



# Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 18 No. 3

Septiembre de 2015

## PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES Y RECURSOS HUMANOS EN SALUD MENTAL EN EL SALVADOR

José Ricardo Gutiérrez Quintanilla<sup>1</sup> y Cecilia Beatriz Portillo García<sup>2</sup>  
Universidad Tecnológica de El Salvador  
El Salvador

### RESUMEN

El presente artículo tiene como objetivo general: analizar la situación de los trastornos mentales en El Salvador. Las unidades de análisis, la conforman los trastornos mentales y del comportamiento, que corresponden a los informes de registros de prevalencia de los diferentes trastornos mentales diagnosticados por el Ministerio de Salud de El Salvador y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, en el periodo del año 2006 a 2013; el informe de los recursos humanos (2013) contratados en el sistema nacional de salud. El tipo de estudio es descriptivo-observacional, con un diseño retrospectivo y transaccional. Se utilizó el método epidemiológico. Los resultados revelaron que los trastornos mentales más prevalentes en El Salvador son: *Ansiedad, depresión, y los problemas relacionados al alcohol*. En el sistema de salud público salvadoreño, existen pocos recursos humanos especializados dedicados a atender la demanda en salud mental, la mayor tasa de profesionales dedicados a la salud mental son las profesionales de enfermería. Las condiciones sociales, ambientales, económicas, políticas y culturales, están asociados a la prevalencia de los trastornos mentales en la población salvadoreña.

**Palabras claves:** ansiedad, depresión, salud mental, recursos humanos.

<sup>1</sup> Doctor en Psicología, Profesor e investigador en la Universidad Tecnológica de El Salvador (Utec). Correo electrónico: [jose.gutierrez@utec.edu.sv](mailto:jose.gutierrez@utec.edu.sv)

<sup>2</sup> Licenciada en Psicología, pasante de investigación en la Universidad Tecnológica de El Salvador (Utec). Correo electrónico: [cciliaportillo@gmail.com](mailto:cciliaportillo@gmail.com)

# PREVALENCE OF MENTAL DISORDERS AND HUMAN RESOURCES IN MENTAL HEALTH IN EL SALVADOR

## ABSTRACT

This article has as a general objective: to analyze the situation of mental disorders in El Salvador. The units of analysis are conformed by behavioral and mental disorders, corresponding to the prevalence account reports from different mental disorders diagnosed by The Ministry of Health of El Salvador (Ministerio de Salud de El Salvador) and the Salvadoran Social Security Institute (Instituto Salvadoreño del Seguro Social) in the period of 2006 to 2013, the report of the human resources (2013) contracted in the national system of health. The type of study is descriptive-observational with a retrospective and transactional design, the epidemiological method was used. The results revealed that the most prevalent mental disorders in El Salvador are: *Anxiety, depression and the problems associated with alcohol*. In the Salvadoran public health system few specialized human resources are dedicated to attend the demand in mental health, the highest rate of professionals dedicated to mental health are nursing professionals. Social, environmental, economic, politic and cultural conditions are associated to the prevalence of mental disorders in the population of El Salvador.

**Key words:** anxiety, depression, mental health, human resources.

Las condiciones socioeconómicas de pobreza, marginalidad, falta de oportunidades, desempleo, la escasez de trabajo decente y la violencia e inseguridad en la que viven la mayoría de salvadoreños(as) (PNUD, 2013), obliga a preguntarse: ¿Cómo está la salud mental en El Salvador? ¿Cuáles son los problemas mentales más prevalentes? ¿Con qué recursos humanos preparados cuenta el Estado para atender adecuadamente las necesidades de salud mental de la población?

Los problemas de salud mental presentados por la sociedad salvadoreña pueden estar relacionados con las condiciones sociales, ambientales, económicas, políticas y culturales, desfavorables que han experimentado y que experimentan la mayoría de personas; una consecuencia de los modelos socioeconómicos implantados en el país, debido a que en ninguno caso, las personas han sido el

centro de atención del desarrollo (PNUD, 2013); las políticas no han favorecido el bienestar equitativo para toda su población.

La mayoría de los problemas mentales no se desarrollan en el vacío sino en un contexto socioeconómico, ambiental, político y cultural, que afecta el bienestar individual y social. Las condiciones de una sociedad (las instituciones, la situación de inseguridad, vulnerabilidad ambiental, etc.) influyen directamente en las posibilidades que tiene un individuo de ser feliz, de tener calidad de vida. No solo influye la voluntad, los méritos, los esfuerzos o características individuales (PNUD, 2013). En El Salvador, el contexto no ha reunido las condiciones necesarias para el bienestar de la mayoría de su población; no brinda a sus habitantes iguales oportunidades para conseguir el bienestar y lograr sus aspiraciones básicas. La mayoría de los(as) salvadoreños(as) no ha tenido ni poseen a la mano las herramientas y oportunidades para alcanzar el bienestar personal y familiar (PNUD, 2013). En consecuencia una buena parte de la población emigra, vive en violencia social y la situación parece no cambiar. Bajo esta perspectiva, la sociedad salvadoreña presenta un riesgo considerablemente alto de presentar problemas de salud mental. Destacar que las condiciones en que viven pueden contribuir al desarrollo y fortalecimiento de enfermedades mentales pero no son necesariamente determinantes.

Estudios recientes (Gutiérrez, 2004, 2009, 2011, 2012), revelan la necesidad de conocer y profundizar el tema de salud mental relacionado con el contexto: psicológico, económico, ambiental, político, cultural y social salvadoreño; ofrecen una oportunidad para reflexionar con seriedad cómo los homicidios, los secuestros, la delincuencia, la violencia intrafamiliar, la crisis económica, los conflictos sociopolíticos, el abuso físico, psicológico y sexual, pueden ser explicados a la luz de los problemas de salud mental que presenta una proporción significativa de la población salvadoreña (Gutiérrez, 2004). Los trastornos mentales, no se pueden reducir a una sola condición o factor desencadenante, estos en su mayoría, pueden estar relacionados con las condiciones sociales, ambientales, económicas, políticas y culturales, donde convive el ser humano (Gutiérrez, 2004).

En El Salvador como en muchos países del mundo, la atención a la salud mental no es el equivalente a la salud física (Gutiérrez y Portillo, 2013), debido a múltiples razones, entre estas se tienen: el enfoque biologista de la salud, la estigmatización, los pobres recursos asignados, la centralización de la atención en los hospitales psiquiátricos y una cobertura territorial débil (OPS/OMS, 2001). Señalar que en El Salvador el enfoque biologista de la salud, ha propiciado principalmente una ausencia histórica de políticas de Estado hacia la salud mental, prácticamente la salud mental no ha sido, ni sigue siendo una prioridad para el sistema de salud salvadoreño. En consecuencia, la población con alguna disfunción mental solicita ayuda a los profesionales de la salud no especializados en salud mental, produciendo en la mayoría de veces una interpretación médica de los problemas psicológicos. Lo que a futuro podría interpretarse como pocas demandas de atención en salud mental, circunstancia que pudiera estar afectando la continuidad y ampliación de las iniciativas y estrategias novedosas de atención en salud mental. Reforzando la creencia en el sistema nacional de salud de que la salud mental es un asunto de segundo orden o no prioritario para el sistema nacional de salud salvadoreño.

