

Inserto



Subcomité Editorial

Gabriel J. O'Shea Cuevas
Presidente

Angela R. Rubí Delgado
Secretaria Técnica

Editor

Víctor Manuel Torres Meza

Reportajes

Ma. de Jesús Mendoza Sánchez
Luis Anaya López
Leonardo Muñoz Pérez
Mauricio R. Hinojosa Rodríguez
Elsa Esther García Campos
Silvia Cruz Contreras
Víctor Flores Silva
Mirtayuri Ruíz Bautista

Diseño Gráfico

Ana Laura Toledo Avalos

Revisión de Estilo

Elías Miranda Román





Índice

INDICE



5
EDITORIAL



6
entérate



9
ENTREVISTA



12
MITOS Y
REALIDADES



13
COLABORACIONES
ESPECIALES



16
SITUACIÓN
ACTUAL



19
FAMILIA Y
SALUD



21
Testimonial



22
EPIDEMIOLOGÍA
en tu vida



24
PUBLIRREPORTAJE



26
Hacia el
FUTURO



28
Te Reto



29
¿QUÉ DIJO?

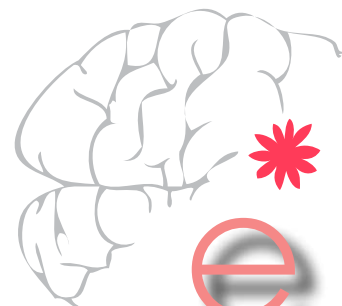


30
La agenda

CEVECE CERCA DE TI REVISTA DEL CENTRO ESTATAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA Y CONTROL DE ENFERMEDADES, Año 2, No. 3, julio - septiembre 2012, es una publicación trimestral editada por el Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, Calle Fidel Velázquez No. 805, Col. Vértice, Toluca Estado de México, C.P. 50150, Tel (722) 2-19-38-87, <http://salud.edomexico.gob.mx/cevece>, cevece@salud.gob.mx. Editor responsable: Victor Manuel Torres Meza. Reservas de Derechos al Uso Exclusivo No. 04 - 2011 - 111712395500 - 102, ISSN: en trámite, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor. Número de autorización otorgado por el Consejo Editorial del Gobierno del Estado de México CE: 217/05/01/12-03. Impresa por Punto Impreso, Valentín Gómez Farías No. 105 Pte., Col. Centro, C.P. 50000, Toluca Estado de México, este número se terminó de imprimir el 30 de agosto de 2012 con un tiraje de 500 ejemplares.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación.

Queda estrictamente prohibida la reproducción total o parcial de los contenidos e imágenes de la publicación sin previa autorización del Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades.



El Centro Estatal de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CEVECE) te presenta orgullosamente el número 3, en su segundo año, de la revista *CEVECE Cerca de ti*; dedicado a un tema relevante y de suma importancia: **La Salud Mental**.

En esta ocasión encontrarás en la sección de **Entérate**, una visión global de los temas de salud mental y los datos que la Organización Mundial de la Salud (OMS) señalan como carga de enfermedad. La depresión cobra mayor importancia día a día y se estima que en el año 2020, será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados.

Como en cada número de la revista, el CEVECE realiza la **Entrevista** a un personaje muy ligado con el tema, por lo que en esta ocasión entrevistamos al Dr. Jesús Bermeo Mendez, reconocido psiquiatra y estudioso de las enfermedades mentales, quien nos habla sobre depresión, suicidios, los riesgos en la población adolescente y las instituciones que atienden esta problemática de salud pública.

La sección de **Mitos y realidades** nos señala las interrogantes sobre los padecimientos mentales que tiene la población y cual es su realidad bajo la evidencia científica.

Por segunda vez aparece una sección que le llamamos **Colaboraciones Especiales**, en que se trata la importancia del tema de suicidios, por su enorme carga a partir de los años de vida perdidos prematuramente y una propuesta de intervención.

Presentamos la **Situación actual** se habla de los padecimientos mentales, cifras de enorme importancia para la toma de decisiones y el establecimiento de nuevas políticas públicas en el tema: 4 millones de personas padecen depresión, 6 millones más tienen problemas relacionados con el consumo de alcohol, 10% de los adultos mayores de 65 años sufren cuadros demenciales.

