

# Prevención de la salud mental en México. Estado actual y perspectivas

Alejandro Díaz Martínez\*  
Ramón Esteban Jiménez\*

## Summary

In this study we have tried to point out some of the social factors which are influential in the mental health of the Mexican population. On the one hand, there is severe social inequality due to an incredibly uneven economic income resulting in 26 million people living in extreme poverty, many of whom don't have any basic hygienic services. International organizations, such as the International Labor Organization (ILO), indicate that the minimum salary in Mexico only covers 42.3 % of their basic needs, which reflects in the present state of health of a large sector of the population. Due to the economic problems in Mexico, the general population has three characteristics: a limited diet, a chronic desnutrition syndrome and an increase in chronic degenerative illnesses. On the other hand, the country faces disadvantageous economic competition from its northern neighbors, whose incomes are 5 or 6 times higher. Moreover, Mexico's rate of homicide and kidnapping is high, and delinquency among youngsters has increased from that of 1996; twelve youngsters are presented daily to juvenile courts due to their participation in robberies, street fights and homicides. Mexican educational standards are the lowest among the 26 countries that form The Economic Cooperation and Development Organization (ECDO), and is way behind in financing, scope and quality. At the moment the average number of years of education in Mexico is 7, and there is 10.6 % illiteracy, which means that about 10 million people can't read or write.

Because of these factors, there are severe mental health problems among the Mexican population. A conservative estimate suggests that one out of every five adults living in urban areas suffer some psychiatric disorder, and that by 2000, 14 million people will have more or less severe pathological mental problems. Some of the most frequent and severe mental problems affecting health will be affective disorders, anxiety crisis, alcoholism, drug dependence, nicotinic dependence, family violence, schizophrenia, mental retardation, epilepsy and suicide. It is estimated that 15.6% of the children between 3 and 12 years old will have psychiatric disorders.

Therefore, and because of the lack of specialized people in this country —there is a deficit of 2700 psychiatrists from the minimum advised by the WHO—, we consider as a priority the formation of specialized mental health teams.

Psychiatry will face a number of challenges in the next few years. One of them is the world social and economic changes, particularly in this country, and the lack of capacity to adjust to them efficiently, with as little cost as possible, by using both, clinical and technological preventive measures. This article suggests the usefulness of adopting primary preventive measures not just for costs benefits, but also for using a less complex infrastructure. One of the chief goals of mental health in the future should be the creation of specific preventive actions, such as educating parents in bringing up children within their family environment; training teachers to detect on

time any learning disability and conduct disorders, as well as helping youngsters in their difficult transition from childhood to adolescence, and guiding newlyweds not only in planning their families, but also in creating a satisfactory family environment.

In order to achieve such goals, the mental health professionals should use different and more effective strategies, particularly in people considered vulnerable for alcoholism, drug dependence, and affective disorders.

Therefore regional and state strategies should be applied to local problems of which the local authorities must be fully aware, as well as of the grave consequences of not using psychiatry as a preventive measure.

It is also evident that psychiatrists must assume a more assertive role in preventing mental health problems.

But preventive measures may be only developed once the causing and risk factors and the genetic and clinical taxonomy of the mental disorders have been clearly identified, and the psychiatrist leading the mental health team, assumes the new role that the present conditions demand from him.

