

LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA EN MÉXICO HACIA EL SIGLO XXI

Oscar Benassini F*

SUMMARY

Public psychiatric care programs in Mexico have lasted for almost fifty years. The terms psychiatry and "mental health" are frequently used as synonymous, but they are far from being so. Psychiatry is a speciality of medicine and mental health should be used to speak about a variety of well being. The concept of mental health be migt confusing in itself since the concept of health is an integral one, but it still seems appropriate and is frecuently used. The evolution of psychiatric care programs and services in our country is reviewed, and some important topics for the next years are pointed out. The prevalence and epidemiological surveillance of mental diseases, primary care programs, modern alternatives for specialized medical attention, and supportive resources for people handicapped by psychiatric disorders, are extensivly comented.

Key words: Psychiatry, mental health, primary care, coverage, quality, policies, mental disorders, technology.

RESUMEN

Puede hablarse de casi cincuenta años de política gubernamental en México, a favor de la atención psiquiátrica. Psiquiatría y salud mental son dos términos que con frecuencia se emplean para referirse a áreas de competencia y actividades semejantes. Sin embargo, el primero se refiere a una modalidad de atención, habitualmente especializada, y el segundo a una condición peculiar de bienestar, entendida y abordada desde una perspectiva mucho más amplia. A pesar de que el término salud mental podría representar una escisión en el concepto integral de salud, parece haber consenso en cuanto a su empleo y al trabajo que se hace en esta dirección. Esta es una breve revisión de la evolución de los programas y servicios de atención psiquiátrica en nuestro país, a partir de la cual se señalan algunos temas prioritarios para los próximos años, entre los que destaca la vigilancia de la prevalencia e impacto de los trastornos mentales, la vinculación de programas de atención psiquiátrica con la atención primaria a la salud, la modernización de la atención especializada, y la importancia de generar alternativas de asistencia social para las personas que quedan con discapacidad como secuela de enfermedad mental.

Palabras clave: Psiquiatría, salud mental, atención primaria, cobertura, calidad, políticas, trastornos mentales, tecnología.

A MANERA DE INTRODUCCIÓN

El presente documento es un ejercicio de reflexión acerca de la problemática de la atención psiquiátrica en nuestro país, de los esfuerzos institucionales que han intentado resolverla, y de cómo aplicar en el futuro la experiencia derivada de dichos esfuerzos.

Vayan en primer término algunas advertencias que contienen, de entrada, algunos de los problemas básicos en este campo:

- Psiquiatría y salud mental son términos que con frecuencia se emplean para referirse a un área de competencia y a un conjunto de actividades, a pesar de que están lejos de ser sinónimos. La psiquiatría es una especialidad médica a la que se atribuye la responsabilidad de atender los trastornos mentales, en tanto que el término "salud mental" tiene una acepción mucho más amplia, y se refiere a una condición peculiar de bienestar y desarrollo de las potencialidades individuales y colectivas.
- El término "salud mental" puede ser criticado con justa razón. Al menos en apariencia, atenta contra el concepto de salud integral, parcelándola de entrada y generando la necesidad de contar con dos modalidades distintas de respuesta organizada: cómo atender los problemas de salud "física", y qué hacer con los que, frecuentemente por exclusión, resultan de naturaleza "mental". Vista de esta manera, la psiquiatría formaría parte de las modalidades de respuesta a los problemas mentales.
- Salud mental es un concepto difícil de definir, por lo que al intentar hacerlo es frecuente referirse a ciertos daños a la salud que a veces por razones históricas, a veces por conflictos ideológicos, y a

*Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, UNAM, 04510 México, DF.
Recibido primera versión: 23 de marzo de 2001. Segunda versión: 5 de julio de 2001. Aceptado: 18 de septiembre de 2001.

veces porque parecen ser más afines a determinada metodología para comprenderlos e intentar resolverlos, se han incluido en la “patología psiquiátrica”, en la “psicopatología”, o quizá de manera más amplia e imprecisa, en la “patología psicológica”. La atención psiquiátrica consiste en un conjunto de principios científicos, métodos, tendencias y recursos para contender con las llamadas enfermedades mentales, aceptadas como tales por la Organización Mundial de la Salud, que las define y clasifica en este rubro.

- Los progresos científicos en la genética y en las neurociencias han vuelto insostenible el concepto que atribuía la categoría de “mentales” a las enfermedades que se suponía que no tenían ninguna base tisular, fisiológica o bioquímica.
- Sea como sea, la escisión es muy clara, de tal manera que hay problemas de salud afines a los profesionales de la salud en general, que para algunos pueden llamarse “enfermedades físicas”, y problemas psiquiátricos o mentales, diferentes de los primeros y afines a un grupo especial y diferente de profesionales de la salud, por lo que hay recursos, programas y responsables de unos y otros.
- Como ocurre con frecuencia, definir la salud mental no es tan fácil como definir la patología psiquiátrica, sin embargo, de manera aún más forzada que en el campo de la patología, hay quienes intentan sustentar dicha definición en aspectos específicos de la vida, a los que proponen considerar como parte de la salud individual o colectiva. Entre estos aspectos podrían citarse el desarrollo psicológico y social de los niños y los adolescentes, la adaptación y el rendimiento escolar y laboral, las relaciones de pareja, la estructura y la dinámica de la familia, las actividades de esparcimiento y el nivel de percepción de la calidad de vida y del bienestar que, como se ve, corresponden claramente al concepto general de salud.
- Este ensayo pretende hacer un análisis de las políticas y acciones que deben adoptarse para dar una buena atención psiquiátrica en nuestro país, entendiéndolas como un componente de la salud mental y de su atención, y reconociendo que un análisis de este último término resultaría mucho más complicado.

LOS ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y SUS IMPLICACIONES

Si dejamos de lado algunos esfuerzos encomiables que podrían ser la excepción de la regla, las

propuestas más serias, ordenadas e incluyentes en el campo de la atención psiquiátrica son producto del trabajo de las instituciones públicas de salud. Una breve semblanza histórica de estas propuestas puede incluir, por un lado, las de la Secretaría de Salud, institución que, además de tener un papel normativo y de coordinación sectorial, ha operado durante muchos años los llamados servicios de salud para la población abierta (aquella que no cuenta con la protección de los programas de seguridad social), y por otro lado, las de las instituciones públicas de seguridad social. La doble misión que ha tenido siempre la Secretaría de Salud, la coordinación sectorial y la operación de servicios ha sido, quizá, el factor que ubica su labor como el de mayor relevancia en la materia.