¿Cómo abordar estos temas en el seno familiar? Es una pregunta que se formula en la sección de **Familia y Salud**. Aquí nos facilitan algunas respuestas para la detección oportuna y la búsqueda de atención profesional. Sin lugar a dudas una sección que no puedes dejar de leer.

La sección **Testimonial** comparte un episodio en la vida de una familia que cambia en un instante su presente y su futuro. Y como con apoyo profesional podemos enfrentar estas crisis que a cualquiera nos puede ocurrir.

En la sección de **Epidemiología en tu vida**, conocerás un panorama general de la salud mental. De acuerdo a estudios realizados por la OMS, se estima que 400 millones de personas sufren actualmente trastornos psiquiátricos y neurológicos. En América Latina y el Caribe se calcula que 17 millones de niñas y niños de 4 a 16 años sufren de algún problema psiquiátrico que amerita atención.

Publirreportaje se dedica a la atención que ofrece la Clínica de Salud Mental "Ramón de la Fuente" del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México (DIFEM) que aplica un programa que integra: prevención, diagnóstico, tratamiento oportuno y rehabilitación.

En **Hacia el futuro** conoceremos hacia donde deben orientarse los programas de detección oportuna y atención profesional de los desordenes mentales. Y cual será la participación de la población y de los servicios de salud.

Como siempre en **Te reto**, un momento de distracción y en esta ocasión un famoso "sudoku" para ejercitarte la mente, ¡no dejes de hacerlo!

¿Qué dijo? Nos presenta el glosario general de los temas de salud mental, a través de una recapitulación de los términos que en cada sección aparecen.

El CEVECE realiza este número con un gran esfuerzo y dedicación, está en tus manos disfrútalo como nosotros lo hicimos para ti. Nos vemos en el siguiente número.

Las causas de los trastornos mentales incluyen una combinación de factores biológicos, genéticos, psicológicos, emocionales, psicosociales, cognitivos, ambientales y sociales. El modelo de abordaje que actualmente se utiliza es el biopsicosocial que incluye factores biológicos y psicosociales. El componente biológico incluye alteraciones en algunas áreas del cerebro y el componente psicosocial, alteraciones en el funcionamiento interpersonal.

Afortunadamente, el tratamiento de los trastornos mentales ha presentado cambios considerables ya que, hace más de 50 años, la única opción para una persona con una enfermedad mental era su reclusión en alguna institución mental, hecho que varió con la aparición de los medicamentos neurolépticos, única forma de tratamiento que inició el proceso de la desinstitucionalización, lo que implicó la salida de los pacientes a la comunidad. Esto obligó a buscar opciones de intervención y apoyo en la comunidad como las casas de medio camino, servicios de hospitalización parcial, comunidades terapéuticas, familias sustitutas, etc.

La salud mental se puede entender como un proceso dinámico que, generalmente, ocurre en un continuo salud-enfermedad mental, aunque en la mayoría de los casos no se llega necesariamente a la enfermedad y estas personas pueden mantener su salud mental con variaciones dependientes de diversas circunstancias. Las personas que no padecen trastornos mentales pueden presentar otro tipo de problemas de salud mental que pueden afectar su bienestar emocional, así como problemas psicosociales que afectan su funcionamiento y por ende su vida cotidiana.¹

La salud mental puede definirse, según la Organización Mundial de la Salud, como *“el estado de bienestar que permite a los individuos realizar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades”* (OMS, 2004).²

De acuerdo con el órgano informativo del Instituto de Investigaciones Biomédicas de la UNAM, *“las enfermedades mentales son desórdenes en el cerebro que alteran la manera de pensar y sentir de la persona afectada, al igual que su estado de ánimo y su habilidad de relacionarse e identificarse con otros. Son causadas por desórdenes químicos en el cerebro, las cuales pueden afectar a personas de cualquier edad, raza, religión o situación económica”* (UNAM, 2004).

El riesgo de sufrir enfermedades mentales se incrementa en ciertos grupos, entre otros, aquéllos que viven en pobreza extrema, los desempleados, las personas con bajos niveles de instrucción, las víctimas de violencia, los migrantes y refugiados, los indígenas, las mujeres, hombres, niños y ancianos maltratados o abandonados; personas con discapacidad; quienes padecen enfermedades crónicas como el VIH-SIDA. Además, algunas personas se encuentran en riesgo de padecer este tipo de alteraciones por predisposición genética. Los problemas de la salud mental afectan a la sociedad en su totalidad, por lo que representan un desafío para su desarrollo (OMS, 2004; UNAM, 2004).