**Key words:** Prevention, mental health, social risk factors, life standard.

## Resumen

En el presente estudio se revisan algunas de las fuerzas sociales que operan como determinantes de la salud mental en la población mexicana. Por un lado se encuentra una grave desigualdad social generada por una crónica y profunda distribución inequitativa del ingreso económico. Como resultado de ello actualmente en el país viven 26 millones de personas en la pobreza extrema y muchos de ellos carecen de servicios higiénicos básicos. Organizaciones como la Organización Internacional del Trabajo (OIT) han señalado que el salario mínimo de México solamente cubre el 42.3 % de la canasta básica. Los efectos en la salud resultan sombríos para la realidad actual y para un futuro inmediato en un amplio sector de la población: limitación dietética importante, presencia del síndrome del sobreviviente de la desnutrición y una explosión de enfermedades crónico-degenerativas. Por otro lado, en lo referente a la situación económica, en particular al Tratado de Libre Comercio (TLC), el país se enfrenta de manera inevitable a una condición de competencia económica en una situación desventajosa, ya que en comparación con sus vecinos del norte, en el país se perciben ingresos económicos en una proporción 5 a 6 veces menor. Por otro lado, se ha llegado a determinar que el número de estresores es tan alto, sobre todo en las grandes capitales del país, que México ocupa lugares muy altos a nivel mundial en lo referente a la comisión de homicidios intencionales y a secuestros. La delictividad en general ha presentado cifras alarmantes, incluso en menores infractores. Respecto a la situación educativa las cifras no son más alentadoras: de acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), los estándares educativos de México son los más

\* Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, UNAM.

bajos de entre sus 26 integrantes, propiciando en el país grandes rezagos en cuanto a financiamiento, cobertura y calidad. Actualmente México tiene un promedio de educación de sólo 7 años y una tasa de analfabetismo del 10.6 %, esto da una cifra cercana a 10 millones de personas. Por todo lo anterior los efectos en la salud mental de la población mexicana son severos. Se estima que de manera conservadora uno de cada cinco adultos que vive en poblaciones urbanas padece alguna forma de trastorno psiquiátrico y que para el año 2000, 14 millones de personas tendrán alguna forma de patología mental más o menos severa. Algunos de los padecimientos que presentarán las más altas tasas de frecuencia o impacto en la salud serán: los trastornos efectivos, las crisis de angustia, el síndrome de dependencia al alcohol, la farmacodependencia, el síndrome de dependencia a la nicotina, la violencia intrafamiliar, la esquizofrenia, el retraso mental, la epilepsia, y el suicidio. La prevalencia de trastornos psiquiátricos en niños de 3 a 12 años se estima que será del 15.6 %. Como consecuencia de este análisis se considera que la formación de recursos humanos especializados en el área de la salud mental debe ser una de las prioridades del sector salud, en vista del déficit en el que se encuentra el país. Sólo en lo referente a psiquiatría hay un déficit de 2700 psiquiatras para cubrir los mínimos propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Los retos a los que se debe enfrentar la psiquiatría en los próximos años son varios. Uno de ellos es que debido al cambio de las condiciones sociales y económicas del mundo, y en particular del país, se saldrá adelante gracias a la capacidad que se tenga de contender con ellas en una forma eficaz y al menor costo posible, utilizando las acciones de prevención en sus diferentes niveles, tanto clínicos como tecnológicos. En el artículo se contemplan las bondades de ejercer acciones preventivas primarias no sólo en términos de costo-beneficio, sino de uso de infraestructura menos compleja. Se postula que en el futuro algunas de las áreas de máximo interés en el campo de la salud mental serán aspectos preventivos específicos como la educación de los padres para la crianza y la socialización de los niños en el medio familiar; la capacitación a los maestros para la detección oportuna de los defectos del aprendizaje y los trastornos de la conducta, la educación de los adolescentes para que puedan transitar con éxito de la niñez a la edad adulta, la educación de las jóvenes parejas para que sean capaces no sólo de regular la procreación, sino de construir una vida familiar satisfactoria. Para el logro de tales metas es preciso que los profesionales de la salud mental mantengan una posición más dinámica que lleve a que se utilicen estrategias diferentes y efectivas, sobre todo en enfermedades que pueden ser conceptualizadas como "vulnerables", como la farmacodependencia, el alcoholismo y los trastornos afectivos. Se concluye que las estrategias generales de carácter nacional, exigen la puesta en juego de estrategias regionales y/o estatales, aplicadas a problemas locales, donde los cambios requieren también que, por su parte, las autoridades puedan entender y asimilar las graves consecuencias de no prevenir en psiquiatría. Asimismo otro de los aspectos que se resaltan de manera final en el trabajo, es el del papel de la difusión y el rol más participativo que el psiquiatra debe asumir como promotor de la salud. Sumado a lo anterior, el desarrollo de nuevas estrategias de prevención tendrá lugar a medida que se identifiquen con mayor claridad los factores causales, los factores de riesgo y la taxonomía genética y clínica de los trastornos mentales y de que el psiquiatra, al frente del equipo de salud mental, asuma el nuevo papel que las condiciones actuales esperan de él.

