sustantivos de la prestación de servicios, abandonando o delegando responsabilidades administrativas directas. El financiamiento de los servicios constituye un buen ejemplo de esta situación, y quienes tienen responsabilidades directivas prefieren adoptar una actitud expectante, renuncian a la gestión, y consideran una premisa para la buena marcha de los servicios la garantía del dinero necesario. Como resultado de ello, los programas y servicios muestran un consistente desfinanciamiento. Finalmente, no se ha trabajado en la construcción de indicadores de costo-efectividad para las modalidades de intervención que ofrecen los servicios, que permitan sostener las solicitudes de ampliación de recursos.

#### **5. Organización de los servicios**

Se ha mencionado ya el tradicional énfasis por la atención a los grandes trastornos mentales, que ha colocado al hospital psiquiátrico como el eje alrededor del cual giran los programas y los servicios en casi todos los estados del país. En la mayoría de ellos se continúan dedicando grandes esfuerzos a la custodia de discapacitados por enfermedad mental, limitada a unas cuantas modalidades de patología. Intervienen escasamente —o no lo hacen del todo—, en el manejo de problemas como las enfermedades adictivas, los trastornos ansiosos y depresivos, y los trastornos del desarrollo psíquico infantil. Renuncian así a una presencia más amplia y acreditada como sitios de abordaje integral de la patología mental. Generalmente se

trata de grandes instituciones, con un gran número de camas de hospital y escasa infraestructura para los servicios externos, con áreas de influencia muy amplias, que pueden abarcar a todo un estado e incluso a una región compuesta por varios estados, lo que los hace escasamente accesibles. En las últimas dos décadas se ha impulsado la creación de servicios de atención psiquiátrica en los hospitales generales. Estos servicios han asumido la responsabilidad de atender problemas de ansiedad, depresión y trastornos somatómorficos, pero dada la carencia o la lejanía de los hospitales psiquiátricos y la desvinculación operativa con ellos, los servicios de enlace o de segundo nivel deben relegar muchas veces su función de interconsulta y apoyo al resto de los servicios del hospital general, para atender psicóticos o adictos.

De cualquier manera, el trabajo se ha centrado hasta ahora en el desarrollo de programas y servicios especializados, descuidándose la incorporación de la problemática mental a la estrategia de la atención primaria a la salud. No existe sustento programático, personal capacitado, equipos de supervisión y asesoría, metas operativas programadas ni recursos para convertir a los problemas mentales en una responsabilidad del equipo de salud de los servicios de primer nivel. Mucho menos puede hablarse de la atención anticipatoria, con enfoque de riesgo, por programación, y que sobre todo fomente la participación de la comunidad a través del autocuidado.

#### **6. Recursos humanos**

La carencia de personal profesional y técnico con entrenamiento para la atención a problemas de salud mental, es una deficiencia identificada desde hace muchos años y para la cual, a pesar de todo, se ha hecho poco. No existen suficientes médicos especialistas, y no se cuenta con el número necesario de cursos para su formación en el país, lo que hace suponer que esta situación no se corregirá pronto. La situación se agrava si consideramos al número limitadísimo de enfermeros con formación especializada en psiquiatría y salud mental, y con tan sólo unas cuantas sedes para su preparación. Por lo que se refiere a los trabajadores sociales la situación es muy similar. En el caso de los psicólogos clínicos, si bien su perfil profesional puede encajar de manera más directa en este tipo de actividades, la experiencia ha enseñado que requieren de entrenamiento en cursos de especialización cuyas opciones son también muy escasas. Si esta es la situación para el personal que requieren los servicios especializados, el problema de la capacitación del personal de servicios de contacto primario en tópicos de salud mental, es aún más serio.

#### **7. Alternativas**

La presente administración federal ha retomado el proceso de descentralización operativa de los servicios de salud para población abierta en el país. Inaugura con ello un espacio para la organización y orien-

tación de las políticas, lineamientos, programas y actividades de atención a males mentales que incuestionablemente debe ser aprovechada. Con fundamento en los señalamientos hasta ahora consignados en el presente ensayo, pueden enunciarse las siguientes propuestas de trabajo:

A) Es recomendable la creación de instancias locales, encargadas de planear y administrar servicios de salud mental. Dichas instancias deben formar parte de la estructura de los nuevos Organismos Públicos Descentralizados que la Secretaría de Salud propone para cada estado (7), y debe facultárseles para concentrar los recursos, independientemente de su origen, en un sólo régimen administrativo y de operación, responsable de apoyar los servicios existentes y crear nuevos servicios. Deben asumir funciones de planeación, administración, operación de servicios, supervisión, asesoría y capacitación, para el desarrollo de programas de atención en los tres niveles de atención. Su marco de referencia debe ser la situación epidemiológica de los males mentales, la cual debe contribuir a documentar. Su oferta de servicios debe responder a la morbilidad por atender, y no a sus características tradicionales de operación.

