

TRASTORNOS MENTALES EN MÉXICO: UN DESAFÍO POCO VISIBLE

Germán Gómez Pérez

RESUMEN

En la psicología y la psiquiatría utilizamos al concepto “enfermedad mental” como si fuese inequívoco; pero es algo más ilusorio que certero. Es prudente y urgente reubicarlo como concepto porque en los decenios recientes, asociados a su errático uso semántico, existen hechos englobados en la llamada “enfermedad mental” que no han sido ni detectados, ni solucionados, ni mucho menos prevenidos con eficacia. Son un desafío de dimensiones afrontadas con insuficiencia.

El significado atribuido a “enfermedad mental” ha circunscrito problemas de convivencialidad y mentalidad, como “problemas de salud mental”, cuando que son dimensiones humanas no predominantemente orgánicas y que requieren enfoques suplementarios a sólo la mirada médica.

Se expone en este artículo una somera revisión de la problemática y algunas propuestas conceptuales, ya que para enfrentarla con suficiencia es necesario un trabajo transdisciplinario, menos verticalista y menos fragmentado entre medicina y ciencias sociales dedicadas a la existencia humana.

Palabras Claves: *enfermedad mental, mentalidad, convivencialidad, psicología, psiquiatría.*

Mental illness in Mexico: A less visible challenge

ABSTRACT

In psychology and psychiatry the term “mental illness” is used as if it was a clear concept, but is more illusory than accurate. It is wise to urgently relocate it as a concept because in recent decades, associated with its erratic use, semantic facts are included within the so-called “mental illness” which were neither detected nor resolved, let alone effectively prevented. It is a challenge faced with severe dimensions.

The meaning attached to mental illness has been confined to conviviality and thinking problems, such as “mental health problems”, being predominantly non-functional human dimensions and require additional approaches to only the medical gaze.

In this paper we present a brief review of the literature and some conceptual proposals, assuming that is necessary to face it with interdisciplinary work, less top-down, less fragmented between medicine and social sciences devoted to human existence.

Key Words: *mental illness, mind, conviviality, psychology, psychiatry.*

ARTÍCULO RECIBIDO EL 29 DE JUNIO DEL 2010 Y ACEPTADO EL 08 DE MARZO DEL 2011.

El concepto “salud mental” ha sido ya excluido de la terminología especializada. En términos breves, ya no aparece en los documentos cardinales DSM-III¹, el DSM-IV² y el CIE-10³ referentes más consultados tanto para la asistencia profesional como para la formación académica, y que son palabra calificada para los especialistas de la metafóricamente llamada “salud mental”.

¿Por qué fue suprimido? ¿Por qué, si el término continúa utilizándose con frecuencia dentro y fuera de los medios

profesionales para referir fenómenos como psicoalteraciones, disturbios mentales, trastornos neurales o, desde luego, comportamientos calificados como anómalos? No deja de ser paradójico que, ya suprimido, de todos modos es un concepto en uso.

Es común decir que psicología y psiquiatría son ciencias-profesiones llamadas a cumplir complejos objetivos en países como el nuestro, para enfrentar problemas como adicciones y alteraciones psíquicas, combinados con el surgimiento de otros parcialmente novedosos como el repunte de la criminalidad, actitudes y conductas sobre la corrupción, la credulidad televisiva, el incremento de accidentes y violencias, decremento

de la catolicidad, dilución de la estructura familiar tradicional y la acción y actitudes hacia lo político, entre muchos otros.

Pero sucede que, etiquetados como “problemas de salud”, estos asuntos son convertidos en materia de acción médica, como temas de “salud pública”, en un acto injustificado de medicalización y que hasta ahora no ha sido garantía de intervención exitosa sobre ellos.

Así, no es raro leer o escuchar, junto a “salud mental”, menciones gratuitas e injustificadas como “salud psicológica”, “comportamientos sanos” o “enfermedades sociales”.

Una muestra de ello se encuentra en un documento programático (comisión especializada del Congreso):

La salud mental incluye, desde trastornos discapacitantes como la esquizofrenia, depresión, obsesión-compulsión y alcoholismo que son enfermedades neuropsiquiátricas y están entre las 10 enfermedades más discapacitantes, hasta fenómenos sociales como la corrupción, la cual como conducta antisocial es también materia de la salud mental⁴.

Tengamos en cuenta que el concepto “salud mental”, implantado por la OMS en 1950, es aún entendido oficialmente con estos términos:

...el bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en aspectos cognitivos, afectivos y conductuales y, en último término, el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación^{5,6}.