**Palabras clave:** Prevención, salud mental, factores sociales de riesgo, estándar de vida.

## Introducción

En un mundo donde la economía determina cada vez con mayor precisión las condiciones sociales, educativas, políticas y por ende también las de salud, no es posible dejar de analizar, al menos globalmente, las ca-

racterísticas económicas en las que se halla inmerso el país en la actualidad, a fin de enmarcar las condiciones de la salud mental a nivel nacional. Casi a fines del siglo XX México enfrenta condiciones difíciles en muchos aspectos de su desarrollo. El análisis de algunas de ellas puede ayudar a su mejor comprensión. Por un lado encontramos una grave desigualdad social generada por una sostenida y profunda distribución inequitativa del ingreso económico. Como producto de tres lustros de liberalización económica actualmente en el país viven 26 millones de personas en la pobreza extrema (4), 12 millones de personas carecen de agua potable (5) y cerca de 3 millones de personas viven en asentamientos irregulares y ciudades perdidas, sólo en el DF(15). La situación se ha agravado de tal manera que incluso la Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha señalado que el salario mínimo de México sólo alcanza para comprar el 42.3 % de la canasta básica.\* Esto ha resultado tan devastador en la salud que recientemente especialistas del Instituto Nacional de la Nutrición(2) han coincidido en señalar que a México le espera un panorama sombrío al iniciar el próximo milenio ya que la situación económica del país inevitablemente obligará a la presentación de tres características importantes en un amplio sector de la población: limitación dietética importante, presencia del síndrome del sobreviviente de la desnutrición y una explosión de enfermedades crónico-degenerativas. En repetidas ocasiones se ha señalado la relación que hay entre las condiciones orgánico-nutricionales y las mentales. En el contexto del Tratado de Libre Comercio, el país se enfrenta de manera inevitable a una condición de competencia económica en una situación desventajosa por razones de tipo estructural, pues mientras sus socios del norte, en este caso los Estados Unidos de Norteamérica, tuvieron un ingreso *per capita* en 1996 de 28 020 dólares y Canadá de 19 020, México sólo obtuvo 3 670 dólares *per capita* en el mismo periodo, esto es, una proporción de 5 a 6 veces menor (6). Otro de los aspectos que llama la atención es la severa explosión demográfica y el aumento del flujo migratorio a las grandes urbes y a países con un mayor desarrollo socioeconómico como los Estados Unidos de Norteamérica y Canadá. Este fenómeno en parte obedece a la explosión demográfica que durante mucho tiempo se dejó sin control. Para dar una idea de la dimensión del problema tomemos como ejemplo a España, cuyo crecimiento demográfico es de sólo 0.2 % anual. Este país requerirá de 347 años para duplicar su población. México, con la tasa actual de crecimiento de 1.8 %, necesitará solamente de 35 años (7). Como consecuencia de los dos factores mencionados anteriormente se ha presentado un bajo nivel de propiedad de vivienda en las grandes urbes. En la ciudad de México sólo la mitad de las familias son propietarias de sus viviendas y dos de cada cinco familias viven en hacinamiento (8). Esto ha propiciado la incorporación de varios miembros de la familia al ingreso económico y la redistribución de roles familiares en diversas zonas del país, lo que a su vez, y aunado a otros factores, ha llevado a que casi dos de cada tres familias (64 %) a nivel nacional, pre-

\*Organización Internacional del Trabajo (OIT). Reporte interno, 1998.

senten algún grado de disfunción familiar. En una encuesta llevada a cabo en el Distrito Federal y nueve ciudades del interior del país con representación nacional, se encontró que la pareja marital se estructura, en promedio, de manera temprana, ya que el 48 % lo hace antes de los 20 años. Se observó que la relación sexual premarital precoz conduce en muchos casos al embarazo y éste casi invariablemente a la unión (9).