Para comprender la problemática de salud mental y mejorar el nivel de bienestar de la población salvadoreña, hay mucho camino por recorrer; aún existe una pobre investigación en salud mental, que revelen los problemas mentales que sufren la población salvadoreña, y que contribuya a descifrar los factores psicosociales relacionados y precipitantes de problemas mentales. Destacar que una de las estrategias de la Política Nacional de Salud Mental de El Salvador (Minsal, 2011), es realizar investigaciones en el campo de la salud mental; sin embargo, parece no ser una de las prioridades del Estado, a pesar que la investigación es la mejor herramienta de cara a la formulación de políticas públicas, el diagnóstico y los programas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de los problemas mentales (Gutiérrez y Portillo, 2013). Sin embargo, destacar que en El Salvador existen esfuerzos importantes por mejorar la atención a la salud mental, entre estos esfuerzos se tienen: la Política Nacional de Salud Mental (2011), se está por aprobar una ley de salud mental, existe un Plan nacional de salud mental

con un componente de intervención en desastres, documentos regulatorios de intervención, la incorporación del componente de salud mental en hospitales generales, la conformación de ocho equipos de salud mental adscritos al mismo número de hospitales generales, incorporación de profesionales de salud mental en los equipos comunitarios de salud (ECOS), la vinculación y coordinación del Ministerio de salud (Minsal) con instituciones como: el Instituto Salvadoreño del seguro social (ISSS), el Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM), Sanidad militar (SM); estas instituciones también desarrollan acciones de promoción, educación y capacitación del personal en salud mental en el nivel de atención primaria en salud, también tienen profesionales en salud mental para la evaluación diagnóstica, tratamiento y rehabilitación del personal cotizante que presenta problemas o enfermedades de naturaleza mental. El hospital psiquiátrico nacional, es el responsable del tratamiento de aquellos pacientes referidos por el sistema nacional de salud del Minsal (atención primaria y secundaria) responsable de atender a la población general; además, el hospital psiquiátrico del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (Policlínico del ISSS) atiende a los pacientes cotizantes (asegurados) con problemas de salud mental (OPS/OMS, 2013; Gutiérrez y Portillo, 2013); si bien es cierto que el camino transitado en el campo de la atención a la salud mental salvadoreña es importante en comparación con lo que existía hace diez años, no se puede dejar de señalar, que estos esfuerzos, recursos asignados y la institucionalidad instalada, se pondera marcadamente insuficiente para responder a las exigencias y necesidades de salud mental de la población salvadoreña (Gutiérrez y Portillo, 2013).

El Salvador, para enfrentar sus dificultades, necesita colocar a las personas en el centro de sus prioridades (PNUD, 2013), es importante que los gobiernos se responsabilicen de cumplir el derecho humano a la salud mental de la población; debe de evaluar el impacto que las políticas sociales y económicas tienen en la salud mental de la población (OMS, 2005). El sistema de salud Salvadoreño tiene un papel importante que jugar en la vigilancia, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental, para asegurar el bienestar psicológico de los salvadoreños(as). El mejoramiento de la salud mental y el incremento en el nivel

de atención de la salud mental es responsabilidad, tanto del gobierno, como de los profesionales de la salud, la comunidad y la familia, con el apoyo de la cooperación internacional (OMS, 2002). Por lo tanto, es importante, aceptar la responsabilidad colectiva de tener una actitud responsable hacia la salud física y mental.

A escala mundial, los trastornos mentales y neurológicos representan el 14% de la carga mundial de enfermedades (OMS/OPS, 2012). Aproximadamente, 450 millones de personas sufren de un trastorno mental o de la conducta (OMS, 2004), 121 millones de personas padecen depresión, 70 millones sufren problemas relacionados con el alcohol, 37 millones demencia y 24 millones padecen esquizofrenia (OMS, 2005); más de uno de cada cuatro personas padece un trastorno mental o neurológico; uno de cada cuatro familias, al menos uno de sus miembros puede padecer un trastorno mental; significando que entre un 25% a 50% de la población los padece en algún momento de la vida; (OMS, 2001). Por lo general, los trastornos mentales más frecuentes y responsables de las discapacidades más importantes son: los trastornos depresivos, los debidos al uso de sustancias psicoactivas, la esquizofrenia, la epilepsia, la enfermedad de Alzheimer, el retraso mental y los trastornos de la infancia y la adolescencia (OMS, 2001). El trastorno mental más frecuente es la depresión, siendo dos veces más frecuentes en las mujeres que en los hombres (OMS, 2001; OPS, 2009). Cada año se suicidan casi un millón de personas, lo que supone una tasa de mortalidad global de 16 por 100,000 habitantes, un suicidio cada 40 segundos (WHO, 2014). El abuso o la dependencia de drogas, son también problemas cada vez mayores (OPS, 2009), en todo el mundo, más de 75 millones de personas son diagnosticadas con trastornos por el consumo de alcohol (OMS, 2004). Cada año, alrededor de 3.3 millones de personas mueren a consecuencia del consumo nocivo de alcohol. El uso nocivo de alcohol aumenta el riesgo de desarrollar más de 200 enfermedades, incluyendo la cirrosis hepática y algunos tipos de cáncer (OMS, 2014).

En América Latina y el Caribe, los trastornos mentales y neurológicos representan el 22% de la carga de enfermedades (OPS, 2009), casi la cuarta parte de la carga

total de enfermedades (WHO, 2011), y la carga se vuelve cada vez más significativa, provocando un grado alto de sufrimiento individual y colectivo (Rodríguez, 2007). En América Latina y el Caribe, los trastornos mentales más frecuentes son: la depresión, que es la más común (5%); seguida por los trastornos de ansiedad (3.4%), la distimia (1.7%), el trastorno obsesivo compulsivo (1.4%), el trastorno de pánico y psicosis no afectivas (1% cada una) y trastorno bipolar (0.8%), entre otros (OPS/OMS, 2012). En Centroamérica, en un estudio realizado en Honduras, se encontró que los trastornos mentales más prevalentes son: Depresión mayor, agorafobia, fobia social, la dependencia al alcohol y que la mayor frecuencia de trastornos se da en mujeres jóvenes (Flores, Matamoros, Velásquez, Salgado, Ticas, Moncada, y García, 2002).

En El Salvador, para los años 2001, 2002, 2005, el Ministerio de Salud Salvadoreño reveló que los trastornos de ansiedad fueron la primera causa de consulta de los trastornos mentales en el sistema nacional de salud (Ministerio de salud, 2003, 2010, 2012). Estudios recientes relacionados con la salud mental de la sociedad salvadoreña, están revelando que los trastornos mentales y del comportamiento más frecuentes en la población salvadoreña son la depresión y ansiedad. En un estudio realizado en estudiantes universitarios salvadoreños, Gibbons, Flores, y Mónico (2000), encontró que un 34% de la muestra, presentaban alteraciones mentales, como: ansiedad, depresión, somatización y disfunciones sociales, las cuales eran el resultado de experiencias de abuso en la infancia. Gutiérrez y de Arévalo (2002), hallaron en personas drogodependientes en fase rehabilitación; rasgos de personalidad anormal en un 61% de la muestra y psicopatologías como: ansiedad (37.3 %), somatización (27.7 %), depresión (20 %) y disfunción social (15 %); en este estudio una proporción muy alta de la población habían sido víctima de algún tipo de abuso en la infancia (física, psicológica, verbal y sexual). Gutiérrez y de Arévalo (2003), encontraron en menores infractores en proceso de readaptación que un 65.5 % de la muestra presentaban alteraciones significativas en su salud mental, habían síntomas de trastornos como: hipocondriasis, desviación psicopática, trastorno paranoide, esquizofrenia e hipomanía, igualmente, se encontró que estas alteraciones