Inconcebible que, no obstante haberse implantado 6 décadas atrás, continuemos usándolo como si nada hubiera sucedido con el conocimiento actual sobre la mente. Pero además, lo mental es más bien un conjunto de funciones y no una entidad orgánica y que, por ello, es injustificado atribuirle la calificación de “sano” o “enfermo”. De la mentalidad debe reconocerse que cuando su funcionamiento es anormal (de manera semejante a la respiración, la digestión o la circulación), no son las funciones las que “se enferman”, sino las estructuras orgánicas, el sustrato corporal de las que tales funciones dependen.

Pero además recordemos que, en sentido estricto, la mente no es lo mismo que el cuerpo; aunque esto parezca ser una concesión al dualismo⁷. Eso es una obviedad aparentemente innecesaria, pero no atendida con suficiencia, especialmente cuando se acepta aquella vetusta definición de la OMS, según la cual el “buen” funcionamiento conductual forma parte de la “salud mental”.

Desde luego, el que sea inadecuado endilgar a lo mental el carácter de “sano” o el de “enfermo”, no impide reconocer que pueda tipificársele, sea como íntegro o bien, como su contrario: desintegrado; o bien, acudir a otros binomios semejantes como

adecuado- inadecuado, normal- anormal, coherente- incoherente, o simplemente “equilibrado”-“desequilibrado”. Las funciones mentales son un vasto conjunto de “actos” cerebro-corticales de orden cognoscitivo/emocional, particularmente funciones del sistema nervioso central⁸, actos ideacional-emocionales significantes o representacionales; ya sean explícitos o implícitos, intencionales/inintencionales o, dicho con vocablos de añeja tradición: “concientes” o “inconcientes”. No sobra recordar que, además de extremadamente complejas, sólo parcial aunque crecientemente han sido investigadas en las décadas recientes.

No parece caber duda respecto a que la mente es una función cerebral; sin embargo, ni todo el cerebro “produce” funciones mentales, como tampoco estas funciones son estáticamente dependientes de sólo algunas regiones corticales:^{8,9,10}

Ni siquiera un neurocirujano sería capaz de encontrar algunos sistemas neurales debido a que no poseen una composición constante; en lugar de tener una localización fija, pueden ser sistemas itinerantes de neuronas formados precisamente para una ocasión (...) Estados mentales diferentes se corresponden con estados neurales diferentes, pero no a la inversa: el mismo suceso mental puede ser en una ocasión un proceso en un sistema neural itinerante y en otra ocasión en otro sistema⁸.

Ahora bien, afirmar que determinadas alteraciones de las funciones mentales se asocian a comportamientos atípicos no amerita que sean tratados como “enfermedades de la mente”. Pero desde luego es inevitable que alteraciones mentales puedan coincidir, anteceder o asociarse a comportamientos no ordinarios inadmisibles, sin embargo eso no acredita automáticamente el afirmar que tratamos con “...una enfermedad”. Y lo más injustificado es que, respecto a ciertas “enfermedades de la mente”, éstas se declaran cuando se dictaminan comportamientos anómalos; no a la inversa.

En pocas palabras: el uso coloquial metafórico, y también especializado, del concepto mente, como “algo” que se enferma, o se cura (y claro, para ello es que existe la “*psicoterapia*”...), preexiste a las controversias neurológicas y filosóficas actuales sobre lo que es la mente^{11,12}. No deja de provocar espasmos parkinsonianos que tales controversias, multiplicadas desde los años 60, hayan sido aparentemente “resueltas” desde hace más de un siglo, cuando no sólo se hablaba de que la mente “se enferma” sino además que puede ser materia de “terapia”. En ese momento no importaba si a la mente se le entendía como intencionalidad, conciencia, actividad emergente, sentido de la vida, u otra versión explicativa.

De manera que mente y cuerpo no pueden ser entendidos como fragmentados o independientes entre ellos; pero sí como distintos y, claro, coexistentes e interactuantes: uno persistentemente junto al otro.

Coincidía en ello el ya fallecido Fernández-Guardiola: *Nosotros no negamos el discurso psicológico (...) Es como querer describir un partido de futbol en términos de las contracciones musculares del cuádriceps de cada uno de los jugadores; podríamos ver kilómetros de gráficas y nunca entenderíamos un partido. Aquí de lo que se trata es de encontrar científicamente cómo se integra la conciencia en el cerebro, pero cada vez que debamos hablar de actividad mental vamos a tener que emplear el lenguaje psicológico adecuado para describir los grandes síndromes completos. Lo uno no quita lo otro, separarlos ha sido un error común*¹³.

El enfoque organicista sobre la mentalidad la ha convertido en un asunto predominantemente médico, y ello ha dejado el saldo, como vimos renglones atrás, de una enorme carga profesional para la medicina, exigiéndole ocuparse de dimensiones que para la mayoría de los especialistas médicos son desconocidas; como, en contraparte, la dinámica arterio/vascular (por poner sólo un caso de la estructura orgánico/corporal) es enigmática para antropólogos, sociólogos y psicólogos.