Si se revisa la evolución que han seguido en este país las instancias directivas creadas por la Secretaría de Salud para manejar la problemática psiquiátrica, se puede analizar cómo se conciben estos problemas y cómo se abordan por el papel que se les ha ido confiando (cuadro 1).

Remontándonos a la inauguración en 1910 del “Manicomio de la Castañeda”, sin una política sanitaria en materia de enfermedad mental, como era obvio en esa época, se puede asegurar que a partir de entonces surgieron, por iniciativa de las autoridades federales y locales, diversas instituciones dedicadas a atender a los enfermos psiquiátricos, de acuerdo con los propósitos para los que hubieran sido creadas. Los hospitales psiquiátricos estatales pueden ser un ejemplo. En 1959 apareció la Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación, de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, como un primer esfuerzo del gobierno federal para aplicar de manera coordinada los recursos de que disponía, dando lugar a nuevos programas de atención. Entre los proyectos de esta Dirección destaca el de los llamados “Servicios de Higiene Mental”, que se insertan en algunos de los Centros de Salud de la ciudad de México, y pretenden ofrecer programas preventivos y de contacto primario para atender los problemas que nos ocupan. Estos servicios contaban con un psiquiatra, un psicólogo

CUADRO 1
Las instancias directivas de la Secretaría de Salud responsables de los programas de atención psiquiátrica

<i>Epoca</i>	<i>Instancia</i>
1959 - 1971	Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación
1971 - 1981	Dirección General de Salud Mental
1981 - 1994	Dirección de Normas de Salud Mental, Asistencia Social y Rehabilitación
1994 - 1996	Dirección General de Salud Mental
1996 - 2000	Coordinación de Salud Mental (CORSAME)

y una trabajadora social, que con los recursos entonces en boga cubrían algunos temas de educación preventiva, especialmente para la vigilancia del desarrollo infantil. Allí se atendía en consulta externa a las personas afectadas por trastornos psiquiátricos, y se intentaba vincular a la comunidad con los servicios especializados enviándoles a los pacientes que se consideraba que necesitaban este tipo de servicios. Sin embargo, esta iniciativa no se generalizó, pues en 1964 apenas había 16 de estos servicios: 10 concentrados en el Distrito Federal y 6 en diferentes estados.

La dirección se encargaba, además, de operar algunos servicios especializados. En 1964 había 33 servicios de consulta psiquiátrica externa, 7 de ellos del IMSS y 7 de los gobiernos locales, además de 24 hospitales psiquiátricos públicos en todo el país: 1 de ellos del IMSS, 6 de los gobiernos de los estados, y el resto de la propia Secretaría de Salubridad y Asistencia. En total se contaba con 6 251 camas para la hospitalización de los enfermos, 4 040 de ellas concentradas en la ciudad de México (4).

En 1967 se pusieron en operación los hospitales psiquiátricos “Fray Bernardino Alvarez”, para adultos, y “Juan N. Navarro”, para niños y adolescentes, para sustituir al “Manicomio de La Castañeda” que se había clausurado. Esto, y la puesta en operación de hospitales psiquiátricos federales en el Estado de México, en el Estado de Hidalgo y en otras entidades, constituyó la entonces llamada “Operación Castañeda”, orientada a modernizar y desconcentrar la atención especializada.

Posiblemente por el crecimiento de los servicios especializados, y por las diferencias que se fueron encontrando entre la neurología, la psiquiatría y la rehabilitación, a partir de 1971 la Dirección se limita a la psiquiatría y a la salud mental, cambiando su denominación a “Dirección General de Salud Mental”. Sus facultades son eminentemente operativas: concentra los recursos financieros para operar los hospitales psiquiátricos de la Secretaría de Salud en todo el país, y los administra, los norma y los regula. El trabajo en los centros de salud continúa, aunque su crecimiento y su desarrollo no se hace notar (30). Al principio de la década de los años ochenta se trabaja en la organización de los servicios de salud en el país, y para ello se crean las Jefaturas de Servicios Coordinados en cada estado, agrupando bajo su mando a todos los servicios de salud a población abierta, entre ellos, los hospitales psiquiátricos federales. Resulta de especial importancia la creación, en 1979, del Instituto Mexicano de Psiquiatría, en sustitución del hasta entonces Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental (CEMESAM). El Instituto asume desde su creación

la tarea de desarrollar la investigación científica en diversas áreas y la formación de recursos humanos especializados, y se convierte en un excelente apoyo para el desarrollo de programas.

Con la aparición de las Jefaturas Estatales de servicios Coordinados, en 1981, la Dirección General de Salud Mental pierde recursos y facultades, y se transforma en una instancia de carácter exclusivamente normativo como Dirección de Normas de Salud Mental, Asistencia Social y Rehabilitación (2). Esta instancia desarrolla la primera norma técnica para la prestación de servicios, a la vez que explora las labores de inducción, diseño de programas y almacén de información acerca de los procesos de atención, coordinación y apoyo técnico, especialmente de los hospitales psiquiátricos (24), y sufre los primeros embates de una modalidad de respuesta social organizada, con una postura más bien radical y centrada en los derechos de los enfermos y su pretendida violación sistemática (24).

Es importante mencionar la relevancia que va adquiriendo en tanto el consumo de drogas, y los problemas para la salud y la seguridad pública consecutivos a este hábito, que lleva a la Secretaría a proponer un programa nacional en la materia, en tres diferentes direcciones: la farmacodependencia, el alcoholismo y el tabaquismo. Para garantizar la operación del programa se crea un organismo de coordinación interinstitucional e intersectorial: el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC).

En 1995 se considera conveniente reactivar la Dirección General de Salud Mental, para lo cual se fusiona la Dirección de Normas de Salud Mental con la oficina operativa del CONADIC, y se propone un programa nacional de salud mental, cuya elaboración no llega a concluirse. Simultáneamente, la dirección desarrolla la Norma Oficial Mexicana para la atención psiquiátrica hospitalaria, vigente desde 1995. Posteriormente (1996) se decide que CONADIC vuelva a operar en forma autónoma y se crea la Coordinación de Salud Mental (CORSAME, 1997). En estos años destaca el interés por mejorar las condiciones en que operan los servicios especializados en los hospitales psiquiátricos de todo el país, mediante apoyo financiero y trabajo de asesoría y coordinación.