Los trastornos mentales no se presentan de igual manera ni en la misma magnitud entre mujeres y hombres, las primeras son las que sufren en mayor proporción este tipo de enfermedades, y se espera que la prevalencia aumente debido al incremento de factores de riesgo como la pobreza, la violencia, el abuso de drogas y el envejecimiento de las



poblaciones, entre otros.

Entre las principales enfermedades mentales podemos señalar a la esquizofrenia, el trastorno bipolar (maniaco depresivo), la depresión severa, el trastorno obsesivo compulsivo, la enfermedad de Alzheimer y otras como la epilepsia y la anorexia.

Se estima que a nivel mundial, cuatro de las seis causas principales de los años vividos con discapacidad resultan de trastornos neuropsiquiátricos (depresión, trastornos generados por el alcohol, esquizofrenia y trastorno bipolar).

La depresión cobra mayor importancia día a día y se estima que en el año 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados.

La OMS estima que la carga de los trastornos mentales aumentará de manera significativa en los próximos 20 años. Ahora bien, en cuanto a la atención que reciben las personas con algún tipo de trastorno mental se estima que es inadecuada, debido principalmente a la falta de programas y políticas públicas en esta materia, incluso en países desarrollados, entre 44 y 70% de las personas que sufren depresión, esquizofrenia, trastornos por el consumo de alcohol y drogas y enfermedades mentales de los niños y adolescentes, no reciben atención especializada. En países en desarrollo, la mayoría de las personas con trastornos severos es dejada a su suerte (OMS, 2004).

El presupuesto asignado a salud mental es muy bajo en todos los países: en naciones de bajos ingresos, apenas representa 1.54% del total del presupuesto asignado a salud; y en los países de ingresos altos la proporción es de 6.9 (OMS, 2004).³

Además de los problemas físicos que conllevan por sí mismos los trastornos mentales, quienes los padecen frecuentemente se ven expuestos a rechazos y estigmas sociales y a violaciones de sus derechos humanos, dentro y fuera de las instituciones.

De igual manera está la falta de atención o la atención inadecuada, debido a que en general no existen los servicios suficientes y adecuados para el tratamiento. El proyecto Atlas de la OMS identificó que 65% de las camas psiquiátricas está en hospitales mentales cuyas condiciones no son satisfactorias. Señaló también que muchas instituciones psiquiátricas proporcionan atención inadecuada, degradante e incluso dañina; se habla de hospitalizaciones y tratamientos que no cuentan con el consentimiento del paciente (OMS, 2004).

Las personas que sufren trastornos mentales enfrentan problemas como negativa de empleo, pocas o nulas oportunidades de educación, discriminación en los sistemas de seguros de salud y en los programas de vivienda. En algunos países, el trastorno mental puede ser causa para negar el derecho a votar o para afiliarse en asociaciones profesionales; en otros, el matrimonio puede ser anulado si la mujer ha sido afectada por un trastorno (OMS, 2004).⁴

En nuestro país, los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, al considerar indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad. Cuatro de los padecimientos más discapacitantes son: esquizofrenia, depresión, obsesión, compulsión y alcoholismo.

La depresión es la primera causa de atención psiquiátrica en México. De acuerdo con datos de la Encuesta Nacional



de Evaluación del Desempeño 2002-2003 (ENED 2002-2003), en un periodo anual previo a la entrevista, 5.8% de las mujeres y 2.5 de los hombres de 18 años y más sufrieron alguna sintomatología relacionada con la depresión; la prevalencia de depresión se incrementa con la edad en ambos sexos. En las mujeres, el porcentaje de las afectadas fue de 4, en las menores de 40 años de edad, y alcanzó una cifra de 9.5% entre las mayores de 60 años. En el caso de los hombres, las prevalencias en los grupos de edad considerados fueron de 1.6 y 5%, respectivamente.