Tal uso organicista viene precisamente de la tradición iniciada a principios del siglo XIX^{14,15}, por la cual a las alteraciones del comportamiento se les denomina “enfermedad de la mente”. Una exageración señalada desde los años 60 del siglo pasado por infinidad de los estigmatizados “antipsiquiatras”^{16,17,18,19,20} quienes sostenían, entre muchos otros fuertes argumentos, que la mente no se enferma (ni sana) sino sólo se altera; toda vez que la mente no es un sustrato orgánico, sino sólo una función, por muy compleja y versátil que ésta sea. En palabras recientes: *La mente no es un tipo especial de órgano, no localizable especialmente, sino la aptitud y disposición a hacer determinado tipo de cosas*²¹.

Y es que, puede insistirse, cuando a menudo de lo que se trata es de mostrar que existe anomalía o desajuste mental, suelen tomarse en cuenta, como si fuesen lo mismo, las características comportamentales del diagnosticado y secundariamente resultados de rastreo de actividad cerebral. Eso a su vez está ligado al tratamiento de toda alteración mental y conductual como un asunto predominante o exclusivamente neural, y por ende, controlable y/o curable a base de intervención en sustratos orgánicos (cerebro o sistema nervioso). No parece necesario subrayar que con ello se privilegian las intervenciones predominantemente a base de fármacos.

Por otro lado, anima recordar que desde el siglo XIX mismo, las alteraciones del comportamiento y la mentalidad dejaron de mirarse como posesiones demoníacas o castigos divinos (marco interpretativo dominante desde inicios del Medievo) y pasaron a ser consideradas como *enfermedades mentales*; fue un avance colosal que auspició el que mentalidad y comportamiento alterados ya no fueran asunto de conjuros mágicos, supersticiosos, hechiceriles o sobrenaturales y pasaran con ello a ser tema casi exclusivamente de índole orgánica o de naturaleza alteradas^{22,23}. Subrayemos: todo ello fue posible en virtud del

prodigioso avance del empirismo implantado desde fines del siglo XVI. Pero ese logro, con el enfoque sobre las dimensiones culturales, es hoy insuficiente.

Por otro lado, cualquier definición de persona normal se inscribe en algún modelo genérico o abstracto de ser humano. Puede decirse que, en los tiempos actuales y en términos genéricos, existen dos grandes modelos para definir el significado del concepto ser humano:

- i) uno *adaptacionista, funcional*, que acentúa las capacidades de ejecución o cumplimiento de proyectos, privilegia las funciones adaptativas y pasivas, así como la obediencia de los seres humanos,
- ii) y otro *modificador, innovador o transformador*, que privilegia las capacidades de los seres humanos para elaborar proyectos, y acentúa el comportamiento activo y crítico.

Desde luego no existen modelos puros en que sólo haya elementos de definición adaptativos o sólo transformatorios. Pero en el concepto que todo especialista pone en práctica (su *modelo* o constelación de premisas) hay siempre una predominancia, sea de elementos transformatorios o sean adaptacionistas, y es así ya sea de manera explícita o sólo implícita. Desde tales modelos se deciden los tratamientos con los cuales se busca modificar, «arreglar», «curar» o refuncionalizar la relacionalidad, la mentalidad o la estructura/funcionamiento atípicos, anormales, anómalos, alterados, desequilibrados o desviados:

*Como lo han indicado E. Zigler y L. Phillips, la clasificación de conducta anormal ha tomado a menudo como forma el diagnóstico, lo que influye directamente sobre las cuestiones relacionadas con la etiología, el tratamiento y la prognosis. En otras palabras, para volver a enunciar las suposiciones fundamentales que sirven de base a la clasificación, las pautas homogéneas de desviación deberán ser el resultado de causas similares, y entonces crearse programas de tratamiento diferentes para distintas clases de patología*²⁴.

Y puesto que en lo particular existe una multiplicidad de modelos de interpretación, por ello un determinado tipo de funcionamiento o estado humano que a algún especialista le parezca *anormal* o «enfermo», a otro puede parecerle perfectamente normal o «sano»; esa variedad de modelos particulares conduce a que, cuando ese funcionamiento en cuestión es analizado por más de un especialista, se formulen diagnósticos distintos acerca del mismo. La diversidad interpretativa es poco divergente cuando se diagnostican estados o funcionamiento orgánicos.

Es necesario reiterar que todo interesado en las llamadas «enfermedades mentales», necesita mayores conocimientos sobre las ciencias sociales que los especialistas en procesos orgánico/mórbidos; incluidos los especialistas no médicos^{25,26,27}.