MORBILIDAD

Ya se comentó un fenómeno de sobra descrito: que una buena parte de lo que sabemos acerca de la salud, procede del estudio de las enfermedades, y aunque la salud es mucho más que la ausencia de enfermedad, la distorsión está lejos de haber sido erradicada. Puede agregarse que el completo bienestar y el desarrollo

de las potencialidades que propone el concepto de salud, se ajusta mucho mejor al “modelo ecológico” de salud que al “modelo biológico o médico”, y complica la posibilidad de definir alguna forma de “bienestar mental” escindido del resto del bienestar. Lo que suele hacerse es señalar aquellas modalidades de enfermedad que se han adjudicado a un campo determinado y definirlo de este modo.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), América Latina, al igual que el resto del mundo, se enfrenta a una pandemia de trastornos psiquiátricos, según lo señalado por las encuestas comunitarias llevadas a cabo en varios países de la región. A estos trastornos se agregan otros de gran magnitud y gravedad: los de naturaleza social que rara vez se registran en ese tipo de encuestas. Entre éstos sobresalen la conducta violenta y la mortalidad derivada de ella, para lo cual no se han aportado soluciones determinantes. La propia OPS estimó que en el año 2000, alrededor de 88 millones de personas en América Latina manifestarían algún tipo de trastorno mental (23), lo cual estaría estrechamente relacionado con los problemas económicos de la mayoría de las naciones del continente, comprometiendo seriamente la meta de Alma-Ata.

La Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE - 10, Organización Mundial de la Salud, 1992) contiene en su capítulo V, dedicado a los “Trastornos Mentales y del Comportamiento”, 10 grupos de categorías (cuadro 2) en las que se incluyen 99 diferentes entidades, muchas de ellas con subtipos muy variados, que proponen un amplio panorama de posibles daños mentales (21).

Tomando en cuenta el limitado conocimiento que tiene el personal de salud sobre estas enfermedades, es imposible describirle y hacerle comprender un número tan grande de categorías. Por lo tanto, la OMS

CUADRO 2
Categorías del Capítulo V, CIE- 10 (OMS, 1992)

<i>Capítulo V: Trastornos mentales y del comportamiento</i>	
F00-F09:	Trastornos mentales orgánicos, incluyendo los sintomáticos
F10-F19:	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas
F20-F29:	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos con ideas delirantes
F30-F39:	Trastornos del humor (afectivos)
F40-F49:	Trastornos neuróticos, somatomorfos, y secundarios a situaciones estresantes
F50-F59:	Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos
F60-F69:	Trastornos de la personalidad del adulto y de su comportamiento
F70-F79:	Retraso mental
F80-F89:	Trastornos del desarrollo psicológico
F90-F98:	Trastornos del comportamiento y de las emociones al comienzo de la infancia y de la adolescencia

CUADRO 3
Probables problemas psiquiátricos prioritarios en México

<i>Problema</i>	<i>Prevalencia estimada</i>
Demencias	5% en mayores de 65 años
Abuso y dependencia del alcohol y de las drogas	
Esquizofrenia	1%
Trastornos bipolares	2%
Depresión	"alguna vez en la vida" 5 a 10%
Trastornos de ansiedad	"alguna vez en la vida" 30%
Trastornos somatomórficos	10%
Retraso mental	1%
Trastornos hipercinéticos	3 a 5%
Otros trastornos en la infancia y en la adolescencia	

elaboró un documento adicional al Capítulo V de su CIE 10, denominado “Pautas Diagnósticas y de Actuación en Atención Primaria”, en el que se redujo el número de categorías a las 25 prioritarias más frecuentes (19).

Es necesario aclarar que México dispone de muy poca información epidemiológica sobre la mayoría de estas categorías, con excepción del abuso y la dependencia del alcohol, el tabaco y las drogas (Encuesta Nacional de Adicciones, versión 88, versión 93 y versión 97) (9, 10, 11), y buena parte tiene carácter anecdótico o procede de estudios realizados en otros países, cuya información se ha considerado válida y extrapolable. Con base en esta información se hizo una lista de los diez probables problemas psiquiátricos prioritarios en nuestro país (cuadro 3).

Estos trastornos producen en quienes los padecen diversos grados de discapacidad, y el déficit adaptativo consecutivo en uno o más ámbitos de su actividad y de su desarrollo, el evidente malestar subjetivo y el deterioro de su calidad de vida, influyen notablemente en la forma en que perciben su estado de salud.

De acuerdo con De la Fuente, Medina Mora y Caraveo (5), para hacer una estimación de los trastornos mentales que afectan a la población se dispone de tres fuentes de información: las instituciones de atención especializada, como los hospitales psiquiátricos, los asilos y otros servicios asistenciales públicos y privados; los servicios de consulta externa de los hospitales generales y de las unidades de salud de primer nivel de atención; y la comunidad. Por lo tanto, aunque sea escasa para un país y para un sistema de salud del tamaño de los nuestros, sí contamos con alguna información sobre la morbilidad mental, procedente de estas tres fuentes.

En 1960, la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia publicó su “Primera Investigación

CUADRO 4
Porcentaje de trastornos mentales entre la población adulta de las zonas urbanas de México

Trastorno	Hombres	Mujeres	Total
Depresión con retardo mental	0.5	1.1	0.9
Depresión neurótica	1.6	5.0	3.7
Depresión psicótica	0.8	0.6	0.7
Epilepsia	3.4	3.9	3.7
Manía	0.3	0.2	0.2
Probable depresión psicótica	1.5	3.0	2.5
Probable esquizofrenia	1.2	0.9	1.0
Psicosis inespecífica	0.7	0.6	0.6
Probable psicosis	3.2	2.6	2.8
Probables trastornos limítrofes	1.6	0.8	1.1
Trastorno de ansiedad	0.3	1.6	1.1
Trastorno bipolar	0.7	0.6	0.6
Trastorno obsesivo	1.6	3.0	2.5

Fuente: Caraveo y cols. 1994 (10)

Nacional de Enfermedades Neurológicas y Psiquiátricas” en los servicios médicos, e informó de una prevalencia general de 4.43% de trastornos de esta índole entre la población estudiada (28). Dos encuestas posteriores (1964, 1968): la primera en burócratas y la segunda en población del sector militar de la ciudad de México, propusieron prevalencias notablemente mayores —de 33 y 23% respectivamente (5). Durante la realización de la primera Encuesta Nacional de Adicciones (1988) se llevó a cabo la Encuesta Nacional de Salud Mental en una submuestra probabilística compuesta por 2 025 adultos de entre 12 y 65 años de edad, que respondieron a un cuestionario estandarizado que exploraba importantes áreas de psicopatología (6). Algunos de sus resultados (cuadro 4) destacan la magnitud e importancia de los problemas psicóticos, la epilepsia, la depresión y los trastornos obsesivos.