B) La posibilidad de resultados adecuados en la aplicación de programas de salud requiere de congruencia entre las responsabilidades y las facultades administrativas. Con este fin, puede emplearse para los organismos operadores de servicios de salud mental la figura de organismos desconcentrados. Ello les concede autonomía técnica y autonomía administrativa, bajo la autoridad del jefe estatal de los servicios. La autonomía técnica les permitiría tomar decisiones relativas al desarrollo de programas, políticas, estrategias, acciones y metas en los procesos de atención, y la autonomía administrativa les concedería facultades para el manejo de personal, recursos materiales y financieros, pretendiendo que los optimicen en razón de la naturaleza de los servicios y las necesidades que se desprenden de su operación. La postura tradicional de las instancias federales, decidir en qué se gasta y etiquetar el financiamiento, no tiene lugar en el esquema descentralizador y debe ser delegada a instancias locales documentadas acerca de los problemas y capaces de administrar recursos.

C) Por lo que se refiere a la organización de los servicios especializados, es necesario en primer término considerar las posibilidades locales, en términos de los recursos de que se dispone y qué puede hacerse con ellos. Si, como se ha dicho, se trata en su mayoría de hospitales psiquiátricos, las alternativas parecen ser las siguientes:

- El hospital psiquiátrico debe dejar de ser el eje alrededor del cual giren programas y servicios. Este lugar debe ser ocupado por propuestas de atención integral en los tres niveles de atención.
- El hospital psiquiátrico debe abandonar la tradicional función de custodia de discapacitados por enfermedad mental, escasamente resolutive y de

alto costo económico y de imagen, para desarrollar servicios de atención médica, preferentemente externos, encaminados al reajuste social de los enfermos y a una mayor vinculación con la comunidad.

- El hospital psiquiátrico debe ofrecer atención especializada en dos diferentes direcciones: atención médica externa y de corta estancia hospitalaria que resuelva episodios agudos de trastorno mental, y atención rehabilitatoria de padecimientos mentales de mediana o larga evolución con secuelas de discapacidad y desajuste social, apoyándose siempre que sea posible en los modelos de Hospital de Día.
- El hospital psiquiátrico debe trabajar en programas de atención para otras modalidades de patología además de la esquizofrenia, los trastornos afectivos mayores o el retardo mental.
- El tratamiento de farmacodependientes y alcohólicos mediante áreas y programas especiales, y el manejo externo de trastornos mentales infantiles pueden ejemplificar esta propuesta.
- Los grandes hospitales psiquiátricos, con áreas de influencia amplísimas y con capacidad instalada para la atención de un gran número de pacientes, deben ser sustituidos paulatinamente por hospitales más pequeños y funcionales, con un menor número de camas y más accesibles a sus usuarios.
- Más allá del hospital psiquiátrico, es necesario continuar trabajando en la creación de servicios psiquiátricos de enlace o de segundo nivel, para los hospitales generales, que tengan actividades de atención, capacitación e investigación en este tipo de unidades y para formas específicas de patología, propias de este ámbito.

D) La capacitación es una de las tareas fundamentales en cualquier esfuerzo regionalizador. Al estructurar alternativas de abordaje a los problemas, debe pensarse en programas de formación de profesionales y técnicos, como una responsabilidad de los organismos locales. Una propuesta de esta naturaleza debe partir de recursos regionales y locales tales como instituciones de educación superior, colegios de profesionales técnicos, hospitales, clínicas y otros servicios de atención, y sobre todo personal especializado con capacidad y voluntad para labores de enseñanza. Ejemplos de esta tarea pueden ser los cursos de especialización en psiquiatría para médicos, los cursos de especialización clínica para psicólogos, los cursos posttécnicos y de postgrado en enfermería psiquiátrica y trabajo social, y desde luego los programas de capacitación continúa al personal en general.