TRASTORNOS MENTALES EN DESAFÍO

Pero la búsqueda de un concepto certero de «salud mental» no conduce a desdeñar las vastas y preocupantes cifras sobre los trastornos mentales en el país.

La psicología, como campo del saber, cuenta apenas con poco más de un siglo a nivel mundial y en México, como profesión con existencia relativamente autónoma, existe apenas hace poco más de 3 décadas^{28,29,30}. La psiquiatría existe en México apenas desde los 50^{31,32}.

Según estimación clásica hecha por la OMS respecto al porcentaje de problemas de «salud mental»: *Es posible que el 1% del total de la población del país esté afectada en forma severa y que el 10% de los individuos lo estén en un momento de su vida*³³.

Esto es, si consideramos a los 108 millones de habitantes que poblamos el territorio, el número de mexicanos severamente afectados constituiría poco más de un millón, y un poco más de 10 millones padecerían problemas notorios aunque leves.

Según una estimación global de estos problemas en países semejantes al nuestro:

*En los países en desarrollo, los trastornos cerebrales son responsables al menos del 27% del total de años vividos con discapacidad. Las proyecciones indican que los trastornos afectivos unipolares (la cuarta causa principal de Años de Vida Ajustados por Discapacidad – DALYs- en 1990, para todos los grupos etarios y la primera causa en la franja 15-44 años) se convertirán, en 2020, en la causa principal del DALYs de todas las edades*³⁴.

Si se hacen de lado por un momento las mezclas entre alteraciones orgánicas, mentales y convivenciales comprendidas en los datos, de cualquier modo es observable un preocupante panorama:

El 18% de la población urbana, entre 18 y 64 años de edad, sufre trastornos afectivos, principalmente depresión. Los trastornos depresivos y la ansiedad son los trastornos mentales más frecuentes en la consulta de los tres niveles de atención. El 1.6% de la población adulta ha intentado suicidarse. La tasa de suicidios se ha incrementado de 1.13 en 1970, a 2.55 en 1991, es decir un 125%. La epilepsia tiene una prevalencia de 3.7% niños de población urbana y de 2.1 a 4.1% en niños de población rural. Los problemas de salud mental en la infancia no son identificados por lo que no se solicita atención al respecto, no obstante se calcula que un 70% de la población entre los 3 y los 12 años de edad se encuentra afectada. Anualmente ocurren en nuestro país diversos tipos de desastres naturales (sismos, ciclones y tormentas, entre otros), así como algunos provocados por el hombre (desplazamientos poblacionales, problemas ecológicos) que afectan la salud mental de los diversos grupos de la población que se enfrenta a ellos. Las enfermedades crónico degenerativas, así como el

*SIDA, son fuente de ansiedad y depresión en el individuo. Significan incrementos globales, para el año 2010, de casi 16.5 millones de personas hipertensas; 4.5 millones de diabéticos, cerca de 700 mil casos de infartos del miocardio y más de 13 millones de obesos, para los próximos 12 años se espera un aumento global del 29% de individuos afectados por alguno de los trastornos mencionados*⁴.

Desde el censo de 2000, respecto sólo a depresión, había esta dimensión³⁵:

Población con depresión 4 100,000

Dos años más tarde tenemos que³⁶:

Han sufrido depresión severa 4, 900, 000

Han sufrido algún padecimiento depresivo 18,000,000

¿Un incremento debido a simple ajuste de cifras? Aunque así fuese, el país es poblado por poco más de 1/5 de población afectada. Pero veamos otras más recientes referentes al suicidio, que es un acto predominantemente asociado a complicaciones mentales o convivenciales:

Año	2000	2003	2008
Suicidios	2736	3553	4,394 ³⁷

La inmensa mayoría son varones: 80% como se consigna en la mayoría de estudios, aunado a que son mujeres quienes más lo intentan. Además, es la segunda causa de muerte entre jóvenes (después de los accidentes de auto); el rango etáreo de mayor riesgo es el de 15-29 años; aunque los varones entre los 20 y 24 años y las mujeres de los 12 a los 19.

Entre las causas más identificadas, sólo parcialmente figuran enfermedades (es decir, padecimientos orgánicos); y entre las de mayor peso están las de índole psicológica y convivencial, como disgustos familiares (violencia o violaciones sexuales), problemas afectivos (soledad, infidelidad) o dificultades económicas o padecimientos mentales; entre las enfermedades se identifica a las graves o incurables como el SIDA.

Para el DF, entidad entre las de mayor incidencia de suicidios, datos recientes nublan más el panorama:

Año	2006	2007
Suicidios	256	307
Sexo		M: 52 16.93% H: 255 83.06%

Ello porque se observan, sobre todo, en zonas de alta densidad poblacional (delegaciones Iztapalapa, Gustavo A. Madero y Álvaro Obregón³⁸.