estaban relacionadas con el consumo de drogas y el maltrato sufrido en la infancia. Gutiérrez (2004) en su informe *el diagnóstico de la salud mental en la población salvadoreña* reveló una prevalencia muy significativa de síntomas de trastornos mentales como: obsesivo compulsivo (50%), angustia(47.6%), depresión (29.1%), personalidad histérica (30.2%), neurosis (31.3%), alcoholismo (13.5%), somatización (36.8%), síndrome convulsivo (33.3 %), síndrome cerebral orgánico (35.8 %), psicosis (48.6 %); al mismo tiempo, encontró en la mayoría de los trastornos una marcada diferencia entre hombres y mujeres, en las mujeres la presencia de síntomas se duplicaban en comparación con la prevalencia en los hombres, exceptuando en la prevalencia de alcoholismo y drogadicción, donde los hombres superaban a las mujeres. También en otro trabajo Gutiérrez (2005), encontró en una población de San Salvador que más del 50 % de la población analizada presentaban síntomas de trastornos mentales, como: ansiedad, depresión, somatización y disfunciones sociales; las cuales estaban asociadas a las condiciones del ambiente familiar disfuncional en donde se desarrollaron durante la infancia y adolescencia (abuso físico, negligencia emocional, disciplina excesiva, discordia, tensión en el hogar, el consumo de alcohol y drogas). La agresividad en la conducción por parte de los conductores del transporte público salvadoreño aparece asociada a un bajo bienestar laboral y diferentes rasgos psicopatológicos, como el abuso de alcohol y especialmente, la ansiedad y la hostilidad (Gutiérrez, Sierra, y Alfaro, 2009). Los resultados de este estudio sugirieron que la agresividad al conducir es el resultado de la combinación de factores tanto de personalidad (hostilidad), de psicopatologías como la depresión, ansiedad, ideación paranoide. En estudio titulado “*prevalencia de alteraciones mentales: depresión y ansiedad en la población salvadoreña. Estado de la salud mental*” (Gutiérrez, 2011), halló que la ansiedad (53.6 %) y la depresión (28.8%) son las alteraciones mentales más prevalentes en la población salvadoreña, encontrándose que las mujeres y los residentes rurales son los más afectados y que en la medida que se incrementa el nivel educativo de las personas disminuye la presencia de síntomas de estos problemas. Gutiérrez (2012), reveló que un contexto de violencia social delincinencial es un factor desencadenante de



alteraciones emocionales y psicológicas en la población salvadoreña, como son: el estrés y la ansiedad delincuencial (76.4%), alcoholismo (16.6%), también encontró que los mensajes emitidos por los medios de comunicación sobre dicho fenómeno inciden en la salud mental de la población, que las mujeres y los residentes urbanos presentaron mayor síntomas de estrés y ansiedad delincuencial.

Por lo tanto, las enfermedades mentales, no sólo afectan a los países desarrollados, sino que también causan estragos en los países subdesarrollados, como en Centro y Sudamérica, donde suelen ser enfermedades ignoradas, mal diagnosticadas y poco tratadas. Además, la falta de tratamiento, puede convertirse en una pesada carga para las economías de los países; la mayor incidencia se encuentra en los grupos sociales desfavorecidos, en personas con escasos ingresos y bajo nivel de educación. Se prevé que el número de personas con enfermedades mentales siga creciendo, debido al incremento en las expectativas de vida y por otros factores, como los conflictos sociales, la pobreza y la violencia (Gutiérrez, 2004).

Por otra parte, para afrontar el problema de los trastornos mentales y su incremento a nivel mundial, la inversión en salud mental es menos de dos dólares por individuo por año, y en países de bajos ingresos menos de 25 centavos (WHO, 2011). Dentro de los profesionales dedicados a la salud mental, las enfermeras son las profesionales que tienen la tasa más alta, la mediana mundial de enfermeras es de 5.8 por cada 100 mil habitantes. Casi la mitad de la población mundial vive en un país donde en promedio hay un psiquiatra o menos para servir a 200 mil personas (WHO, 2011). En África, la mediana de los psiquiatras es de 0.05 por cada 100,000 habitantes, en Europa es de 8.59 por 100,000 habitantes. La tasa de otros médicos oscila entre 0.06 (África) a 1.14 (Europa) por cada 100,000 personas, en las enfermeras de 0.61 (África) a 21.93 (Europa) por cada 100,000 personas, los psicólogos de 0.0 (Pacífico occidental) a 2.58 (Europa) por cada 100,000 personas, los trabajadores sociales de 0.0 (Pacífico occidental) a 1.12 (Europa) por cada 100,000 personas, terapeutas ocupacionales de 0.0 (Sudeste Asiático y Pacífico occidental) a 0.57 (Europa) por cada 100,000 y en otros trabajadores de la salud es de 0.04 (Sudeste Asiático) a 17.21 (Europa) por

cada 100,000 habitantes. Los mayores índices de recurso humano en salud mental por región los tiene continuamente Europa y los más bajos los tiene África. Por grupo de ingresos, los mayores índices de recurso humano en salud mental se observan en los países con mayores ingresos (WHO, 2011).

En América Central, México y el Caribe latino, el rango de psiquiatras por 100 mil habitantes es de 0.3 a 10 (mediana 1.5); la tasa del personal de psicología por 100 mil habitantes oscila entre 1.4 y 7 (promedio 2.5). La tasa del personal de enfermería por 100,000 habitantes tiene un promedio de 5.1 (rango de 0.4 a 30). En América del Sur, el rango de psiquiatras es de 1.1 a 19 (mediana 2.9); el personal de psicología, el rango oscila entre 0.5 y 70 por 100 mil habitantes, con un promedio de 18 (Argentina tiene una tasa muy por encima del promedio regional). La tasa del personal de enfermería promedio subregional es de 8 (rango de 0.3 a 13). En los países y territorios del Caribe no latino, el rango de psiquiatras es de 0.5 a 20 (mediana 1.9); la tasa en personal de psicología oscila entre 0.0 y 18 por 100 mil habitantes (promedio 2.5), (OPS/OMS, 2013).

Paralelamente, en El Salvador para enfrentar la prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento, solamente designa el 1% del presupuesto público destinado a salud, del cual el 92% está destinado al pago de salarios de los profesionales y mantenimiento de los hospitales psiquiátricos (OPS/OMS, 2006; Rodríguez, Barrett, Narváe, Caldas, Levav y Saxena, 2007). La disponibilidad de recursos humanos en salud mental, según la Política Nacional de Salud Mental (Minsal, 2011) son de 10.01 profesionales por cada 100 mil habitantes, distribuidos de la forma siguiente: 92 profesionales en Psiquiatría (tasa de 1.39), 72 médicos no psiquiatras (1.07), 114 profesionales en Psicología (1.68), 143 profesionales en enfermería (2.12), 105 profesionales en trabajo social (1.55) y 10 terapeutas ocupacionales (0.14).

Por consiguiente, Los recursos que se destinan a los servicios de salud mental, no corresponden mínimamente al impacto de los trastornos mentales (OMS, 2005) y al impacto de las situaciones adversas en la psicología humana, que no son necesariamente enfermedades mentales (OPS, 2009). No todas las personas que requieren atención relacionada con la salud mental la reciben, sólo una minoría

(Rodríguez, 2007). Por regla general, en los países en vías de desarrollo, los servicios de salud mental se enfrentan a la escasez y a la desigual distribución, tanto en financiación como en recursos humanos, que les permite cubrir sólo a una proporción pequeña de la población (OMS, 2005; WHO, 2011); otro problema es que ha sido muy limitado el desarrollo de investigaciones para comprender mejor la problemática de salud mental, el contexto sociocultural y los modos más apropiados de intervención (Rodríguez, 2007). En general, el sector público, no destina financiamiento para las investigaciones en salud mental. Además, en este campo, los países poseen grandes limitantes en sus sistemas de información (Rodríguez, 2007). Los recursos para prevenir y tratar las enfermedades mentales continúan insuficientes (WHO, 2011).

La OMS define la salud mental como un estado de bienestar en donde la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar productivamente y ser capaz de hacer una contribución a su comunidad (OMS, 2013). Las enfermedades mentales son el resultado de una combinación de factores biológicos, psicológicos, y sociales (OMS, 2001). Los factores asociados a la aparición, la prevalencia, y la evolución de los trastornos mentales son: el sexo, la edad, la pobreza, las enfermedades físicas graves, el entorno familiar, ambiental y social; conflictos y desastres (OMS, 2001).