Por otro lado, se ha llegado a determinar que, como ocurre en otras grandes urbes, el número de estresores es más alto en las ciudades que en el medio rural debido a problemas inherentes tales como contaminación, inseguridad, grandes desplazamientos a centros de trabajo, etc. De acuerdo al Banco Mundial (1), América Latina es la región más violenta del mundo con cerca de 30 asesinatos por cada 100 000 habitantes. En el periodo de 1970-1986 México ocupó el cuarto lugar y para 1998 ocupa el tercer lugar mundial en cuanto a la comisión de homicidios intencionales y el segundo lugar mundial en cuanto a secuestros (14). Este hecho se constituye como causa y consecuencia de diversos trastornos mentales. De hecho, hoy día la situación muy lejos de mejorarse parece haberse agravado seriamente: en 1998 en la capital del país cada 30 segundos se comete un delito, cada 8 horas se perpetra una violación, diariamente se denuncia un secuestro (aunque se cometen tres), cada 15 minutos hay un robo (106 diarios) y 9.2 personas presentan diariamente una denuncia por agresión sexual (11). La situación con los menores infractores no es muy distinta. Ya en 1996 eran detenidos diariamente 12 menores por participar en robos, peleas callejeras, lesiones y homicidios (12,13).

Las perspectivas educativas nacionales no son más alentadoras. De acuerdo a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) los estándares educativos de México son los más bajos de entre sus 26 integrantes, propiciando en el país grandes rezagos en cuanto a financiamiento, cobertura y calidad (10). Actualmente México tiene un promedio de educación de sólo 7 años y una tasa de analfabetismo de 10.6 %, esto da una cifra cercana a los 10 millones de personas. Por otro lado, los datos de carácter nacional deben ser ponderados adecuadamente con relación a las diferencias observadas entre las entidades federativas: en 1995 el DF proporcionaba un analfabetismo del 3 %, Chiapas tenía 26 %, Guerrero 23.9 %, Oaxaca 23.1 %, entre otros (6).

### **Epidemiología de las enfermedades mentales**

Para dar una idea de lo que representa la enfermedad mental en costos económicos, analicemos algunos datos. En 1990, en los EUA, los costos en dólares por morbilidad de algunas enfermedades fue el siguiente: trastornos de ansiedad, 34.2 billones\*, esquizofrenia: 10.7 billones, trastornos afectivos: 3.2 billones, otras enfermedades psiquiátricas: 16 billones. En México se estima que de manera conservadora uno de cada cin-

co adultos que vive en poblaciones urbanas padece alguna forma de trastorno psiquiátrico. Se estima que para el año 2000, 14 millones de personas tendrán alguna forma de patología mental más o menos severa (3). Las estimaciones epidemiológicas para el año 2000 en México prevén que algunos padecimientos con relación a su tasa de prevalencia se presentarán de la siguiente manera: esquizofrenia, con 1 %, representará un millón de afectados; retraso mental, 1.0 %, un millón de pacientes; epilepsia 0.5 % a 1.5 %: medio millón a un millón de personas; síndrome de dependencia al alcohol, 9.4 %: cuatro a seis millones de afectados; farmacodependencia, con una tasa del 3.3 %: 3 millones 300 mil pacientes; síndrome de dependencia a la nicotina, 16.8 %: 10 a 12 millones de casos; violencia intrafamiliar, 60 %: 60 millones de afectados; trastornos afectivos, 10 %: una cifra cercana a los 10 millones de personas; crisis de angustia, 5 %: cerca de 5 millones de personas; suicidio, con una tasa de 2.8 por cada 100 000 habitantes: 2 800 al año. La prevalencia de trastornos psiquiátricos en niños de 3 a 12 años se estima en 15.6 %, por lo que se espera tener una población afectada cercana a los 4 millones de pacientes.

Por otro lado, la epilepsia, los trastornos asociados a la insuficiencia vascular cerebral crónica, la depresión, las crisis de angustia, el retraso mental, el alcoholismo y la farmacodependencia, se encuentran entre las 10 principales causas que ocasionan discapacidad laboral.