Por otro lado, del gasto en salud, la porción destinada a “salud mental” en 2002 era de apenas 0.9%; y para 2009 es de 1.9% (la OMS recomienda 10%); o que existe un psiquiatra por cada 43mil habitantes³⁶.

Del fenómeno de las adicciones sólo cabe mencionar los siguientes datos:

Año	2002	2008
Consumo Experimental	3.5 millones	4.5 millones
Adictos Crónicos	307mil	465mil
Cocaína	1.3%	2.5%
Consumo Mujeres	0.9%	2.0%

En seis años (de predominio gubernamental panista), el consumo experimental de drogas aumentó en 28.9%, el de adictos crónicos en 51%, el de cocaína casi al doble, y el consumo femenino más que al doble, aunque los varones consumen en una proporción de 4.6 por 1 mujer. La droga más consumida es la mariguana y la población más vulnerable es la de entre 12 y 25 años³⁹.

Pueden agregarse más cifras preocupantes, pero todo converge hacia un punto: los padecimientos englobados en el rubro “enfermedad mental” no se busca ni estimarlos ni erradicarlos con suficiencia.

Pero a ello debiesen añadirse los llamados inescrupulosa y elásticamente “factores psicosociales” presentes en los espacios laborales^{40,41,42}, un fenómeno que permanece en tinieblas tanto interventoria como investigativamente en las estadísticas sobre los trastornos mentales, al grado de que las denominadas “neurosis laborales” (una de las entidades mórbidas profesionales de las que dependen incapacidad e indemnización) prácticamente se reducen a dos sectores laborales: telefonistas y personal aéreo. Es decir, pareciera que, inconcebiblemente, la neurosis no afectara a la masa laboral mexicana, que las formas, instalaciones, clima laboral y materia de trabajo fuesen inofensivas a su integridad mental y relacional.

Se antoja preguntar respecto a sólo un caso entre centenares: ¿en los conductores de transporte público ¿No hay incidencia de alteraciones mentales (y convivenciales)? Porque constituyen una enorme porción de la masa laboral. Pero abundar sobre ello ameritaría muchos renglones más. Agreguemos que la prevalencia e incidencia mayoritaria de estos trastornos asuela especialmente a las mayorías empobrecidas y desescolarizadas.

Pero, de nuevo, al volver al mundo de especialistas que se encargan del fenómeno, tenemos las cifras del siguiente cuadro.

De continuar esta trayectoria puede estimarse que habrá un poco más de 2700 psiquiatras para 2010. Si de atender también a la OMS, su recomendación de 5 psiquiatras por cada 100 mil

Psiquiatras en México			
1977	1980	1989	2002
553	725	1108	2200
	en 3años: +172	en 12 años: +555	en 25años: +1647
De la Fuente, Aguayo ^{31, 33,36}			

habitantes, eso da alrededor de 2600 psiquiatras faltantes para los poco más de 110 millones de habitantes para 2010.

Respecto a la psicología, puede decirse que hoy se cuenta con un poco más de 15 mil psicólogos relativamente preparados para el trabajo «clínico»^{35,43,44,45,46,47,48,49,50}.

Pero la obstinación en el perfil terapéutico e individualista de la psiquiatría como de psicología clínica, no parece una vía eficiente de soluciones. Porque por ahora no hay tendencias ni curriculares, ni investigativas, ni interventorias, de orden preventivo ni hacia colectivos. Aunque hay por ahora un tenue despliegue en la llamada “psicología de la salud”, uno de cuyos recursos más prometedores es el uso de las técnicas del *biofeedback*^{51,52,53,54}.

Por eso cabe preguntarnos si las personas que hoy acuden al apoyo o ayuda psicológicos deben ser tildados de «pacientes» ¿no sería más prudente llamarles, de manera simple: clientes? porque mirarlos como «pacientes» se alimenta con ello el acrílico encadenamiento heredado de la terminología y emplazamiento medicalistas. Desde esa caracterización se alimenta la extendida suposición de que las personas aquejadas por alteraciones ideacional/emocionales o conflictos convivenciales, son “enfermos” que requieren “curarse”. Ello además engendra la resistencia poblacional a manifestar explícitamente dichos problemas; por el temor a ser tildados de “locos” o “enfermos mentales”. Como testimonian las cifras, problemas como los mencionados renglones atrás se multiplicarán y no habrá acción psicoterapéutica que satisfaga los niveles de tal demanda.