Actualmente, la depresión, la ansiedad, y los problemas mentales relacionados con el alcohol, se encuentran entre los trastornos mentales más prevalentes a nivel mundial. La ansiedad, se define como un trastorno caracterizado por las manifestaciones subjetivas y fisiológicas del temor (OMS, 2010). La depresión es un trastorno mental caracterizado por la presencia de tristeza, sentimientos de culpa o falta de autoestima, pérdida de interés o placer, falta de concentración, irritabilidad, trastornos del sueño, del apetito y sensación de cansancio (OMS, 2015). Mientras, el uso nocivo del alcohol se define como el consumo que causa consecuencias perjudiciales en la salud y en el entorno social y familiar, del bebedor (OMS, 2014).

Es un objetivo individual la búsqueda del bienestar, pero toda sociedad que aspire a la cohesión y a la justicia debe asumir la responsabilidad de garantizar que entre

sus habitantes exista igualdad de oportunidades (PNUD, 2013), que las personas alcancen el bienestar personal y social. Subrayar que para ejercer los derechos humanos y participar en la vida civil, social y económica, la salud mental es esencial (OPS, 2009). Los problemas de salud mental coartan el ejercicio de exigir los derechos humanos. El presente artículo tiene como objetivo general, analizar la situación de la salud mental en El Salvador. Con el propósito de orientar políticas públicas en salud, sugerir investigaciones y acciones en salud mental. También se tienen los objetivos específicos siguientes: 1) Describir la prevalencia de trastornos mentales diagnosticados en El Salvador 2) Describir los RR HH en salud mental del Sistema de Salud Salvadoreño. 3) Analizar la prevalencia de trastornos mentales con relación a los RR HH que dispone el Estado Salvadoreño.

## MÉTODO

### *Unidades de análisis*

Las unidades de análisis del presente estudio, están constituidas por los informes de los trastornos mentales y del comportamiento (subregistro), recibidos del periodo 2006 a 2013, que corresponde a la información recibida de la Oficina de información y respuesta (OIR) del Ministerio de Salud (Minsal) y del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS). Los informes recibidos contenían las primeras causas de consultas atendidas por enfermedades de trastorno mental y del comportamiento, el número de consultas por diagnóstico por año; en el Minsal, clasificado por sexo; en ambas instituciones utilizan la Clasificación Internacional de Enfermedades, capítulo de trastornos mentales y del comportamiento, décima edición, revisado (CIE-10); Los datos analizados sobre los recursos humanos en el sistema nacional de salud, fueron los existente el año 2013, se recibió la información de la Oficina de Información y Respuesta (OIR) del Ministerio de Salud (Minsal) e Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), Sanidad Militar (SM) e Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM). Informes que contenían el número de recurso humano clasificado por profesión, que brindan atención en salud mental. En este estudio, se utilizó el método epidemiológico, para conocer el

número de casos por trastorno mental y del comportamiento (tasas y razones). Con el fin de tener indicadores del estado de salud mental en la población salvadoreña. Se realizó una revisión de los estudios preexistentes relacionados a la salud mental salvadoreña. El tipo de estudio es descriptivo-observacional, con un diseño retrospectivo y transaccional.

### *Instrumentos*

- *Formulario de solicitud de información* (regulado por la ley de acceso a la información pública) que contiene el nombre del solicitante, la edad, teléfono de contacto, departamento, municipio, número de documento de identidad, sexo, nivel educativo, nacionalidad, lugar o medio para recibir la información (Correo electrónico, fax, Correo certificado, presencial, otros). En el formulario se describió de forma detallada la información pública que se necesitaba para el estudio. La modalidad en que debía ser entregada (CD, DVD, USB, fotocopia, fotocopia certificada, fax, correo electrónico, correo certificado, consulta directa), firma, lugar y fecha de presentación. Para el presente estudio se solicitó que la información fuera entregada mediante correo electrónico en documentos certificados en formato PDF.

- Para el análisis de los datos recibidos de las instituciones estatales, se utilizó la técnica analítica de *tasas y proporciones*; técnica que permite al investigador obtener la *tasa de prevalencia* de una enfermedad o trastorno mental. ¿Cómo se obtiene la tasa de prevalencia?: teniendo el número de casos de una enfermedad o trastorno mental, que fue registrado de una población determinada, en un periodo de tiempo determinado. Para este estudio se aplicó la prevalencia anual, utilizando la fórmula siguiente:

$$\frac{\text{Nº de casos de la enfermedad/ RR HH,}}{\text{Durante un periodo de tiempo determinado}} \times 100,000$$

Población en estudio

### *Procedimiento*

Por medio de la actual *ley de acceso a la información pública de El Salvador*; donde se establece en el Art. 2, que toda persona tiene derecho a solicitar y recibir información generada, administrada, o en poder de las instituciones públicas y

demás entes, están obligados a entregar de manera oportuna y veraz la información solicitada. En el presente estudio se solicitó la información de conformidad con lo establecido en el Art. 66 de la ley antes mencionada, para ello se presentó la solicitud a la Unidad de Acceso a la Información Pública, Oficina de Información y Respuesta (OIR) del Ministerio de Salud (Minsal), Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), Ministerio de la Defensa Nacional, Sanidad Militar (SM) y del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM). Siguiendo los siguientes pasos: 1) Se descargó el formulario de solicitud que cada institución pone a disposición del público en su sitio Web, luego se imprimió. 2) Se completó todos los campos del formulario y se firmó. 3) Se envió por medio de correo electrónico, adjuntando copia escaneada del Documento Único de Identidad (DUI).

Tras 10 días de haber enviado las solicitudes, cada institución entregó la información solicitada por escrito en correo electrónico, de conformidad a lo regulado en los Art. 61, 66, 69,70, 71, 72, 73, 74 de ley. En el siguiente paso, se procedió a ordenar, clasificar y analizar la información recibida. Finalmente, se inició el proceso de análisis descriptivo de los datos más relevantes.

## RESULTADOS

En el presente artículo se presentan los diez trastornos mentales y del comportamiento más prevalentes en El Salvador, durante el periodo comprendido entre los años 2006 a 2013, estadísticas obtenidas mediante informes del Ministerio de Salud Salvadoreño (Minsal) y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS). Seguidamente, se presentan los tres trastornos mentales y del comportamiento más prevalentes, según el registro de diagnósticos que lleva el Minsal, clasificados por sexo en el mismo periodo. Por último, se presentan los Recursos Humanos contratados por el Sistema Nacional de Salud (SNS) del sector público que incluye: Ministerio de Salud (Minsal), Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI), Sanidad Militar (SM) e Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM); para

atender la demanda de problemas relacionados con la salud mental en el año 2013.

Para comprender adecuadamente el problema de salud mental en el país, se sumaron las cifras de los diez trastornos mentales y del comportamiento más prevalentes registrados por el Minsal e ISSS, durante el periodo de 2006 a 2013. También se obtuvieron las tasas por cada 100 mil habitantes en cada trastorno por año, para dimensionar la magnitud de cada trastorno en El Salvador; arrojando prevalencias importantes, las que se describen a continuación: en primer lugar, se tiene el *trastorno de ansiedad no especificado*; aproximadamente, cada año, enferman más de 61,000 personas, con una tasa superior a los 2,000 casos por cada 100 mil habitantes, a octubre de 2013, se registraban 47,344, con una tasa de 1,488 casos por cada 100 mil habitantes. En segundo lugar, se tiene el *trastorno episodio depresivo no especificado*; alrededor de 20,000 personas enferman cada año, con una tasa de más 936 casos por cada 100 mil habitantes; a octubre de 2013 se registraba 13,106 casos, con una tasa de 520 casos por cada 100 mil habitantes. En tercer lugar, aparece el *trastorno ansiedad generalizado*; cada año enferman más de 11,000 personas, arriba de 500 casos por cada 100 mil habitantes; a octubre de 2013, se contabilizaba 8,606 casos, 355 por cada 100 mil habitantes. En cuarto lugar, se tiene el *trastorno de distimia*, con una prevalencia superior a 10,000 casos por año, con más de 600 casos por cada 100 mil habitantes; al mes de septiembre de 2013, se habían registrado 5,907 casos, más de 300 casos por cada 100 mil habitantes (ver tabla 1).