E) Ninguna de las medidas anteriormente sugeridas tendrá verdadero impacto si no se sustenta en la incorporación de los tópicos más importantes para el campo de la salud mental a la atención primaria a la salud. Este compromiso mexicano y mundial que data de 1978 ofrece como ventajas estratégicas las siguientes (10): 1) extensión de la cobertura con servicios de salud, 2) organización y participación de la comunidad, 3) desarrollo de la articulación

intersectorial, 4) desarrollo de la investigación y por lo tanto de tecnologías apropiadas, 5) disponibilidad de insumos y equipos, 6) formación y utilización de recursos humanos, 7) financiamiento del sector, y 8) cooperación internacional. Se ha insistido en que buena parte del estigma de que son objeto los trastornos mentales, los personajes y los servicios para su atención, reside en el desarrollo de modelos hospitalarios cerrados y autorregulados en cuanto a la oferta de atención, en detrimento del trabajo comunitario. Los modelos de atención psiquiátrica vigentes no han fomentado el compromiso y la participación de la comunidad en programas y servicios. Las propuestas a futuro demandan la participación activa de una comunidad cuya respuesta se debe generar mediante la concientización y la organización. Componentes como el enfoque de riesgo, la anticipación, el actuar por programación y en equipo de salud, y el fomento al autocuidado a través de la promoción de la salud (8), se sustentan en la participación y deben incorporar tó-

picos como violencia intrafamiliar, ansiedad y depresión, alcoholismo y drogadicción, desarrollo psicológico infantil, adolescencia normal y sus desviaciones, y otros que seguramente harían larga la lista. Los grupos autogestivos, los comités ciudadanos y las redes de voluntarios son algunos ejemplos de caminos con buenas perspectivas que deben considerarse como alternativas locales. Como en el resto de las propuestas, los organismos operadores de servicios de salud mental deben trabajar en la planeación de estas actividades y su incorporación a las redes de servicios de primer nivel. En esta labor destaca sin duda la importancia de la capacitación.

Resulta aventurado, pero muy atractivo, el imaginar que enfermedades como la esquizofrenia, generadoras de secuelas graves de discapacidad mental y social, pudieran encontrar a una comunidad interesada, activa y participativa, que comparta la responsabilidad social por estos males con sus instituciones de salud.

## REFERENCIAS

1. ALVAREZ MJ: Atención primaria a la salud. *Salud Pública de México*, 30:676-682, 1988.
2. BENASSINI O: Farmacodependencia en Sonora, 500 casos. *Boletín CONADIC Informa*, 17:1-8, mayo, junio, 1993
3. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994.
4. DURAN LI, HERNANDEZ M, DIAZ L, BECERRA J: Educación para la salud, una estrategia integradora. *Perfiles Educativos*, 62:42-48, 1993.
5. DURAN LI, HERNANDEZ M, BECERRA J: La formación del psicólogo y su papel en la atención primaria a la salud. *Salud Pública de México*, 37:463-471, 1995.
6. FRANK J: La nueva salud pública. En: INSP, *Cinco años de vida*, 1987-1991. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, 1992.
7. *Ley No.269 que crea los Servicios de Salud en Sonora*. Boletín Oficial. Gobierno del Estado de Sonora, Tomo CLIX, Número 20, Sección II, 13-19, lunes 10 de marzo de 1977.
8. LOEWE R: Atención primaria a la salud, revisión conceptual. *Salud Pública de México*, 30:666-675, 1988.
9. *Norma Oficial Mexicana para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica*. Secretaría de Salud, febrero de 1997.
10. *Organización Panamericana de la Salud*. Renovación de salud para todos. 118a Reunión, Washington, 8 de abril de 1996.
11. *Programa Contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas*, 1992-1994. CONADIC, Secretaría de Salud.
12. *Programa Contra la Farmacodependencia 1992-1994*. CONADIC, Secretaría de Salud.
13. *Programa de Prevención de Retraso Mental producido por Hipotiroidismo Congénito de Origen Metabólico (tamiz neonatal)*. Dirección General de Atención Materno-Infantil, Secretaría de Salud, México, 1988.
14. *Sistemas Locales de Salud, México: Desarrollo de Jurisdicciones Sanitarias*. Secretaría de Salud, 1984.

Los Centros de Información en Farmacodependencia del Instituto Mexicano de Psiquiatría, ponen a disposición del personal que aquí labora, y del público en general, un directorio de organizaciones dedicadas a la atención e investigación del alcoholismo, el tabaquismo, la farmacodependencia y otras adicciones. Estas organizaciones son tanto públicas como privadas y se localizan principalmente en el Distrito Federal. Se incluyen en este directorio sus principales funciones (asistenciales, terapéuticas, rehabilitadoras, preventivas, de formación de recursos humanos, etc.).

El directorio puede ser consultado de 8:30 a 15:30 horas de lunes a viernes en los Centros de Información de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales, en la sede del IMP.