Al seguir los cálculos epidemiológicos de la OMS, puede decirse que esta cantidad mayor de 15 mil psicólogos volcados a la atención de personas que padecen psicotrastornos no severos, si atendiesen a 10 millones 400 mil personas, ello encomendaría, a cada psicólogo, la inconcebible cantidad de casi 700 personas a lo largo de la vida profesional. Complementariamente, si el 1% poblacional que padece “daños severos” fuese atendido por psiquiatras, a cada uno correspondería un poco más de 400 personas.

Cabría el pensamiento optimista si ello se hiciera de manera equitativa ante lo ideacional/afectivo e interrelacional, como ante la estructura orgánico/neural de los afectados.

Eso significaría acciones para contribuir al desarrollo de

potencialidades de vida, para aportar estrategias para impedir o esquivar formas de vivir desintegradas/desintegrantes, No se trataría sólo de salvaguardar la salud (que, no sobra insistir, es campo de acción inmensamente vasto).

Así, psiquiatras y psicólogos pudiera pensarse que no serían sólo especialistas en enfermos o «enfermedades mentales» sino, antes que eso, profesionales centrados en la preservación y potencialización de la integridad mental y convivencial de las personas, es decir; especialistas en el auspicio de modos creativos y críticos de pensar/sentir y relacionarse de las personas, que aporten con ello a la planeación y desarrollo de proyectos de vida plena y feliz para amplias franjas poblacionales.

Desde este punto de vista, para la psicología, habría escaso margen de justificación para un psicólogo «clínico», especialista autorizado para actuar sobre “problemas de la salud”. Eso por supuesto no abarca el campo de acción de los psicobiólogos y neuropsicólogos (especializaciones que son cristalización de un viejo propósito: la interdisciplinariedad), cuyo trabajo está mucho más cerca de los saberes y quehaceres bioquímicos, ya que sus áreas de trabajo (predominantemente de corte investigativo) no se ven limitadas por las fronteras entre los saberes médico y psicológico⁵⁵.

En palabras drásticas y quizá hasta de pesimismo, son muy escasas por ahora las posibilidades de revertir a cabalidad los problemas mentales y convivenciales que asuelan a la población, debido a multitud de razones a las que se suman la persistencia terapéutica de la psiquiatría y la psicología, además del estado organizativo del sistema oficial de salud, además de la compleja y ya larga duración de las pautas de relacionalidad y mentalidad convulsionadas del México de los últimos casi 40 años.

Dicho con algo más de dramatismo: parece hoy más urgente preparar la acción con el mexicano del futuro, que perseguir la recuperación del bienestar de los modos de vida del mexicano de la actualidad.

No se pierde nada si en vez de hablar de “salud mental” y su contraparte, la “enfermedad mental”, hablásemos sólo de trastornos mentales. Habría, eso sí, menor espectacularidad y nos limitaríamos a hablar de mentalidad y convivencialidad de las personas, lo que no admitiría adjudicaciones o etiquetamientos de “salud” ni “enfermedad”, sino sólo de alteración o anormalidad. Quizá con ello disminuiría la pesada responsabilidad profesional de la medicina, y a la vez se convocaría con ello a sociólogos, antropólogos y psicólogos, tanto para aplicar sus saberes específicos como también para, antes, dotados de un mínimo de saber médico, psiquiátrico y neurológico, constituir conjuntos trans/multiprofesionales potencialmente más eficaces.

Algo semejante sucede ante el SIDA, cuya progresión epidémica ha disminuido gracias a intervenciones de orden comunicacional/propagandística, sociológico/antropológico y psicológica, que se han revelado como la única posibilidad para detenerla. La

eficacia ha radicado sobre todo en campañas de convencimiento preventivo, anticipatorio, y no predominante ni exclusivamente médico terapéuticas.

Algo parecido pudiera decirse de otros dos males preocupantes en las cifras epidemiológicas: obesidad y cardiopatías. Erradicarlas exigirá concurrencia compartida entre especialistas de convivencialidad y mentalidad en el mismo rango de importancia interventoria que los profesionales de la medicina.

De modo que no se sugiere aquí el que la medicina quede colocada fuera de la atención por “lo social”, como tampoco que las ciencias sociales queden fuera de la atención “a la salud”. Y aunque parezca una ocurrencia banal, cabe esperar que la atención a la existencia integral de las personas, requiere una medicina que atienda predominantemente los ámbitos orgánicos, a la vez que la sociología, la antropología, la psicología y demás ciencias sociales predominantemente lo mental y lo convivencial. La predominancia desde luego exigirá el trabajo aunado, compartido, concurrente, horizontal, lo que por ahora sólo es ensoñación de cándidos ilusos.

En fin, ojalá que en estas líneas finales se haya desvanecido la impresión inicial de que, hablar de redefinir palabras o conceptos, es sólo un asunto de semántica y superficial.