En un quinto lugar, se tiene el *trastorno mixto de ansiedad y depresión*, con cerca de 7,000 personas que enfermaron cada año, con más de 400 casos por cada 100 mil personas; al mes de octubre de 2013, se reportaron 279 casos por cada 100 mil habitantes. En sexto lugar, se tiene el *trastorno depresivo recurrente, no especificado*; con una prevalencia de más de 6,000 casos por año, afectando a más de 350 personas por cada 100 mil habitantes; al mes de septiembre de 2013 se registraron cerca de 2,726 casos, con una tasa de 173 casos por cada 100 mil habitantes. En séptimo lugar, aparece el *trastorno debido al uso de alcohol, síndrome de dependencia*; hasta el año 2011, enfermaron más de 6,000 personas,

cerca de 300 casos por cada 100 mil habitantes. En octavo lugar, se tiene el *trastorno de adaptación*, del año 2010 a 2013, se tuvo una tendencia anual de más de 3,000 personas con este trastorno, para el 2010 con una tasa de prevalencia de más de 300 casos por cada 100 mil habitantes. En noveno lugar, está el *trastorno afectivo bipolar, no especificado*; de 2010 a 2012, anualmente, se registraron más de 4,000 casos, más de 200 casos por cada 100 mil habitantes. En décimo lugar, aparece el trastorno debido al consumo de alcohol, *estado de abstinencia*; cada año a escala nacional, están enfermando más de 2,000 personas, con una tasa de 50 personas por cada 100 mil habitantes (ver tabla 1). Destacar que los informes estadísticos del ISSS registran una tasa superior a las registradas en el Minsal, con una proporción de dos o más casos por cada uno diagnosticado en el Minsal; paradójicamente el ISSS atiende a una población asegurada que representa el 25% de la población salvadoreña (empleos fijos), mientras que el Minsal tiene la responsabilidad de brindar atención en salud física y mental al 70% de la población salvadoreña, el restante 5% lo cubren instituciones como Sanidad Militar (SM), Instituto Salvadoreño de Bienestar magisterial (ISBM) y las personas con capacidad económica de pagar un seguro privado de salud. El ISSS, por ejemplo, registra en *el trastorno episodio depresivo, no especificado*; de 2006-2010 alrededor de 27,000 casos por año, mientras el Minsal solamente registró cerca de 6,000 casos. Igualmente con el trastorno de distimia, el ISSS registró del año 2006-2012, más de 10,000 casos por año, mientras el Minsal en el año 2006 registró 909 casos. Únicamente, las cifras con el trastorno de ansiedad, no especificado, coincidieron en ambas instituciones (ver tabla 2 y 3). En conjunto, los registros del Minsal-ISSS muestran que del periodo de 2006 a 2013, los trastornos mentales y del comportamiento más frecuentes en El Salvador son: la ansiedad, la depresión, los problemas relacionados al alcohol, el trastorno de adaptación y afectivo bipolar. Aproximadamente, más de 630,000 personas padecen de ansiedad, más de 360,000 personas sufren depresión, más de 83,000 personas sufren el síndrome mixto de ansiedad y depresión, más de 65,000 sufren problemas relacionados con el alcohol, por encima de 37,000 sufren trastorno de adaptación y más de 27,000 personas sufren de trastorno afectivo



bipolar. Este estudio permite afirmar que en la población salvadoreña, por cada 100 mil habitantes, más de 8,000 personas presentan un trastorno mental y del comportamiento. Esto es preocupante, debido a que expresa la magnitud de los problemas de salud mental que presenta una proporción importante de personas en la sociedad salvadoreña, especialmente con ansiedad y depresión.

Tabla 1. Número de casos y la tasa de prevalencia de los diez trastornos mentales y del comportamiento en El Salvador, del año 2006 al 2013.

<i>Diagnóstico</i>	2006	T	2007	T	2008	T	2009	T	2010	T	2011	T	2012	T	2013	T
Ansiedad, N.E.	74,495	2,907	74,732	3,248	64,820	2,793	74,336	2,876	61,736	2,197	68,830	2,455	71,154	2,692	47,344	1,488
Episodio depresivo, N.E.	33,635	1,872	35,937	2,045	28,862	1,637	24,374	1,301	22,409	1,175	20,916	987	20,020	936	13,106	520
Ansiedad generalizada	11,624	563	11,790	587	11,406	577	15,860	824	12,453	611	13,357	609	13,169	618	8,606	355
Distimia	11,661	701	13,242	840	12,057	765	17,518	1,111	10,374	658	11,714	743	11,398	723	5,907	375
Mixto de ansiedad y depresión	9,479	601	7,130	452	9,005	571	16,090	1,021	9,488	602	12,686	731	13,850	793	5,564	279
Depresivo recurrente, N.E.	7,357	467	8,658	549	6,105	387	12,976	823	9,614	610	12,615	800	10,976	696	2,726	173
Debido al uso de alcohol, SME de dependencia	6,281	271	6,412	294	7,335	355	7,659	382	6,474	314	6,420	310	2,274	48	2,209	47
De adaptación	5,648	317	1,114	24	4,457	243	1,694	36	6,249	325	7,464	370	7,352	346	3,339	71
Afectivo bipolar, N.E.	3,254	206	3,565	226	3,663	232			4,048	257	5,792	367	4,644	295	2,726	173
Debidos al uso de alcohol, estado de abstinencia	2,446	52	2,200	47	2,474	52	2,732	58	2,306	49	2,828	60	3,002	64	2,706	57

*Nota: Prevalencia obtenida del total de consultas por primera vez, atendidas ambulatoriamente en la Red de establecimientos del Minsal. Del año 2006 a Octubre del 2013, sumando a la prevalencia obtenida del número de consultas a escala nacional registrados por el ISSS, durante el periodo del año 2006 a septiembre de 2013. Utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades, decima revisión (CIE-10), (F00-F99). El Sistema de morbilidad y mortalidad Web del Ministerio de salud. Dirección de vigilancia sanitaria; Estadísticas e información en salud; Perfil Morbidemográfico de la consulta externa médica. Departamento de Actuario y Estadísticas del ISSS. T= Tasa; SME.= Síndrome; N.E.= No especificado.*

Tabla 2. Número de casos y la tasa de prevalencia de los diez trastornos mentales y del comportamiento más frecuente por año, registrados por el Minsal, del año 2006 a Octubre del 2013.