### **Importancia de la prevención**

Hoy día una de las principales metas de cualquier rama de la medicina es el enfoque preventivo. La psiquiatría no es la excepción. De hecho, la psiquiatría preventiva esta basada en una serie de conceptos orientados a la población y derivados de la salud pública. Los nuevos enfoques de prevención en salud mental hacen más hincapié en el estudio de poblaciones mentalmente sanas y en el análisis de las fuerzas que operan para que éstas se mantengan protegidas de la enfermedad. En los programas actuales de prevención primaria en psiquiatría se considera tan importante la identificación de la etiología de un trastorno como la de los factores que disminuyen la capacidad individual y grupal de resistencia a la enfermedad.

El auge en la prevención obedece a varias razones:

- a) Incapacidad institucional para contender con demandas de atención a la población.
- b) Necesidad de optimizar servicios para ofrecer una atención más rápida y efectiva a un problema médico dado.
- c) Necesidad de disminuir costos económicos y daños ocasionados por la incapacidad de la enfermedad.

Un enfoque centrado en la prevención más que en la rehabilitación o en la curación manifiesta una orientación más humanitaria, efectiva y moderna de la medicina.

Las acciones preventivas en sus diferentes niveles deben incluir objetivos y acciones específicas tales

\* Recuérdese que para el mundo anglo-sajón, "billón" equivale a mil millones, a diferencia de los países que utilizan el sistema métrico decimal, en donde un billón es un millón de millones (ed.).

como: **prevención primaria**, en la que las aplicaciones a la psiquiatría son innumerables. Por poner sólo unos ejemplos: en el caso de enfermedad con fuerte carga genética se debe proporcionar asesoramiento a futuros padres para ofrecer alternativas satisfactorias como adopción, fertilización *in vitro* del padre no afectado o negativa a la procreación. Numerosos casos de esquizofrenia y enfermedad maniaco-depresiva podrían ser evitados. La presentación de retraso mental puede evitarse con la administración de T3 y T4 en casos de hipotiroidismo congénito. Una gran cantidad de trastornos de la personalidad, depresiones, trastornos adaptativos y trastornos en el desarrollo pueden prevenirse eficazmente con campañas de protección específica hacia poblaciones de padres con alto riesgo. El abandono, la pobre calidad en las relaciones afectivas y el maltrato familiar podrían evitarse sensibilizando a los padres a través de medidas como psicoterapia individual, de pareja o de familia, o mediante talleres de preparación prematrimonial o de educación para padres.

La prevención primaria se puede extender a escuelas y centros de trabajo desarrollando, por ejemplo, programas preventivos para el síndrome de dependencia al alcohol y para la farmacodependencia.

Los objetivos de la **prevención secundaria** se pueden alcanzar al difundir aspectos o características de la enfermedad en medios de comunicación masiva o bien con campañas dirigidas a población en general o de alto riesgo mediante actividades comunitarias. Desde hace tiempo se sabe que los trastornos mentales tienen una fuerte asociación con las incapacidades laborales. Por ejemplo, en un estudio reciente(7) se pudo determinar que las personas deprimidas tienen 27 veces más probabilidades de tener ausentismo y discapacidad laboral que las personas no deprimidas. En este estudio, y como causantes de discapacidad, las crisis de angustia se situaron en el segundo lugar, seguidas de la esquizofrenia, el síndrome de dependencia al alcohol, el trastorno obsesivo-compulsivo, las fobias y la farmacodependencia. Este y otros estudios similares han determinado que resulta de gran importancia realizar prevención en los centros de trabajo.

Las metas de la **prevención terciaria** se pueden lograr con actividades tales como:

- a) Creación de programas específicos de rehabilitación psicosocial.
- b) Estimulación en la formación de personal capacitado.
- c) Incremento de apoyo a programas que ya estén funcionando.
- d) Creación, apoyo o implementación del trabajo psiquiátrico en familias con enfermos mentales.