Más todavía, si estos renglones contribuyeran a que, por ejemplo, las alteraciones mentales, neurales y cerebrales en general, fuesen contemplados en la cobertura de las pólizas de seguros llamados “Gastos Médicos Mayores”⁵⁶ entonces cabría al menos un tenue festejo.

BIBLIOGRAFÍA

1. APA-OPS. DSM III Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona: Masson Ed Washington, 1984.
2. APA. DSM IV Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. México: Masson Ed/Ciencia y Cultura Latinoamericana, Washington. 1996.
3. OMS- CIE 10: Trastornos Mentales y del Comportamiento. Madrid: Meditor, 1992.
4. Sandoval de Escurdia J, Muñoz R, M.P. La Salud Mental en México. LIX Legislatura Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión; Div. De Política Social, México: 2006;2, 17.
5. Escandón Carrillo, R. ¿Qué es Salud Mental? Un Panorama de la Salud Mental en México, Salud Mental, Sociedad Contemporánea. México: UAEM, 2000:17.
6. De La Fuente R., Medina-Mora M.E., Caraveo, J. Salud Mental en México. México: F.C.E./IMP 1997: 9-10.
7. Monroy N Z. El Problema Mente-Cuerpo en Descartes; una cuestión semántica. México: UNAM/Fac. de Psicología, 2006.
8. Bunge M El Problema Mente-Cerebro; un enfoque psicobiológico. Barcelona: Ed. Altaya, 1999:53, 56, 92-101.
9. Brody T A. *Conciencia, autoconciencia y computadoras; una*