<i>Diagnóstico</i>	2006	T	2007	T	2008	T	2009	T	2010	T	2011	T	2012	T	2013	T
Ansiedad, N.E.	43,086	914	35,345	750	31,243	663	43,583	925	40,736	864	45,274	961	43,152	916	35,893	762
Episodio depresivo, N.E.	6,188	131	5,548	118	4,595	98	5,818	123	5,837	124	8,044	171	7,919	168	7,381	157
Ansiedad generalizada	4,126	88	3,811	81	3,470	74	4,311	91	4,230	90	5,634	120	5,148	109	4,516	96
Debidos al uso de alcohol, SME. de dependencia	3,027	64	2,677	57	2,604	55	2,469	52	2,299	49	2,301	49	2,274	48	2,209	47
Debidos al uso de alcohol, estado de abstinencia	2,446	52	2,200	47	2,474	52	2,732	58	2,306	49	2,828	60	3,002	64	2,706	57
Neurótico, N.E.	1,693	36	1,865	40	1,525	32	1,955	41	1,656	35	1,725	37	1,703	36		
Orgánico o sintomático, N.E.	1,654	35	1,552	33	968	21										
De la conducta, N.E.	1,293	27	1,092	23	783	17	1,334	28	1,159	25	1,468	31	1,510	32		
De adaptación	979	21	1,114	24	947	20	1,694	36	1,695	36	2,444	52	2,849	60	3,339	71
Distimia	909	19														
De dolor persistente somatomorfo			912	19												
Demencia, N.E.					749	16										
Disfunción autonómica somatomorfa							1,233	26	1,545	33						
Insomnio no orgánico							1,118	24	1,158	25					1,367	29
Mixto de ansiedad y depresión											1,745	37	2,030	43	1,747	37
Episodio depresivo leve											1,410	30	2,293	49	3,026	64
Reacción al estrés agudo															1,736	37

*Nota: Prevalencia obtenida del total de consultas por primera vez, atendidas ambulatoriamente en la Red de establecimientos del Minsal. Para la clasificación de los trastornos mentales, se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades, decima revisión (CIE-10), (F00-F99). El Sistema de morbilidad y mortalidad Web del Ministerio de salud. Dirección de vigilancia sanitaria; Estadísticas e información en salud. T= Tasa; SME.= Síndrome; N.E.= No especificado.*

Tabla 3. Número de casos y las tasas de prevalencia por 100 mil habitantes de los diez primeros trastornos mentales y del comportamiento, registrados por el ISSS, durante el periodo del año 2006 a Septiembre de 2013.

<i>Diagnóstico</i>	2006	T	2007	T	2008	T	2009	T	2010	T	2011	T	2012	T	2013	T
Ansiedad, N.E.	31,409	1,992	39,387	2,498	33,577	2,130	30,753	1,951	21,000	1,332	23,556	1,494	28,002	1,776	11,451	726
Episodio depresivo, N.E.	27,447	1,741	30,389	1,928	24,267	1,539	18,556	1,177	16,572	1,051	12,872	816	12,101	768	5,725	363
Distimia	10,752	682	13,242	840	12,057	765	17,518	1,111	10,374	658	11,714	743	11,398	723	5,907	375
Mixto de ansiedad y depresión	9,479	601	7,130	452	9,005	571	16,090	1,021	9,488	602	10,941	694	11,820	750	3,817	242
Ansiedad generalizada	7,498	476	7,979	506	7,936	503	11,549	733	8,223	522	7,723	490	8,021	509	4,090	259
Depresivo recurrente, N.E.	7,357	467	8,658	549	6,105	387	12,976	823	9,614	610	12,615	800	10,976	696	2,726	173
De adaptación	4,669	296			3,510	223			4,554	289	5,020	318	4,503	286		
De pánico [ansiedad paroxística episódica]	3,396	215			5,494	348									2,181	138
Debidos al alcohol, SME. de dependencia	3,254	206	3,735	237	4,731	300	5,190	329	4,175	265	4,119	261				
Afectivo bipolar, N.E.	3,254	206	3,565	226	3,663	232			4,048	257	5,792	367	4,644	295	2,726	173
Esquizofrenia paranoide			3,226	205			6,488	412	3,416	217					2,454	156
Esquizofrenia residual			2,886	183												
Depresivo recurrente en remisión							6,099	387								
Del humor [afectivos], orgánicos							5,320	337								
Episodio depresivo moderado											5,406	343	4,644	295		
Insomnio no orgánico													4,221	268	1,727	110

*Nota: Prevalencia obtenida del número de consultas a escala nacional registrados por el ISSS. Utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades, decima revisión (CIE-10), (F00-F99); Perfil Morbodemográfico de la consulta externa médica. Departamento de Actuario y Estadísticas del ISSS. T= Tasa; SME.= Síndrome; N.E.= No especificado.*

En los últimos años los datos del Minsal en función del sexo expresan diferencias significativas entre hombres y mujeres, en el *trastorno de ansiedad no especificado*, existe una mayor prevalencia en las mujeres en comparación con los hombres, para el año 2006 la tasa en mujeres fue de 730 por cada 100 mil personas y en 2013 fueron afectadas 588 casos por cada 100 mil habitantes, mientras que en los hombres la tasa fue 185 (2006) y 174 casos por cada 100 mil habitantes en 2013. Seguido por el *trastorno de episodio depresivo* con una tasa de prevalencia en las mujeres de 133 casos por cada 100 mil habitantes en el año 2013; mientras que en los hombres fue de 24 casos por cada 100 mil habitantes; En el *trastorno de ansiedad generalizada* la tasa de prevalencia fue de 75 mujeres por cada 100 mil habitantes en 2013 y en hombres fue de 21 por cada 100 mil personas (ver tabla 4).

Tabla 4. Tasas de prevalencia de casos por cada 100 mil habitantes de los tres principales trastornos mentales y del comportamiento, clasificados por sexo registrados por el Minsal en el período del año 2006 a Octubre de 2013.

<i>Diagnóstico/sexo</i>	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1 Ts. de ansiedad, no especificado								
Femenino	730	600	527	726	677	749	707	588
Masculino	185	150	136	199	188	212	209	174
2 Episodio depresivo, N.E.								
Femenino	107	97	81	100	97	138	136	133
Masculino	25	20	17	24	26	33	32	24
3 Ts. de ansiedad generalizado								
Femenino	69	64	57	71	69	93	83	75
Masculino	18	16	16	21	21	27	26	21

*Nota: Prevalencia obtenida del total de consultas de primera vez, atendidas ambulatoriamente en la Red de establecimientos del Minsal. Utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades, decima revisión (CIE-10), (F00-F99); Sistema de morbilidad y mortalidad Web del ministerio de salud. Dirección de vigilancia sanitaria. Estadísticas e información en salud. Ts = Trastorno; N.E = No especificado.*

Con relación a los recursos humanos disponibles para la salud mental en el sistema nacional de salud salvadoreño, sector público, se encontró que el personal de enfermería es el que tiene una mayor tasa. Se presenta un desglose de los profesionales con formación y/o especializados en salud mental, contratados por el Estado para atender la demanda de pacientes con problemas relacionados con la salud mental en la población salvadoreña, estos se distribuyen de la siguiente manera: el sistema nacional de salud, sector público, cuenta con

5.5 enfermeras(os) por cada 100 mil habitantes, con 3.9 auxiliar de enfermería por cada 100 mil habitantes, con 3.0 psicólogos(as) por cada 100 mil habitantes, con 1.1 psiquiatras por cada 100 mil habitantes y con 2.6 promotores de salud por cada 100 mil personas, (ver tabla 5).

Tabla 5. Distribución de los recursos humanos que brinda atención en salud mental en el sistema nacional de salud, sector público, por especialidad en 2013.