Un análisis multivariado con los datos de la ENED 2002-2003 indicó que las variables que resultaron asociadas significativamente con el diagnóstico de episodio de depresión en el año previo a la entrevista fueron el sexo, la edad y la escolaridad. Un análisis más exhaustivo reveló que únicamente en el caso de los hombres la condición de desempleo resultó significativamente asociada a la presencia de depresión.⁵

La innegable presencia de enfermedades de salud mental en México hace necesario encaminar o fortalecer las políticas de salud en beneficio de la salud mental de la población.

Se ha mostrado que la capacitación de maestros y padres mejora la detección de problemas y facilita las intervenciones indicadas (OMS, 2004).

En el ámbito laboral, son prioritarios programas de capacitación de manejo del estrés para la población en

general.

Es importante invertir en ciencia y tecnología enfocada al estudio y tratamiento de los trastornos mentales ya que, según indica la SSA, el progreso científico y tecnológico permite mejores opciones de atención a la salud mental de las personas, nuevas alternativas de tratamiento derivadas de avances en la farmacología e intervenciones exitosas basadas en modelos conductuales y psicosociales.

Con ello, se ha reducido de manera considerable el tiempo de hospitalización y mejorado la calidad de vida de las personas que sufren estas enfermedades (SSA, 2005a).

Es evidente la necesidad de desarrollar campañas informativas y de sensibilización que ayuden a reducir el estigma que rodea a las enfermedades mentales, así como invertir en spot publicitarios para que las personas que sufren algún trastorno mental estén informadas y puedan denunciar violaciones a sus derechos humanos, incluidos los tratamientos obsoletos e inhumanos y los servicios deficientes. Lo cual deberá ir acompañado de un mecanismo que permita responder de manera eficiente a las denuncias. Por otro lado, se debe insistir en que los medios de comunicación, que ejercen una gran influencia en la sociedad mexicana, eviten los estereotipos y los mitos y creencias erróneas que estigmatizan a la población que sufre trastornos mentales y antepongan los derechos humanos de quienes los padecen.⁶



Bibliografía

1. Valencia Collazos, Marcelo. Trastornos mentales y problemas de salud mental. Día Mundial de la Salud Mental 2007. Consultado [2012 julio 19]. Disponible en [<http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm3002/sm300274.pdf>]. p. 77.
2. Instituto Nacional de las Mujeres. Panorama de la salud mental en las mujeres y los hombres mexicanos. México. Consultado [2012 julio 19]. Disponible en [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100779.pdf]. p. 1.
3. Idem. p. 1-4.
4. Idem. p. 5.
5. Idem. p. 6-7.
6. Instituto Nacional de las Mujeres. Op. Cit. p. 10-12



La tristeza es un estado de ánimo, que te permite estar a solas contigo mismo.



DUDA

MAURICIO R. HINOJOSA RODRIGUEZ



DR. JESÚS BERMEO MENDEZ

- Médico Cirujano egresado de la Universidad Autónoma del Estado de México UAEMex.
- Especialista en Psiquiatría, certificado por el Consejo Mexicano de Psiquiatría.
- Especialista en Psicoterapia Familiar y de Pareja/Instituto de la Familia, A.C.
- Maestrante en Comunicación y Tecnologías Educativas del Instituto Latinoamericano de Comunicación Educativa.
- Presidente Fundador de la Asociación de Psiquiatría y Psicoterapia del Estado de México.
- Miembro Fundador y Ex presidente de la Sociedad ProSalud Mental del Estado de México.
- Miembro Fundador y Ex presidente de la Academia Mexiquense de Medicina.
- Miembro Fundador y Ex presidente del Colegio Mexicano de Psicoterapia.
- Miembro Activo de la Asociación Psiquiátrica Mexicana.
- Miembro Colegiado Titular Fundador del Colegio Nacional de Psiquiatras, A.C.
- Miembro Adherente de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil.
- International Member of the American Psychiatric Association desde 2003.
- World Psychiatric Association. Miembro Activo.
- Asociación Psiquiátrica de América Latina. Miembro activo.
- Miembro activo del Instituto de Psiquiatras de Lengua Española desde 2002.
- Profesor titular en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México. UAEMex desde 1980.
- Subdirector de salud mental del DIF Estado de México de junio del 2006 a Junio 2009.
- Coordinador de Investigación y Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la UAEMex de julio 2009 a junio de 2010.
- Subdirector académico de la Facultad de Medicina de la UAEMex de julio del 2010 a la fecha.
- Practica privada en psiquiatría y psicoterapia desde 1980.