Hay varias acciones que pueden ser realizadas con la información que se tiene en la actualidad, y que, aplicadas de manera sistemática en diversas instituciones, servirán como herramientas preventivas muy útiles. Por ejemplo, consejo genético para la evitación o reducción de nacimientos de niños con patología en padres con una fuerte carga genética, elaboración de un sistema de detección y tratamiento oportuno de pa-

tologías congénitas que pueden generar problemas mentales a futuro (hipotiroidismo, fenilcetonuria, enfermedades metabólicas, etc.), apoyo a cursos, psicoterapias y otros métodos que favorezcan la armonía y calidez familiar, apoyo a la investigación a fin de detectar las patologías más frecuentes, los factores de riesgo, las poblaciones con mayor afectación, el impacto en la salud y las consecuencias psicosociales que genera.

De acuerdo a algunos expertos las etapas necesarias que requiere un programa de prevención en salud, para ser efectivo, son las siguientes:

1. Incorporación a una institución y obtención de reconocimiento por parte de ella.
2. Identificación y definición de la población en riesgo.
3. Especificación de las dimensiones del problema, posibles efectos patológicos y su incidencia.
4. Identificación de los factores patógenos.
5. Especificación de la intervención preventiva.
6. Preparación de los recursos humanos y materiales que intervendrán.
7. Descripción precisa de los métodos de intervención.
8. Organización de los servicios para la población.

### Recursos humanos

La formación de recursos humanos especializados en el área de la salud mental, debe ser una de las prioridades del sector salud en vista del déficit en el que se encuentra el país. Una revisión de ciertos datos resultará esclarecedora:

*Psiquiatría.* Para 1998 se cuenta con cerca de 2300 psiquiatras a nivel nacional, de los cuales 806 están certificados. Esto quiere decir que casi uno de cada tres cuenta con la certificación. En 1998 hay un déficit de 2700. Por lo que respecta a paidopsiquiatras, se cuenta en el país con sólo 184.

*Psicología.* Actualmente se estima que distribuidos en todo el territorio hay cerca de 9000 psicólogos titulados y una cifra mayor que no está reconocida oficialmente.

*Enfermería.* En 1998 hay cerca de 700 enfermeras psiquiátricas en el país, aunque un buen número de ellas laboran en servicios ajenos al área de la salud mental.

*Trabajo social.* Actualmente se cuenta con 360 trabajadoras sociales psiquiátricas.

*Perspectivas.* Por lo anteriormente revisado, los retos a los que se debe enfrentar la psiquiatría en los próximos años son varios. Uno de ellos es el referente a la aparición de nuevas formas de presentación de las patologías ya conocidas, debido al cambio de las condiciones sociales y económicas del mundo, en particular del país, y a la capacidad que se tenga de contener o no con ellas en una forma eficaz y al menor costo posible. En algunas ocasiones esto se puede realizar con acciones breves y efectivas. Para lograrlo no se debe dejar de lado la integración de todos los recursos disponibles, tanto clínicos como tecnológicos en el primer nivel de prevención, a fin de optimizar los recursos y evitar repercusiones económicas, sociales y, por supuesto, sanitarias. En países con serias limitaciones

económicas, el ejercer acciones preventivas primarias no sólo resulta más redituable en términos de costo-beneficio, sino que requiere de una infraestructura mucho menos compleja. En el futuro un área de máximo interés en el campo de la salud mental es la educación: educación de los padres para la crianza y la socialización de los niños en el medio familiar y para entender con los problemas inherentes a sus funciones; adecuación de los maestros para la detección oportuna de los defectos del aprendizaje y los trastornos de la conducta; educación de los adolescentes para que puedan transitar con éxito de la niñez a la edad adulta; educación de las jóvenes parejas para que sean capaces no sólo de regular la procreación, sino de construir una vida familiar satisfactoria. Para ello es preciso que los profesionales de la salud mental mantengan una posición más dinámica que lleve a que se utilicen estrategias diferentes, sobre todo más efectivas, por ejemplo llevar a cabo investigaciones y considerar las acciones derivadas de ello en enfermedades que pueden ser conceptualizadas como "vulnerables", v. gr. la farmacodependencia, el alcoholismo y los trastornos afectivos, a tal punto que se logre convencer a las autoridades de las consecuencias graves de no prevenir en psiquiatría.