En las encuestas en hogares de 1994, de Caraveo y Medina Mora (7), se reportó una prevalencia general de trastornos psiquiátricos de 36%, y de este porcentaje, 26% sólo tenía un trastorno, y 10% dos o más trastornos. Las siguientes tasas para cada 100 habitantes adultos fueron: agorafobia, 2.6; fobia social, 2.6; fobias específicas, 4.7; pánico, 1.9; ansiedad generalizada, 3.2; trastorno obsesivo compulsivo, 1.3; manía, 1.2; depresión, 8.0 y distimia 4.3.

Estos autores proponen que la prevalencia global de los trastornos mentales en la población mexicana es de alrededor de 25%, y que predominan los trastornos depresivos, la ansiedad y la adicción al alcohol.

Los diagnósticos más frecuentes encontrados en una encuesta nacional de pacientes psiquiátricos hospitalizados (60% hombres y 40% mujeres) (5), fueron:

- Esquizofrenia 32%
- Retardo mental 32%

- Psicosis orgánica crónica 28%
- Epilepsia 12%
- Dependencia de las drogas 7%
- Dependencia del alcohol 6%
- Demencias 4%

En 59% de la muestra se catalogó la enfermedad como crónica, y 40% de los enfermos debían permanecer internados por largo tiempo.

En los servicios de la consulta médica general y especializada se cuenta con informes sobre la morbilidad mental. En una muestra de la consulta externa de 11 hospitales psiquiátricos, Gutiérrez y Tovar (1984) encontraron que entre 1973 y 1978 los diagnósticos más frecuentes fueron la epilepsia (17.4% hombres, 19.4% mujeres), la esquizofrenia (15.4% hombres, 15.2% mujeres), la neurosis (14.8% hombres, 28% mujeres) y el retardo mental (12.7% hombres, 10.9% mujeres) (15).

En 1986 Gutiérrez y Barilar publicaron cifras ilustrativas de los principales trastornos mentales atendidos en unidades de primer nivel de atención de la ciudad de México, en el año de 1981 (13). Indicaron que los trastornos más frecuentes habían sido los de la conducta infantil (24% hombres, 13.5% mujeres), los transitorios de adaptación (14% hombres, 12% mujeres), y el retardo mental (8.5% en ambos géneros).

Esta muestra incluyó un alto porcentaje de pacientes (18% de hombres y 13% de mujeres) con “síntomas especiales no clasificables”, que incluyeron trastornos específicos del aprendizaje. Padilla y Peláez (1985) estimaron en 43% la prevalencia de trastornos psiquiátricos en los pacientes que acudían a una unidad de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social, de los cuales, 19% era de neurosis, 10% de reacciones de adaptación y 4.6% de trastornos de la personalidad (23).

LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA SALUD MENTAL

El compromiso de Alma-Ata, en 1978, de que hubiera salud para todos en el año 2000, se basaba en el impulso que se le daría en los siguientes años a la atención primaria a la salud. La influencia de esta propuesta sobre las políticas sanitarias de los países que hicieron este compromiso fue definitiva. De acuerdo con la OMS, la salud mental se incluyó desde entonces en la lista de las prioridades de la atención primaria (1).

El énfasis en la atención especializada para los problemas de salud mental, y la poca importancia que tradicionalmente se concedió a la atención primaria, ya se han comentado reiteradamente, por lo que Guerra de Macedo, Levav y Restrepo (1994), indican que “las ventajas de ofrecer servicios de salud

mental por intermedio de la atención primaria son tan obvias en la actualidad que toda discusión adicional se tornaría redundante” (15).

En efecto, la necesidad de reformar las políticas de atención psiquiátrica en los servicios de atención primaria llevó a la OPS a convocar a los países de la región a una conferencia especial para reestructurar los servicios psiquiátricos, en Caracas, Venezuela, en 1990. De esta reunión surgió la Declaración de Caracas, adoptada por los países representados, México entre ellos, que propone vincular estrechamente la atención psiquiátrica a la atención primaria, enmarcándola dentro de los sistemas locales de salud (19).

Sin pretender iniciar una polémica puede decirse que, hasta el momento, los avances en esta tarea, cuando menos en el caso de México, han sido limitados; y para explicar tal limitación vale la pena considerar algunos conceptos e intentar relacionarlos con los escasos progresos (16).

La atención primaria a la salud debe tener las siguientes características:

- Basarse en métodos y tecnologías científicamente fundados.
- Estar al alcance de todos los individuos, familias y comunidades.
- Tener un costo accesible.
- Por el riesgo que representa, dar atención programada y anticipatoria a la población.
- Promover la participación de la comunidad dándole un papel protagónico.

La atención psiquiátrica sí se ha ocupado de los daños a la salud mental, ha proporcionado sus servicios cuando se le solicitan; ha atendido a “pacientes” escasamente informados sobre el cuidado que deben dar a su salud mental y, por lo tanto, poco participativos; ha prevalecido la práctica individual, aunque se pretenda trabajar en equipo; los servicios especializados están casi desvinculados de los servicios del primer nivel de atención y no se puede afirmar que la atención psiquiátrica se encuentre al alcance de todos, pues es un hecho que su costo no es accesible ni para los usuarios ni para los sistemas de salud.

Por otra parte, los programas de atención psiquiátrica en México se han basado en el déficit adaptativo de los pacientes y en la evidente discapacidad que les genera su enfermedad mental, como los trastornos psicóticos y el retardo mental, sin ocuparse de las necesidades producidas por la forma de percibir su estado de salud. La ansiedad en sus diversas formas, la depresión y los trastornos somatomórficos son algunos ejemplos de estas necesidades. Por ser el

eje de la atención, el hospital psiquiátrico que persiste en custodiar a las personas con secuelas y discapacidad, recibe una buena parte de los recursos de que se dispone, en detrimento del desarrollo de otras tecnologías necesarias para los demás trastornos mentales.

A continuación se enumeran los 8 programas que debe haber en los servicios de atención primaria, para la atención de los trastornos psiquiátricos (22):

- Extensión de la cobertura de los servicios de salud y mejoramiento del ambiente.
- Organización y participación de la comunidad.
- Desarrollo de la articulación intersectorial.
- Desarrollo de la investigación y de las tecnologías apropiadas.
- Disponibilidad de insumos y equipos.
- Formación y utilización de recursos humanos.
- Financiamiento del sector.
- Cooperación internacional.

Hacer un análisis exhaustivo de cada uno de estos incisos, en relación con la problemática de la salud mental, rebasa los alcances de este documento, pero es indudable que en el campo de los trastornos psiquiátricos no se ha trabajado en esta dirección, excepto en los programas de prevención del alcoholismo, del tabaquismo y de la farmacodependencia.