1. ¿A su consideración cuáles son las principales enfermedades mentales que afectan a una mayor cantidad de mexicanos?

De acuerdo con la Encuesta de Epidemiología Psiquiátrica llevada a cabo en el 2003 por el Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente" a cargo de la Dra. María Elena Medina Mora, los padecimientos más prevalentes fueron: el 28.6% de la población presentó alguno de los 23 trastornos de la CIE alguna vez en su vida, el 13.9% lo reportó en los últimos 12 meses y el 5.8% en los últimos 30 días. Por tipo de trastornos, los más frecuentes fueron los de ansiedad (14.3% alguna vez en la vida), seguidos por los trastornos de uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%).

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) se basa en un diseño probabilístico, multietápico y estratificado para seis regiones a nivel nacional, cuya población blanco fue la población no institucionalizada, que tiene un hogar fijo, de 18 a 65 años de edad y que vive en áreas urbanas (población de más de 2,500 habitantes).

2. ¿Cómo define a la depresión?

Es un síndrome neurobiológico, que se caracteriza por la pérdida de la felicidad que se venía experimentando y la inmersión en un estado de

abatimiento que, y dependiendo de sus causas, en algunos casos puede ser crónica y en otros transitoria.

Cuando una persona se encuentra atravesando un cuadro de depresión, generalmente, experimenta los siguientes síntomas: tristeza, decaimiento, irritabilidad y que muy rápidamente suelen traducirse en bajos rendimientos tanto en el campo laboral como en el académico y por esto resultan ser muy fáciles de detectar por el contexto que rodea a los enfermos de depresión. La falta de interés por realizar las cosas que se venían realizando es uno de los síntomas cardinales.

3. ¿Qué procedimientos terapéuticos son los indicados para una persona diagnosticada con este trastorno mental?

Como se trata de una alteración de causas y efectos multifactoriales, de igual forma el tratamiento debe tener este tipo de orientación. Eso quiere decir que no basta con administrar los fármacos antidepresivos, sino que es necesario e indispensable el tratamiento psicosocial, que puede ser psicoterapia individual, de grupo o familiar o de pareja. La orientación más efectiva en este tipo de trastornos es la terapia cognitivo conductual.

En relación a los psicofármacos es importante aclarar algunos mitos en torno al uso de los

ENTREVISTAS
ENTREVISTA



antidepresivos: no causan dependencia, pero no pueden ser administrados sin ser monitorizados por un médico con los conocimientos suficientes del mismo o por un especialista en psiquiatría, el tiempo que tienen que usarse no es un tiempo corto, los tratamientos deben prolongarse por periodos de entre 8 y 18 meses o a veces más, de igual manera no deben suspenderse abruptamente.

4. ¿Podría explicar cuál es la situación de los suicidios en nuestra entidad?

El Estado de México no es una de las entidades con mayores índices de suicidio en nuestro País, es más, en algunos estudios se considera junto con Colima uno de los índices más bajos. En un estudio del INEGI del 2005 en la parte media de la tabla con 84 suicidios, los Estados con mayores índices se encuentra Veracruz con 264, Jalisco con 236 y los más bajos Colima y Nayarit con 33.

Un dato importante que es necesario destacar en la investigaciones de nuestro País, que es real, debe darse con la manera que se establece el diagnóstico. Existen más suicidios que intentos de suicidio, cuando a nivel mundial es todo lo contrario.

5. ¿El grupo de adolescentes es más vulnerable en cuanto a suicidios, la falta de atención ante cuadros depresivos la atribuiría usted a la falta de especialistas?

El trabajo constante y los avances para reducir la prevalencia de estas patologías ha sido muy limitado, particularmente por la carencia de recursos económicos para el desarrollo de los mismos, lo cual ha traído como consecuencia que en los últimos años la incidencia de suicidios, particularmente en la población infantil y adolescente, se haya incrementado. Las tasas de suicidio (número de suicidios por 10,000 habitantes) se han incrementado en el mundo en los últimos 30 años, especialmente en la población adolescente. En México la tasa se incrementó para esta edad en un 70% en los últimos 20 años.