Simultáneamente a las estrategias generales de carácter nacional, la realidad de México como país exige la puesta en juego de estrategias regionales y/o estatales. Como ejemplo de ello tenemos el problema del analfabetismo citado anteriormente y muchos otros como el suicidio, que como se sabe, la media en el país es de 2.8 por 100 000 habitantes, contrastando con lo que

ocurre en los estados del sureste: Tabasco, Campeche, Yucatán y Quintana Roo, que tienen tasas arriba de 10 por 100 000 habitantes; o bien la dependencia a drogas duras y a cocaína, observada en las ciudades y estados del norte de la República, que dan cifras mucho más altas a las observadas en el resto del país.

Las acciones de prevención primaria requieren fundamentalmente de difusión. El psiquiatra debe entender que su papel como clínico también puede ser ejercido de manera útil si dedica parte de su tiempo a la educación para la salud. Debe ser consciente de que dadas las condiciones actuales, cada día es más conocido y reconocido como autoridad que soluciona o explica los padecimientos por los cuales se le demanda, y que debe aprovechar tales circunstancias coyunturales para beneficio de la población consultante.

Un programa efectivo de prevención en psiquiatría requiere de la participación comprometida de médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, educadores y promotores de la salud. Las acciones para la prevención y la promoción de la salud mental requieren de la participación de las comunidades, lo cual sólo es posible si los programas son adecuados a las circunstancias. El desarrollo de nuevas estrategias de prevención tendrá lugar a medida que se identifiquen con mayor claridad los factores causales, los factores de riesgo y la taxonomía genética y clínica de los trastornos mentales, y de que el psiquiatra, al frente del equipo de salud mental, asuma el nuevo papel que las condiciones actuales esperan de él.

## REFERENCIAS

1. BANCO MUNDIAL: Pobreza en el hemisferio. Informe presentado en Santa Fe de Bogotá, Colombia, julio, 1996.
2. BOURGES RH, CHAVEZ VA, RUIZ AL: Reporte del Instituto Nacional de la Nutrición, septiembre, México, 1998.
3. CARAVEO J, MEDINA-MORA ME, RASCON ML y cols.: Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México. Resultados de La Encuesta Nacional en Hogares. *Anales*. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 5:22-32, 1994.
4. DAHLMANN C: El conocimiento al servicio del desarrollo. Reporte del Banco Mundial. Informe presentado en octubre, Washington, 1998.
5. GUERRERO VG: *Primer Foro de Consulta Popular sobre el Agua* (CONAGUA), Ponencia presentada en Querétaro. Abril, 1995.
6. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA, GEOGRAFIA E INFORMATICA (INEGI): *Agenda Estadística de los Estados Unidos Mexicanos*, México, 1997.
7. KOUZIS A, EATON W: Emotional disability days: prevalence and predictors. *Am J Public Health*, 84(8), 1994.
8. LEÑERO L: *Las Familias en la Ciudad de México*. DIF-UNICEF-CEMEFI-IMES, 154-179, 1994.
9. LEÑERO L: *Las Familias en la Ciudad de México*. DIF-UNICEF-CEMEFI-IMES, 154-161, 1994.
10. ORGANIZACION PARA LA COOPERACION Y EL DESARROLLO ECONOMICO (OCDE): Situación de la Educación Superior en México. Documento de análisis. Marzo, 1996.
11. PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA DEL DF: *Estadística Criminal*. Reporte mensual, agosto, 1998.
12. PROCURADURIA GENERAL DE JUSTICIA DEL DF: Reporte de la Coordinación de Asuntos de Menores. Julio, 1996.
13. RODRIGUEZ CE: *Menores de la Calle en el Umbral del Siglo XXI*. Reporte del UNICEF, julio, México, 1996.
14. VELAZCO AG: *Reporte de la Organización "México Unido Contra la Violencia"*. Octubre de 1998.
15. WORD BANK ATLAS: *Reporte Estadístico Anual*, 1998.