<i>Profesionales/Instituciones</i>	<i>Minsal</i>	<i>ISSS</i>	<i>ISRI</i>	<i>SM</i>	<i>ISBM</i>	<i>TOTAL</i>	<i>Tasa</i>
Psicólogos	107	38	22	4	15	186	2.96
Psiquiatras	31	30	2	2	1	66	1.05
Neurólogos	9			3		12	0.19
Médicos generales	51		7			58	0.92
Trabajador(a) social	14	10	20	3	6	53	0.84
Educadores	10					10	0.16
Fisioterapistas	7					7	0.11
Auxiliar de enfermería	140	15			89	244	3.88
Enfermeras	225	16	99	3		343	5.45
Promotores de salud	161					161	2.56
Artes plásticas	7					7	0.11
Terapistas ocupacionales	10					10	0.16
<i>Total general/institución</i>	<i>772</i>	<i>109</i>	<i>150</i>	<i>15</i>	<i>111</i>	<i>1,157</i>	

*Fuente: Elaboración propia con informes de recursos humano dedicados a la salud mental, recibidos de la Unidad de Acceso a la Información Pública, Oficina de Información y Respuesta (OIR) del: Ministerio de Salud (Minsal), Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS); Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI); Ministerio de la Defensa Nacional, Sanidad Militar (SM); y del Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM).*

## DISCUSIÓN

En la síntesis de las prevalencias, mediante la sumatoria de las frecuencias de los diez primeros trastornos mentales y del comportamiento del Minsal y del ISSS, se aprecia que durante el periodo comprendido entre los años 2006 a 2013, los trastornos mentales más prevalentes en El Salvador son la ansiedad, depresión, y los problemas relacionados al alcohol. Coincidiendo con la Organización Mundial de la Salud, que son los trastornos mentales más frecuentes (OMS, 2001,2005; OPS, 2009; OPS/OMS, 2012); A escala mundial y en América Latina y el Caribe, la depresión es la más común, seguido por los trastornos de ansiedad (OPS/OMS, 2012). El abuso o la dependencia de drogas, son también

problemas cada vez mayores (OPS, 2009). Para los años 2001, 2002, 2005, el Ministerio de Salud Salvadoreño reporto que el trastorno de ansiedad fue la primera causa de consulta de los trastornos mentales en el Sistema Nacional de Salud (Ministerio de salud, 2003, 2010, 2012), situación que aún se mantiene para el año 2013. Lo anterior está en sintonía con los hallazgos de los estudios relacionados con la salud mental en la sociedad salvadoreña, en donde se encontró que los problemas mentales más frecuentes son la depresión y ansiedad (Gibbons, Flores, y Mónico, 2000; Gutiérrez y de Arévalo, 2002; Gutiérrez, 2004; Gutiérrez, 2005; Gutiérrez, Sierra, y Alfaro, 2009; Gutiérrez, 2011; Gutiérrez, 2012). En los datos del Minsal se observó una mayor prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento en las mujeres en comparación con los hombres (Gutiérrez, 2011, 2012). Se observa que las mujeres son más afectadas en ansiedad y depresión, sin embargo, los hombres presentan más consumo de drogas y alcohol (Gutiérrez, 2009, 2012).

Destacar que tanto en los informes del Minsal como en los del ISSS existe homogeneidad en la elaboración del diagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento, indicando que el país cuenta con protocolos estandarizados para abordar los problemas de salud mental. Por otra parte, enfatizar que el ISSS registra una tasa muy alta de trastornos mentales en comparación con el Minsal; lo cual es preocupante debido a que el Minsal posee la responsabilidad de cobertura del 70% de la población salvadoreña, mientras que el ISSS tiene una cobertura del 25% de la población del país; esta situación evidencia de parte de Minsal falta de cobertura de atención en salud mental; indicando que la población salvadoreña está desprotegida en el campo de la salud mental por parte del Estado, debido al pobre acceso a los servicios de salud mental, ya que estos son limitados, escasos y sin cobertura territorial.

El presente informe revela que El Salvador enfrenta una carga alta de morbilidad de trastornos mentales y en consecuencia múltiples problemas de salud mental. Para afrontar el problema de los trastornos mentales y su incremento; el sistema nacional de salud de El Salvador; el sector público, cuenta con: 2.96 Psicólogos por cada 100 mil habitantes, 1.05 Psiquiatras, 0.19 Neurólogos, 0.92 Médicos

generales, 0.84 Trabajador(a) social, 0.16 Educadores, 0.11 Fisioterapeutas, 3.88 Auxiliar de enfermería, 5.45 Enfermeras, Promotores de salud 2.56, Artes plásticas 0.11, Terapeutas ocupacionales 0.16. Estas cifras coinciden con los datos registrados a escala mundial y en América Latina, en el sentido que la mayor tasa de profesionales dedicados a la salud mental son las profesionales de enfermería, la mediana mundial de enfermeras es de 5.8 por cada 100 mil habitantes (WHO, 2011; OPS/OMS, 2013) y que la tasa de los profesionales aumenta según se ascienda en las clasificación de los países por grupos de ingresos o nivel de desarrollo (WHO, 2011). Los servicios de salud mental ante la magnitud de la carga de los trastornos mentales son insuficientes e inadecuados. Estas circunstancias son más frecuentes en los países en vías de desarrollo (OPS, 2009); los recursos que se destinan a los servicios de salud mental, no corresponden mínimamente al impacto de los trastornos mentales (OMS, 2005) y al impacto de las situaciones adversas en la psicología humana, que no son necesariamente enfermedades mentales (OPS, 2009). No todas las personas que requieren atención relacionada con la salud mental la reciben, solo reciben atención una minoría de la población necesitada o que presenta alguna disfunción de naturaleza psicológica (Rodríguez, 2007).

Destacar que en El Salvador, existen esfuerzos importantes realizados y en marcha, orientados a mejorar los problemas mentales y el estado de salud mental de la población. Como evidencia se tiene que existen algunos estudios que permiten conocer las prevalencias de los problemas de naturaleza mental en la población general (2004, 2011, 2012), el plan nacional de salud mental con un componente de intervención en desastres, se han creado nuevos equipos de salud mental en algunos hospitales generales. El Estado tiene una serie de estrategias de trabajo en materia de salud mental, también existe una política de salud mental, se está gestionando una ley de salud mental. Sin embargo, no se puede dejar de señalar, que estos esfuerzos, recursos asignados y la institucionalidad instalada, se ponderan marcadamente insuficiente para responder a las exigencias y necesidades de salud mental de la población salvadoreña (Gutiérrez y Portillo, 2013).



Es vital un sistema de salud mental eficiente tanto para reducir la carga de morbilidad, mortalidad y discapacidad, como para ofrecer una respuesta apropiada al problema (OPS/OMS, 2013); por lo tanto, sería pertinente que el sistema de salud salvadoreño realizará estudios epidemiológicos, fortalezca la vigilancia epidemiológica en salud mental, mejore el sistema de información en salud mental, identifique grupos vulnerables a problemas de salud mental mediante investigaciones, diseñar y ejecutar programas para prevenir o reducir la carga de los trastornos mentales, aumentar los recursos humanos para brindar una adecuada atención en salud mental. El sistema de salud Salvadoreño tiene un papel importante que jugar en la vigilancia, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud mental, para asegurar el bienestar psicológico de los(as) salvadoreños(as).

En la situación actual del sistema de salud salvadoreño, sería impertinente pensar que la atención en materia de salud mental podría mejorar, cuando existe: casi nulo presupuesto, insuficientes recursos humanos, pobre cobertura y un limitado desarrollo de investigaciones para comprender mejor la problemática de salud mental. Además, con las condiciones de pobreza, marginalidad, falta de oportunidades, desempleo, escasez de trabajo decente, violencia e inseguridad en la que viven la mayoría de la población (PNUD, 2013); sería insensato aspirar a mejorar la salud mental, bajo estas condiciones que aumentan el riesgo de desarrollar, agravar y aumentar los problemas de salud del país.

Los problemas económicos, políticos y sociales en el país, podrían mejorarse colocando a las personas en el centro de sus prioridades, en el centro del desarrollo; garantizando que exista entre sus habitantes igualdad de oportunidades (PNUD, 2013). El gobierno debe evaluar el impacto que las políticas sociales y económicas tienen en la salud mental de los salvadoreños. Una población con salud mental es más productiva y feliz, mejorando las condiciones socioeconómicas actuales podría revertirse la alarmante situación de salud mental en el país. Para ejercer los derechos humanos y participar en la vida civil, social y económica, la salud mental es esencial (OPS, 2009).