La falta de atención es por la falta de especialistas para atender la depresión, esto es algo que se tiene que hacer a partir de los servicios de atención primaria, en donde el papel de los especialistas es capacitar a los médicos y al personal de primer contacto y los especialistas atender solamente los casos difíciles y resistentes.

Por otro lado, el problema del suicidio en los adolescentes no es la falta de atención de los problemas depresivos, sino la falta de Programas Preventivos, para este problema de Salud Pública.

6. De acuerdo a los datos de la OMS, actualmente existen más muertes por suicidio que por homicidios, guerras y ataques terroristas; ante este panorama, ¿Cuáles deberán ser las medidas que el Sector Salud implemente para reducir o evitar esta situación en nuestra entidad o en el país?

En relación al primer punto es una declaración que la OMS hizo en 2006, cuando se celebró el Día Mundial de la Salud Mental, en donde una de las propuestas principales era invertir en salud mental para tratamiento de los trastornos mentales y prevención del suicidio.

Requerimos de la inversión para programas de atención y prevención de los problemas mentales y por supuesto del suicidio.

En el 2008 en la subdirección de salud de la dirección de prevención y bienestar familiar del DIFEM, elaboramos un "Proyecto: Programa Municipal para la Prevención del Suicidio" (PMPS), el cual quisimos presentar en ese momento a los sistemas municipales DIF y a las presidencias municipales, para que dichos programas nacieran en el seno de los cabildos y así reforzar los pocos recursos existentes en el sector salud, dedicados a la atención de la salud mental. En esos momentos del presupuesto total asignado a la atención de la salud, solo se dedicaba para la atención de la salud mental menos del 1% de dicho presupuesto estatal.

7. ¿Cuáles son las principales causas de suicidio en adolescentes en el Estado de México?

Son muy diferentes a las del resto del mundo. Lo primero que debemos considerar son los factores de riesgo como los siguientes:

- **Factores familiares de riesgo:** antecedentes de depresión en la madre, consumo de alcohol en el padre, consumo de drogas de algún hermano, existencia de clima de tensión, hostilidad y violencia intrafamiliar.
- **Factores de riesgo en el adolescente:** depresión grave, temperamento triste en la infancia, violencia intrafamiliar, consumo de alcohol, marihuana o cocaína.
- **Factores de riesgo socioculturales:** transmisión por TV, radio, periódicos o revistas, noticias de suicidios en jóvenes, o situaciones violentas.
- **Causas conocidas o posibles:** disgustos familiares, amorosos, enfermedades graves, depresión, ansiedad, psicosis, personalidad límite, antisocial, consumo de alcohol y drogas, falta de habilidad para enfrentar y

resolver los problemas personales y con los demás. Pobre tolerancia a la frustración, la desesperanza, la soledad, baja autoestima, negativa a buscar ayuda, experiencias humillantes, sufrimiento infantil, arrestos policíacos, fracaso escolar o laboral, rechazo, maltrato infantil y abuso sexual, entre otros.

8. ¿Cuáles son las señales para poder detectar a posibles jóvenes suicidas y qué se puede hacer en ese momento?

Algunos de los primeros síntomas son: disminución brusca del rendimiento escolar, problemas de conducta y ausentismo escolar.

- **Características de las familias de menores suicidas:** falta de comunicación y conflictos, padres con psicopatología, pobre contacto, sobreprotección, alteración de los roles, hostilidad y rechazo, familias mal estructuradas, difusión psicosocial en paciente y padres, padres ausentes, varios miembros de la familia con ansiedad y depresión, se calcula que de cada suicidio consumado, existen de 8 a 10 intentos de suicidio, el 90% de las personas que se suicidan tienen antecedentes de algún problema mental.

¿Cómo actuar ante una persona que se quiere suicidar? Mostrar empatía, con actitud tranquila y no crítica. No mostrar nerviosismo, trato cortés y comprensivo, retirar los medios lesivos que estén al alcance del paciente, no evitar el tema: preguntar sobre el deseo de morir no propicia el suicidio, el paciente se alivia al ser cuestionado y poder expresar sus sentimientos íntimos, algunos psiquiatras debaten si es útil convencer al paciente para que no lo haga, es necesario avisar a los servicios médicos para valoración, y si la conducta es clara y el riesgo inminente avisar también a la policía e incluso a los bomberos.