Para enfrentarse a la demanda de atención generada por la enfermedad mental, pueden considerarse los modelos existentes que intentan explicar el fenómeno. Uno de los más respetables es el de los ingleses David Goldberg y Peter Huxley, quienes proponen que el portador de un trastorno mental se ubica en determinado momento en uno de cinco niveles; el paso de un nivel a otro está condicionado por cuatro diferentes filtros (cuadro 5). A pesar de que este modelo no ha sido desarrollado en México y, por consiguiente, no toma en cuenta las condiciones de nuestro sistema de salud, puede ser útil para hacer algunas consideraciones (12).

De acuerdo con las muestras aleatorias de la comunidad, la prevalencia anual de personas con trastornos mentales es de 250 por cada mil habitantes. A esta situación epidemiológica se le denomina **Nivel I**, por la percepción que la persona y la comunidad tienen de una determinada enfermedad. El **primer filtro** por el que pasan estas 250 personas lo constituye su propia concepción de la enfermedad, su percepción de los síntomas y la de su gravedad. Como resultado de ello, el enfermo que busca mejorar su salud constituye el **Nivel I**, y el individuo clave en este **primer filtro** es el enfermo. El **Nivel II** lo constituyen las 230 personas que, de la cifra

Cuadro 5
Modelo de Goldberg y Huxley

Nivel	Nivel I	Nivel II	Nivel III	Nivel IV	Nivel V
Descripción	Morbilidad en las muestras aleatorias	Morbilidad psiquiátrica total, atención primaria	Morbilidad psiquiátrica conspicua	Total de pacientes psiquiátricos	Pacientes psiquiátricos ingresados
Prevalencia anual por 1,000 Habs.	250	230	140	17	6
Filtros	1er. filtro	2do. filtro	3er. filtro	4to. filtro	
Características de los 4 filtros	Características de la enfermedad	Detección de la enfermedad	Enviados al psiquiatra	Hospitalizados	
Individuo clave	El enfermo	El médico de atención primaria	El médico de atención primaria	El psiquiatra	
Factores que afectan al individuo clave	Gravedad y tipo de síntomas. Estrés psicosocial. Patrones aprendidos de la conducta de la enfermedad.	Técnicas de entrevista. Factores de personalidad, formación y actitudes.	Confianza en la propia capacidad de resolver. Disponibilidad y calidad de los servicios psiquiátricos. Actitudes hacia los psiquiatras.	Disponibilidad de camas. Disponibilidad de servicios psiquiátricos comunitarios adecuados.	
Otros factores	Actitudes de los familiares. Disponibilidad de servicios médicos. Posibilidad de pagar el tratamiento	Patrón de síntomas presentados. Características socio-demográficas del paciente.	Patrón de síntomas del paciente. Actitudes del paciente y de la familia.	Patrón de síntomas del paciente. Riesgo para sí o para otros. Actitudes del paciente y de la familia. Retraso en la llegada del asistente social.	

original de 250 personas afectadas, llegan a un servicio de primera atención. Esta cifra, que equivale a la morbilidad psiquiátrica total en los servicios de atención del primer nivel, se estima en 230 personas; el individuo clave en el **segundo filtro** para estas 230 personas es el médico de la atención primaria que le detecta la enfermedad, lo diagnostica y se responsabiliza de atenderlo. El **Nivel III** es el resultado de esta operación y recibe el nombre de morbilidad psiquiátrica conspicua. Está formado por 140 personas, el 56% de las 250 iniciales. El **tercer filtro** lo constituye el médico de atención primaria, que decide enviar a 17 de estas personas de la muestra

original a la consulta psiquiátrica (6.8% de los 250 sujetos originalmente enfermos). El **Nivel IV**, está constituido por estos 17 pacientes psiquiátricos, quienes, finalmente, accedieron al nivel IV, y pasarán por un **cuarto filtro**, en el que el individuo clave es el psiquiatra que decidirá si deben ingresar a un hospital psiquiátrico. El **Nivel V** lo constituyen los pacientes psiquiátricos hospitalizados, estimados en sólo 6 personas de cada 1 000, esto es, 2.4% de las 250 originalmente enfermas, y 0.6% de la población total. En este flujo de usuarios de servicios de salud, contarán los factores que puedan afectar al individuo clave en cada filtro, esto es: la confianza en la capacidad

del médico general o la disponibilidad de servicios psiquiátricos para los pacientes del tercer filtro, y la disponibilidad de camas psiquiátricas para el paciente del cuarto filtro.

El modelo de Goldberg y Huxley deja claro que la capacidad resolutoria debiera concentrarse en el médico de la atención primaria. Esta propuesta tiene especial importancia si se toma en cuenta que surge a pesar de que el sistema de salud del país de los autores cuenta con mayores recursos para ofrecer atención especializada que nuestro país. La propuesta obliga, además, a considerar el problema de la capacidad del médico de la atención primaria para resolver problemas psiquiátricos, que tradicionalmente ha sido muy limitada por el tipo de formación médica que ofrece la mayor parte de las universidades en México. Podría estimarse que en nuestro país sólo reciben atención psiquiátrica los usuarios de los servicios de salud que acceden a los niveles IV y V, —menos de 10% de las personas con problemas de salud mental— a los cuales se destina la mayor parte de los recursos.

LA ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Los servicios especializados en psiquiatría de México presentan un panorama heterogéneo en el que habría que distinguir los servicios públicos de los privados. Entre estos últimos predominan notablemente la consulta de los psiquiatras, que se concentra en las grandes ciudades, como la ciudad de México, Guadalajara, Monterrey, otras capitales y las principales ciudades de los estados, por lo que las ciudades medianas y pequeñas no cuentan con psiquiatras.

El número de hospitales psiquiátricos privados es muy reducido, y sólo los hay en algunas ciudades del país. Ultimamente ha aumentado el número de clínicas dedicadas exclusivamente al tratamiento de los adictos a las drogas.

Entre los servicios psiquiátricos públicos se encuentran los de los sistemas de seguridad social (IMSS e ISSSTE), y los de la Secretaría de Salud, que atiende a la población que no pertenece a ese sistema. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y en los sistemas de seguridad para los trabajadores de los gobiernos de los estados, predominan los servicios de consulta externa. Únicamente el IMSS tiene servicios de hospitalización en la ciudad de México, Guadalajara y Monterrey. En el resto del país la hospitalización psiquiátrica es privada o está

a cargo de la Secretaría de Salud.