- especulación La Conciencia; el problema mente-cerebro. México: Edit. Trillas, 1979:133-149.
10. Sagan C. Los Dragones del Edén; Especulaciones Sobre la Evolución de la Inteligencia Humana. México: Ed. Grijalbo, 1984:74-101.
11. Dennett D.C. (1991; MIT 1987) La Actitud Intencional. Barcelona: Edit. Gedisa, 1991.
12. Fernández-Guardiola A. *El problema mente-cerebro: la "emergencia" como propiedad o la mente "resultante"*. La Conciencia; el problema mente-cerebro. México: Ed. Trillas, 1979:89-105.
13. Gómez P G. Entrevista al Doctor Augusto Fernández-Guardiola. Rev.Nematihuani, Revista del DCSC, México: ENEP- Zaragoza/ UNAM, 1988; 2:11.
14. Alvaro, J.L. *et al.* Influencias Sociales y Psicológicas en la Salud Mental. Madrid: Ed. Siglo XXI, 1992.
15. Postel J, Quérel C. Nueva Historia de la Psiquiatría. México: FCE, 2000:137-318.
16. Szasz T. Ideología y Enfermedad Mental. Buenos Aires: Edit. Amorrortu, 1970.
17. Jervis G. Manual Crítico de Psiquiatría. Barcelona: Ed. Anagrama, colec. Elementos Críticos 10, 1977.
18. Jervis G. Psiquiatría y Sociedad. Madrid: Ed. Fundamentos, 1981.
19. García R. Psiquiatría, Antipsiquiatría y Orden Manicomial. Barcelona: Edit. Barral, 1975.
20. Castel F, Castel R, Lovell A. La Sociedad Psiquiátrica Avanzada; el modelo norteamericano. Barcelona: Edit. Anagrama, 1980.
21. Lorenzano Ferro J.C. *¿Existe la Conciencia?* La Conciencia; el problema mente-cerebro. México: Ed. Trillas, 1979: 39.
22. Foucault M. El Nacimiento de la Clínica; una arqueología de la mirada médica. 10ª ed. México: Ed. Siglo XXI, 1985: 63-96.
23. Colodron A. Las Esquizofrenias. Madrid: Ed. Siglo XXI, 1983: 7-59.
24. Sandler J, Davidson S.R. Psicopatología. México Edit. Trillas, 1977: 39.
25. Jores A. La Medicina en la Crisis de Nuestro Tiempo. México: Ed. Siglo XXI, 1979:26-33, 44-49.
26. Ingleby D. Psiquiatría Crítica; la política de la salud mental. Barcelona: Edit. Grijalbo/Crítica, 1982.
27. Conrad P. *Sobre la Medicalización de la Anormalidad y el Control Social* Psiquiatría Crítica Barcelona: Edit. Crítica/Grijalbo, 1982: 134, 136.
28. Lara tapia L. *La Fundación de la Facultad de Psicología de la UNAM* Una Década de la Facultad de Psicología: 1973-1983. México: Fac. de Psicología/UNAM, 1983: 49-59.
29. Rivera M M. *La Profesión del Psicólogo en México en el Periodo de 1950 a 1970* Historia de la Psicología en México. México: CEAPAC, 1995:391-393.
30. Castaño A.D. *Prospectiva del Ejercicio Profesional de la Psicología en México* El Psicólogo; formación, ejercicio profesional y prospectiva. México: Fac. de Psicología/UNAM, 1989: 778-780.
31. De La Fuente R. *Psiquiatría* La Salud en México. Testimonios 1988. México: FCE: colec Biblioteca de la Salud 1989; Tomo IV: 442-447, 452.
32. Somolinos D'Ardois G. Historia de la Psiquiatría en México. México: SEP/SETENTAS, 1976.
33. De La Fuente, R. *La salud mental* Problemas de la Medicina en México. México: El Colegio Nacional 1982: 311, 320.
34. Levay I. *Salud Mental, prioridad en la Salud Pública*, Norte de Salud Mental. 2004 núm. 19, 2: 11 (disponible en [www](http://www.norte.org.mx)).
35. Aguayo Quezada S. México en Cifras. México: Ed. Hechos Confiables/Grijalbo, 2002:73.
36. Aguayo Quezada S. El Almanaque Mexicano. México: Ed. Aguilar/ Santillana, 2008: 52.
37. Cruz Maldonado N. Suicidio en Jóvenes. México: Escuela Nacional de Trabajo Social/UNAM, 2009.
38. Secretaría De Salud D.F. Sistema Epidemiológico y Estadístico de Defunciones. México: 2008.
39. Secretaría De Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2008. México: 2009
40. Menendez E. *Prólogo* a La Salud de los Trabajadores México: Ed. Nueva Imagen, 1978: 11-51.
41. Sauter S, Murphy Hurrell J J, Levi L. *Factores Psicosociales y de Organización*, Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo. OIT, 2005: 34-87.
42. Martínez Alcántara S, Hernández Sánchez A. *Necesidad de Estudios y Legislación sobre Factores Psicosociales en el Trabajo*. Revista Cubana Salud Pública 2005; 31:4.
43. Urbina S J, Rodríguez O.G. *El Psicólogo en el Sector Salud en México* Memorias 1er Congreso Internacional de Psicología y Salud. México: Fac. de Psicología/UNAM y Sociedad Médica del Hospital General de México SSA, 1993: 358.
44. Rivera S R, y Urbina S J. *Estadísticas Básicas Sobre la Formación de Psicólogos en México* El Psicólogo. México: Facultad de Psicología/ UNAM, 1989: 31-57.
45. Rodríguez O G, Palacios V J J. *Algunas Consideraciones Sobre la Psicología de la Salud en México* El Psicólogo México: Facultad de Psicología/UNAM, 1989: 473-482.
46. Herrera M A X. Seguimiento de egresados de las generaciones 77-81 y 78-82 de la Carrera de Psicología (E.N.E.P. Zaragoza): satisfacción de la Carrera, funciones profesionales y mercado laboral, en El Psicólogo. México: UNAM, 1982: 717-742.
47. Herrera M A X Análisis del Mercado de Trabajo del Psicólogo en México; configuración de escenarios futuros de actividad profesional. 1998: Tesis profesional de doctorado, UNAM/F.F.L.
48. Guerrero T A. Las Relaciones del Psicólogo con los Planes de Desarrollo y las Necesidades Sociales. 1997: UNAM/Fac.de Psicología.
49. Pick S, Givaudan M. *La Psicología en México* en Psicología en las Américas. Caracas: Sociedad Interamericana de Psicología 1999: 195-215.
50. Ortiz V G R. La Formación de Psicólogos en México. Ponencia al Foro "Formación de Recursos Humanos en Salud", LIX Legislatura de

VERTIENTES

la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Noviembre 23, 2005.

51. Matarazzo J D. *Behavioral health and Behavioral Medicine; frontiers from a new health psychology* American Psychology Washington. 1980; 35: 807-817.

52. Karoly P. *Measurement Strategies in Health Psychology*. John Wiley & Sons: Canada, 1985.

53. Rodríguez O G. y Rojas R ME. *La Psicología de la Salud en América Latina*. México: UAN-Fac. de Psicología/M.A. Porrúa, 1998.

54. Piña LJ. *La Psicología y los Psicólogos en el Sector Salud en México; algunas realidades perturbadoras*. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2004; 4 (1):191-205.

55. De La Fuente J R. et al. *La Investigación en Psiquiatría y Salud Mental; un ejercicio preliminar en prospectiva* La Salud en México y la Investigación Clínica; desafíos y oportunidades para el año 2000. México: UNAM/CIC., 1985: 105-111.

56. GNP Grupo Nacional Provincial. Seguros. Línea Azul. Premier; Guía del Usuario. México: UNAM, 2007.