Por ende, transformar el estado actual de salud mental de la sociedad salvadoreña exige, un compromiso serio por parte del gobierno, de parte de los profesionales de la salud mental, la comunidad y la familia, creando y participando en acciones de gestión, planificación, promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación constantes; orientadas a mejorar las condiciones de vida saludable de la población, aumentando las posibilidades de las personas para llevar una vida satisfactoria que permita el cumplimiento de sus metas y objetivos vitales. Si El Salvador implanta mayores acciones en pro de la salud mental y mejora las condiciones de vida de su población; sin duda alguna, podría tener una población más saludable, satisfecha, productiva y más feliz en general.

**REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS**

- Flores, A., Matamoros, A., Velásquez, A., Salgado, J., Ticas, A., Moncada, D. y García, I. (2002). Prevalencia de trastornos mentales en la población mayor de 18 años en 29 comunidades urbanas de honduras, 2001. *Revista Médica de los Post Grados de Medicina UNAH*, 7 (1), 42-48.
- Gibbons, P., Flores, H. y Mónico, M. (2000). "Oscuridad de la casa" *La realidad escondida del abuso sexual, el maltrato infantil y sus efectos psicológicos en El Salvador*. San salvador: Editorial Tecnoimpresos.
- Gutiérrez-Quintanilla, J.R. y Flores- de Arévalo, H.M. (2002). *Factores incidentes en el consumo de sustancias psicoactivas y la prevalencia de características psicopatológicas de los adictos en El Salvador*. Universidad Tecnológica de El Salvador: Tecnoimpresos, San Salvador.
- Gutiérrez-Quintanilla, J.R. y Flores- de Arévalo, H.M. (2003). *El ambiente familiar durante la niñez, el consumo de alcohol y drogas, y su incidencia en los rasgos de psicopatología de los menores infractores en El Salvador*. Universidad Tecnológica de El Salvador: Tecnoimpresos, San Salvador.
- Gutiérrez-Quintanilla, J.R. (2004). Prevalencia de síntomas de alteraciones mentales de la población de El Salvador. *Diagnóstico de Salud Mental (Tomo II)*. Universidad Tecnológica de El Salvador: Tecnoimpresos, San Salvador.
- Gutiérrez-Quintanilla, J.R. (2004). Prevalencia de síntomas de alteraciones mentales en la población de El Salvador. *Revista Internacional de Psicología*, 5 (2) ,1-8.
- Gutiérrez-Quintanilla, J.R. (2005). *La familia disfuncional y la psicopatología en la población de San Salvador*. Universidad Tecnológica de El Salvador: Tecnoimpresos, San Salvador.
- Gutiérrez-Quintanilla, J.R; Sierra, J.C; y Alfaro, O. (2009). *Agresividad al volante en el transporte público de San Salvador: estudio de factores asociados*. Universidad Tecnológica de El Salvador: Tecnoimpresos, San Salvador.
- Gutiérrez-Quintanilla, J.R. (2009). La salud mental, una deuda histórica en El Salvador. *La Palabra Universitaria*. San Salvador: Universidad Tecnológica de El Salvador.
- Gutiérrez-Quintanilla, J.R. (2011). *Prevalencia de alteraciones mentales: depresión y ansiedad en la población salvadoreña. Estado de la salud mental*. Universidad Tecnológica de El Salvador: Tecnoimpresos, San Salvador.

Gutiérrez-Quintanilla, J.R. (2012). *La violencia social delincuencial asociada a la salud mental en los salvadoreños*. Universidad Tecnológica de El Salvador: Tecnoimpresos, San Salvador.

Gutiérrez-Quintanilla, J.R. y Portillo, C.B. (2013). La ansiedad y la depresión como indicadores de problemas de salud mental en los salvadoreños. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 16 (2), 533-557.

Ministerio de Salud (Minsal). (2003). *Estadísticas nacionales de atención primaria en salud*. San Salvador: El Salvador.

Ministerio de Salud (Minsal). (2010). *Política Nacional de Salud Mental*. San Salvador: El Salvador.

Ministerio de Salud Pública (Minsal). (2011). *Política Nacional de Salud Mental. Diario Oficial*. San Salvador: El Salvador.

Ministerio de Salud Pública (Minsal). (2012). *Casos de Trastornos mentales y del comportamiento notificados en los reportes de vigilancia semanal, El Salvador 2005 – 2012*. San Salvador: El Salvador.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). *Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Informe sobre la salud en el mundo 2001*. Ginebra: Autor.

Organización Mundial para la Salud (OMS). (2002). *Programa mundial de acción en salud mental. mhGAP*. Washington, DC: Autor.

Organización Mundial para la Salud (OMS). (2004). *Invertir en salud mental*. Ginebra: Autor.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). *Informe de estatus global: Política de alcohol*. Ginebra: Autor.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). *El contexto de la salud mental. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental*. Editores Médicos, S.A. EDIMSA.

Organización Mundial de la salud (OMS). (2010). *Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud*. Washington, D.C.: OPS.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). *Salud mental: un estado de bienestar*. Recuperado de:  
[http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/index.html](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html)

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Informe mundial de la OMS destaca los impactos negativos del alcohol en la salud*. Recuperado de: [http://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_contentyview=articleid=841%3Ainforme-mundial-de-la-oms-destaca-los-impactos-negativos-del-alcohol-en-la-salud-yItemid=0](http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_contentyview=articleid=841%3Ainforme-mundial-de-la-oms-destaca-los-impactos-negativos-del-alcohol-en-la-salud-yItemid=0)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). *Tema de salud: Depresión*. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (2001). *43.ª Consejo Directivo, 53.ª sesión del comité regional*. Washington, DC: EUA.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (2006). *Informe de la Evaluación de los Sistemas de Salud Mental en Nicaragua, El Salvador y Guatemala utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS (IESM-OMS)*. Washington, D.C.: OPS.
- Organización Panamericana de la salud (OPS). (2009). *Estrategia y plan de acción sobre salud mental. 49.º Consejo Directivo, 61.ª Sesión del Comité Regional*. Washington, DC: EUA.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (2012). *Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente*. Recuperado de: [http://www.paho.org/els/index.php?option=com\\_contentyview=articleid=686](http://www.paho.org/els/index.php?option=com_contentyview=articleid=686)
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), (2013). *Conmemoraron el Día Mundial de la Salud Mental "Salud mental en el adulto mayor, una creciente preocupación..."*. Recuperado de: [http://www.paho.org/els/index.php?option=com\\_contentyview=articleid=856:conmemoraron-el-dia-mundial-de-la-salud-mental-salud-mental-en-el-adulto-mayor-una-creciente-preocupacionycatid=671:els.-noticias-de-el-salvadorItemid=291](http://www.paho.org/els/index.php?option=com_contentyview=articleid=856:conmemoraron-el-dia-mundial-de-la-salud-mental-salud-mental-en-el-adulto-mayor-una-creciente-preocupacionycatid=671:els.-noticias-de-el-salvadorItemid=291)
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). (2013). *Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C.: OPS.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo El Salvador (PNUD). (2013). *Informe sobre Desarrollo Humano El Salvador 2013. Imaginar un nuevo país. Hacerlo posible. Diagnóstico y propuesta*. San Salvador: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Rodríguez, J. (2007). La atención de Salud Mental en América Latina y el Caribe. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 71 (2) ,117-124.

Rodríguez, J., Barrett, T., Narváez, S., Caldas, J., Levav, I. y Saxena, S. (2007). Sistemas de salud mental en El Salvador, Guatemala y Nicaragua: resultados de una evaluación mediante el WHO-AIMS. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22 (5), 348-57.

World Health Organization (WHO). (2011). *Mental Health Atlas 2011*. Geneva: Author.

World Health Organization (WHO). (2014). *Preventing suicide. A global imperative*. Geneva: Author.