Los servicios psiquiátricos operados por la Secretaría de Salud o por los gobiernos estatales, que desde antes de la descentralización ya operaban sus propios establecimientos, se distribuyen a la inversa, predominando los hospitales psiquiátricos sobre los servicios exclusivamente de atención externa, aunque cubren, desde luego, el servicio de consulta. En ellos priva la heterogeneidad en todos los aspectos: en las características físicas de los inmuebles, el número de camas y consultorios y su proporción en relación con la población, el personal de que disponen, sus recursos financieros y sus costos, y hasta sus lineamientos de operación, su productividad y su impacto en la comunidad. La voluntad de regular los servicios que prestan fructificó, primero, en una Norma Técnica (1986) y, posteriormente, en la Norma Oficial Mexicana (1995).

La creación de estos hospitales psiquiátricos buscaba responder a necesidades diferentes de las actuales, y se basaba en lineamientos técnicos que han ido perdiendo validez, de tal manera que han debido enfrentarse a la necesidad de cambiar, con mayor o menor fortuna, el modelo clásico asilar, de custodia permanente a los discapacitados, y adaptarlos a los llamados “hospitales granja” del tipo de principios de los años sesenta, aunque este esfuerzo ha resultado desafortunado. Se invertía mucho dinero para pocos usuarios, los logros eran reducidos, y de manera tácita se admitía que las personas discapacitadas, por este solo hecho, debían ser responsabilidad del estado. Al deterioro adaptativo, resultado de sus enfermedades, se sumó el deterioro que implicaba vivir en instituciones cerradas, cuyos recursos dependían de las crisis económicas. Al final sólo se atendía a una pequeña proporción del total de los enfermos mentales graves, y era poco lo que se conseguía aparte de su custodia (24, 26).

Los principales problemas de la atención especializada son los siguientes:

- El hospital psiquiátrico era el eje alrededor del cual giraban los programas y los servicios.
- Los hospitales psiquiátricos tenían un gran número de camas, de consultorios, de personal y de otros recursos, con grandes áreas de influencia, por lo que eran poco accesibles, concentrándose en los problemas administrativos y las dificultades financieras.
- El hospital psiquiátrico debía haberse ocupado más de la custodia de los discapacitados que del tratamiento médico especializado de los trastornos mentales.

- El hospital psiquiátrico limitaba sus servicios a unas cuantas formas de patología, particularmente las de tipo psicótico.
- El número y la disponibilidad de profesionistas especializados en salud mental: médicos, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras es, en términos generales, insuficiente, particularmente en los servicios de los institutos de seguridad social.

Sabemos que este esquema debe reformarse a fondo, pero eso no basta, por lo que las modificaciones han sido lentas, aunque hay consenso acerca de la dirección que debe seguirse (18):

- Vincular al hospital psiquiátrico con la red de servicios de salud, especialmente con los de primer nivel.
- Poner énfasis en las actividades de atención externa.
- Diversificar los programas de atención más allá del tratamiento de enfermos psicóticos o con retardo mental.
- Invertir en mejorar la infraestructura y el equipamiento.
- Abandonar la custodia permanente de los discapacitados como política de atención.

Puede decirse que en mayor o menor medida, los hospitales están cambiando en esa dirección, pero el rezago es innegable, lo que ha generado una polémica que evade los verdaderos temas de interés para centrarse en la atención y en la custodia permanente que el estado debe ofrecer a las personas discapacitadas por una enfermedad mental. Tal discusión es completamente irrelevante. Nadie duda que hay que satisfacer las necesidades de los discapacitados, pero convertir este problema en la única meta de las políticas y de los recursos para la salud mental, no parece lo más conveniente. Vale la pena tomar en cuenta que una tarea de esta naturaleza, corresponde más al campo de la asistencia social que al de los programas de atención a la salud.

LOS PROYECTOS

Se han enumerado aquí algunas propuestas específicas para los próximos años, pero es necesario aclarar que éstas no constituyen un programa ordenado y sistematizado. Se trata, sencillamente, de señalar algunos proyectos prioritarios, que pudieran modificar de manera favorable la situación que prevalece.

La vigilancia epidemiológica

Sería injusto decir que en nuestro país no se han hecho investigaciones relativas a la epidemiología de los problemas psiquiátricos. Por el contrario, se han publicado en forma sistemática datos y cifras sobre algunas enfermedades. Pero eso no quiere decir que contemos con un diagnóstico claro y suficientemente documentado de la llamada morbilidad mental. Es necesario desarrollar una vigilancia epidemiológica de los principales trastornos mentales, con el fin de disponer de datos que permitan evaluar su magnitud y trascendencia, así como los factores condicionantes relacionados con ellos (27), para lo cual se sugiere:

- Generar, propiciar, alentar, apoyar y coordinar la realización de encuestas.
- Coordinar la obtención y el procesamiento de información relativa a la morbilidad atendida en las unidades de salud de primer nivel o en las especializadas.
- Impulsar el desarrollo de la investigación de los factores que condicionan la patología mental.

Educación preventiva en salud mental

Para desarrollar la educación en salud mental no se requiere de personal especializado, ya que puede responsabilizarse de ella al personal de los servicios de primer nivel. Es conveniente contar con personal que coordine éste y otros programas de salud mental en las unidades de primer nivel. Para ello vale la pena recordar la propuesta de Durán, relativa a la formación del psicólogo y su papel en la atención primaria a la salud, que indica la manera de incorporar al paciente a este tipo de unidades y servicios (8). En el campo de la patología mental es frecuente confundir la educación para la salud con la información acerca de las enfermedades mentales, sus características y las pautas para diagnosticarlas y tratarlas, por lo que los siguientes temas que evaden esta tendencia nosológica, pueden ser útiles en la educación preventiva para la salud mental:

- Desarrollo infantil.
- Adolescencia.
- Sexualidad.
- Pareja y familia.
- Abuso de alcohol y drogas.
- Violencia.
- Accidentes, estrés.
- Personalidad y enfrentamiento a los conflictos.
- Tiempo libre y esparcimiento.

Vale la pena considerar los antecedentes de los programas de atención primaria para las enfermedades graves y con gran prevalencia entre la población mexicana, como los de la fiebre reumática, la tuberculosis, la lepra, la diabetes o la hipertensión arterial. Los servicios de salud para estos problemas han debido recorrer desde la vigilancia epidemiológica, la concientización y el desarrollo de tecnologías para combatirlos, hasta su incorporación a la atención primaria. Los problemas de tipo psicótico, en particular la esquizofrenia, tienen una prevalencia elevada, son progresivos y generan discapacidad severa con deterioro evidente de la calidad de vida del enfermo y de su familia. Además, tienen un alto costo para los servicios de salud, sobre todo por concepto de hospitalización. Aunque sea complicado romper con el enfoque tradicional de la atención especializada, es necesario que en los servicios de primer nivel de atención se conozcan estos problemas, para que puedan detectarse oportunamente y aplicar los recursos tecnológicos indicados, entre los que destacan: la farmacoterapia y el entrenamiento familiar con modelos psicoeducativos, como el de Hogarty y otros.

A estas medidas habría que agregar la vinculación de los servicios de primer nivel con el hospital psiquiátrico, para resolver en poco tiempo las crisis para las que se requiera esta alternativa. De continuar con el esquema vigente será imposible ofrecer una verdadera cobertura para estos trastornos en los servicios de salud (16, 18).

Psicofármacos en la atención de primer nivel

La idea no es nueva, pues autores como Saraceno, Coen y Tognoni han elaborado cuadros básicos de psicofármacos para el personal médico de las unidades de primer contacto (26). Son impresionantes los avances en el tratamiento farmacológico de una amplia variedad de padecimientos psiquiátricos, y es lamentable que sólo el psiquiatra pueda prescribirlo ya que, como hemos visto, son muy pocos los pacientes que tienen acceso a él. Los escasos conocimientos del médico general y familiar sobre los psicofármacos son un gran obstáculo, pero la capacitación y la asesoría sobre este tema pueden remediar este problema. No se trata de conocer una cantidad abrumadora de sustancias, sino de entrenar al médico en el manejo de por lo menos dos diferentes sales de antipsicóticos, ansiolíticos y antidepressivos.

Los trastornos mentales que se inician en la infancia y en la adolescencia no siempre desaparecen al terminar estas etapas de la vida. Sus rasgos pueden persistir durante mucho tiempo, generando desadaptación e insatisfacción. Los trastornos por déficit de atención, los trastornos del aprendizaje, la ansiedad y la depresión son algunos ejemplos. La población infantil acude constantemente a los servicios de primer nivel, por lo que ésta es una excelente oportunidad para monitorear su desarrollo, detectar oportunamente sus desviaciones y proporcionarle ayuda médica, psicológica y social. La institución debe poner sus recursos tecnológicos a disposición del personal, familiarizarlo con ellos, y apoyarlo con servicios especializados cuando sea necesario.

Prevención, detección y manejo de la ansiedad y la depresión

Se ha documentado la frecuencia con la que se presentan estos problemas en la consulta médica de primer nivel, complicando el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes afectados, y la incapacidad laboral que ocasionan (23, 27). Esta situación también es frecuente en los hospitales generales, en donde no siempre comprenden sus quejas, detectan sus trastornos o les dan tratamiento. La depresión se ha relacionado con algunas causas de mortalidad, entre las que destaca el suicidio, así como con diversas formas de morbilidad. Como en otros proyectos, debe iniciarse de inmediato el diseño de programas, el acceso supervisado a los métodos diagnósticos, al manejo de los fármacos y al manejo psicosocial.

El hospital psiquiátrico moderno

Además del análisis documentado y fundamentado de las condiciones que prevalecen en muchos hospitales psiquiátricos de nuestro país y del resto del mundo, éstos han sido objeto, durante muchos años, de críticas frecuentemente infundadas, injustas y a tal grado extremas, que ha llegado a proponerse que se prescindiera completamente de ellos. Estamos lejos de adoptar esta postura, pues reconocemos los problemas que han enfrentado estas instituciones y el mérito que les corresponde, pero es necesario modernizarlos y definir su función en los próximos años, así como su responsabilidad.

Comenzaremos distinguiendo entre la necesidad de los pacientes de recibir atención médica, y sus

necesidades de tipo social-asistencial. Aun comprendiendo que no es fácil distinguir entre estas dos necesidades, sabemos que le corresponde a las unidades especializadas en la atención de padecimientos psiquiátricos, estudiar profundamente a los enfermos, diagnosticarlos con precisión de acuerdo con las clasificaciones en boga, y ofrecerles alternativas de tratamiento que eviten los daños consecutivos de estos padecimientos, o rehabiliten a los pacientes (3). Esta enfermedad puede generar discapacidad y dificultad en los pacientes para adaptarse, pero no puede pretenderse que sean los hospitales los que los custodien y los atiendan a ellos y a sus familias, de la misma manera que nadie esperaría que un hospital general se hiciera cargo de las necesidades asistenciales de sus usuarios.

En el proceso de redefinir la misión del hospital psiquiátrico, hay diversas propuestas:

- Los hospitales de especialidades no son el lugar apropiado para aliviar las carencias provocadas por la discapacidad, aun cuando la haya producido la enfermedad.
- Debe definirse lo más claramente posible el tiempo indispensable de hospitalización para resolver la agudización de las enfermedades mentales.
- Es conveniente desarrollar protocolos de tratamiento interdisciplinario para los diversos síndromes, que permitan, hasta donde sea posible, homogeneizar la atención y evitar la improvisación y el empleo inadecuado de los recursos.
- Es necesario dotar a los hospitales de material y equipo acordes con los avances tecnológicos para el diagnóstico, el tratamiento y la investigación.
- Es recomendable que cada hospital, además de su labor de atención médica, sea una unidad de enseñanza y entrenamiento para el personal de salud, ya que esta actividad elevará notablemente la calidad de los servicios.
- Debe haber esquemas de financiamiento que garanticen el cumplimiento de los programas de mantenimiento y conservación, dotación de insumos y renovación de mobiliario y equipo, proveniente de diversas fuentes, tales como la venta de servicios a instituciones públicas y privadas de seguridad social, dotando a las unidades de las facultades administrativas necesarias para manejar sus recursos.

Apoyo social a los pacientes discapacitados debido a una enfermedad mental

Siempre se ha reconocido que la esquizofrenia es la

enfermedad mental que genera más discapacidad, pero hay otros padecimientos, como los trastornos bipolares, el retardo mental, e incluso algunas otras formas de patología como la depresión y la ansiedad, que también la generan. Si bien se requiere definir el papel que desempeñan los hospitales psiquiátricos en la atención a los enfermos mentales, ello no implica que la política sanitaria sea la de abandonar a los discapacitados. La atención a este tipo de personas parece corresponder más a la asistencia social, sobre todo si se consideran los adelantos jurídicos y técnicos en esta disciplina. Propiciar, regular y alentar el apoyo social a los enfermos mentales es, indudablemente, una tarea que le corresponde al estado, aunque ya empiezan a formarse agrupaciones de familiares de pacientes, centros de día, talleres protegidos e, incluso, albergues temporales o permanentes. Estas organizaciones deben localizarse en la misma comunidad como prueba de la preocupación de los ciudadanos por sus enfermos. Debe evitarse la polémica entre estas organizaciones y su labor de apoyo social, y los hospitales psiquiátricos y su atención médica, ya que, aunque de naturaleza diferente, ambas son complementarias.

REFLEXIONES FINALES

- La atención psiquiátrica en México ha pasado de la creación y operación de servicios, por la instalación y el desarrollo de su normatividad y asesoría, hasta la coordinación, sin que durante este trayecto haya podido operar programas y acciones de alcance nacional. En los próximos años se coordinarán dichos programas, respetando la descentralización operativa y reservándose la facultad de normar, asesorar, supervisar y evaluar.
- A pesar de los esfuerzos que se han hecho en este campo, las actividades de vigilancia epidemiológica y atención primaria a la salud mental están rezagadas si se les compara con los que se han hecho para desarrollar otros programas prioritarios de salud. La desvinculación entre éstos y los demás servicios de salud es patente, por lo que es necesario dar a conocer el panorama epidemiológico mexicano en materia de salud mental, y abordar estos problemas en la atención primaria, que parece ser la mejor manera de garantizar la accesibilidad a estos servicios, y responsabilizar a la comunitaria.
- Los servicios de atención psiquiátrica especializada han sido muy importantes para resolver

los problemas que no pueden atenderse en el nivel primario, para capacitar al personal de salud y para desarrollar métodos de diagnóstico y tratamiento, pero es conveniente modernizar los servicios de atención psiquiátrica, para lo cual es necesario apoyarlos por medio de organizaciones comunitarias, públicas y privadas, que den apoyo social a los enfermos y a sus familiares.

REFERENCIAS

1. ALVAREZ MJM: Atención primaria a la salud. *Salud Publica Mex*, 30(5):676-682, 1988.
2. BENASSINI O: Atención en salud mental; regionalización y reorientación en el marco de la descentralización de servicios de salud en México. *Salud Mental*, 20(4):48-53, 1997.
3. BENASSINI O, VARELA C: Evaluación de la calidad de los servicios de rehabilitación psiquiátrica; algunas propuestas. *Psiquiatría*, 15:20-24, 1999.
4. CABILDO HM: Organización de la salud mental pública en México. *Salud Publica Mex* (Epoca V), V(3):367-378, 1963.
5. CARAVEO AJ, GOMEZ EM, SALDIVAR G, GONZALEZ RE: Encuesta Nacional de Pacientes Psiquiátricos Hospitalizados. *Salud Mental*, 18(4):1-9, 1995.
6. CARAVEO AJ, MEDINA-MORA ME, RASCON ML, VILLATORO J, LOPEZ EK, JUAREZ F, GOMEZ EM, MARTINEZ NA: Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México: Resultados de una Encuesta Nacional en Hogares. *Anales*, 5:22-42, Inst Mex de Psiquiatría 1994.
7. DE LA FUENTE R, MEDINA-MORA ME, CARAVEO J: Epidemiología de la patología mental. En: *Salud Mental en México*, 112-134, Fondo de Cultura Económica, México, 1997.
8. DURAN LI, HERNANDEZ RM, BECERRA J: La formación del psicólogo y su papel en la atención primaria a la salud. *Salud Publica Mex*, 37(5):462-471, 1995.
9. ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES: Secretaría de Salud, México, 1988.
10. ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES: Secretaría de Salud, México, 1993.
11. ENCUESTA NACIONAL DE ADICCIONES: Secretaría de Salud, México, 1998.
12. GOLDBERG D, HUXLEY P: *Common Mental Disorders: A Biosocial Model*. Routledge, Londres, 1992.
13. GUTIERREZ AJH, BARILAR RE: Morbilidad psiquiátrica en el primer nivel de atención de la ciudad de México. *Bol Sanit Panamericana*, 101(6): 648-658, 1986.
14. GUTIERREZ AJH, TOVAR AH: La vigilancia epidemiológica de las alteraciones mentales. *Salud Publica Mex*, 24:464-483, 1984.
15. LEVAV Y, RESTREPO H, GUERRA DE MACEDO C: La restructuración de la atención psiquiátrica en América Latina, una nueva política para los servicios de salud mental. *Acta Psiquiátrica Psicológica América Latina*, 39(4):285-293, 1993.
16. LOEWE R: Atención primaria a la salud: revisión conceptual. *Salud Publica Mex*, 30(5):666-675, 1988.
17. MATTSON MR: *Manual of Psychiatric Quality Assurance*. Primera edición, American Psychiatric Association, Washington, 1995.
18. NICKELS MW, MCINTYRE JS: A model for psychiatric services in primary care settings. *Psychiatr Serv*, 47(4):522-527, 1996.
19. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: *Pautas Diagnósticas y de Atención ante los Trastornos Mentales en Atención Primaria*, CIE-10, Washington, 1996.
20. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: *Renovación de Salud para Todos*, CEI18/10, Washington, 1996.
21. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD: *Clasificación Internacional de Enfermedades*. 10ª. edición, CIE-10, Washington, 1992.
22. RESTRUCTURACION DE LA ATENCION PSIQUIATRICA EN AMERICA LATINA, *Boletín Informativo No.4*, Organización Panamericana de la Salud, 1994.
23. PADILLA GP, PELAEZ O: Detección de trastornos mentales en el primer nivel de atención médica. *Salud Mental*, 8(3): 66-72, 1985.
24. PUCHEU C: Conceptos y alternativas para la rehabilitación del enfermo mental. *Salud Mental*, 4(3):4-12, 1981.
25. SARACENO B, BERLOLOTE JM: Psychosocial rehabilitation: a consensus statement, Doc: *WHO/MNH/MND/ 96:2*, World Health Organization, Ginebra, 1996.
26. SARACENO B, COEN D, TOGNONI G: Uso de los psicofármacos en la clínica. *Cuaderno Técnico No. 32*, Organización Panamericana de la Salud, 1990.
27. SCHULBEG HC, BURNS BJ: Mental disorders in primary care: epidemiologic, diagnostic and treatment research directions. *Gen Hosp Psychiatry*, 10:79-87, 1998.
28. SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA: *Primera Investigación Nacional de Enfermedades Neurológicas y Psiquiátricas*. Dirección General de Bioestadística, México, 1960.
29. SPITZER RL y cols.: Utilidad de un nuevo procedimiento para diagnóstico de enfermedades mentales en la atención primaria. *J Am Med Inform Assoc*, 272(22):1749-1759, 1994.
30. TOVAR H: La atención de la salud mental de la población abierta. *Psiquiatría*, 3(2):107-119, 1987.
31. VELASCO R: El futuro de la psiquiatría institucional en México. *Salud Publica Mex* (Epoca V), XVI(5):795-802, 1974.