9. ¿Cuál es el papel que deben tomar los padres que se enfrentan a una situación de riesgo de suicidio de alguno de sus hijos?

La responsabilidad de los padres es: "velar porque los adolescentes no lleguen a decisiones y conductas auto destructivas y extremas y poder socorrerlos a tiempo". Recomendaciones a los familiares o amigos de personas depresivas o con ideas suicidas: tomarse en serio todas las amenazas, considerar la posibilidad de suicidio en todo paciente que manifiesta fuerte desamparo o desesperanza: "no tengo salida a mis problemas", estar atentos a los cambios de ánimo o mejoría repentina de la depresión: "alivios secundario a su firme decisión de suicidios", indagar el riesgo en todo paciente que presenta accidentes frecuentes y consumo reiterado de alcohol y drogas y considerar la posibilidad en personas que han sufrido acontecimientos traumáticos previos: luto reciente, pérdidas u otros acontecimientos vitales estresantes.

10. Una vez detectado un intento de suicidio ¿es necesaria la internación?

Por supuesto que no. Ya hemos mencionado que es necesario el tratamiento del problema mental subyacente al problema del intento suicida.

Intervenciones terapéuticas recomendadas: acción rápida, especializada e interdisciplinaria de abordaje integral que convoque y comprometa a la familia y a la red de amigos. Prevención y acción fomentando la autoestima y toma de decisiones mediante técnicas de anticipación.

Metas básicas: ayuda inicial y catalización del proceso de curación. Aceptación de cambios a los integrantes de la familia tanto en su vida individual como familiar. Disminuir carga destructiva y generar esperanza.

11. ¿En el Estado de México, cuántas clínicas psiquiátricas públicas o privadas existen y cuáles son sus características?

Existen 3 hospitales psiquiátricos granja, 2 centros integrales de salud mental, no estoy seguro si son 4 o 5 centros de atención primaria contra las adicciones. Clínicas de salud mental "Ramón de la Fuente" de la subdirección de salud mental del DIFEM, los servicios de salud mental de los DIF's municipales, los servicios psiquiátricos y de salud mental del ISSEMYM, los servicios de psiquiatría y salud mental del ISEM y del resto de las instituciones de salud. No conozco todos los servicios privados, sé que hay algunos altamente lujosos y caros y otros con servicios totalmente deficientes y malos.

12. ¿Qué condiciones deberá reunir el psiquiatra del siglo XXI?

Un profesional con un profundo conocimiento social, no solo de la enfermedad, sino del proceso salud enfermedad, con grandes conocimientos de la problemática social y económica, que aqueja al individuo del mundo actual, globalizado e invadido por la tecnología de la información y la comunicación, con amplios conocimientos de la salud pública mental y con profundo sentido ético y humanista.

Mito:

La depresión y el trastorno afectivo son simples estados de la mente. Basta con que la persona "piense positivamente" para que desaparezcan.

Realidad:

La depresión y los trastornos afectivos son enfermedades reales y curables que afectan el cerebro. No es posible superarlas con solo pensar positivamente.

Mito:

La terapia verbal sólo sirve para lloriquear por los problemas. Realmente no ayuda.

Realidad:

Se ha demostrado clínicamente que la terapia verbal es eficaz. En algunos casos funciona tan bien como los medicamentos. La buena terapia verbal ayuda a modificar las formas de conducta que provocan inestabilidad del estado de ánimo.

Mito:

Los medicamentos para tratar los trastornos del estado de ánimo son adictivos. Pueden alterar la personalidad del individuo.

Realidad:

Cuando son debidamente prescritos y utilizados, estos medicamentos no causan adicción. Ni entorpecen la capacidad de juicio de la persona.

Mito:

Las personas deprimidas lloran mucho.

Realidad:

No siempre es así. Algunas personas no lloran.

Mito:

El suicidio no es un problema de salud pública. Son muy pocas las personas que realmente se quitan la vida, quienes lo intentan es para llamar la atención.

**Realidad:**

El suicidio es un problema grave que debe ser atendido. Cada año, más de 30,000 personas se quitan la vida en América Latina.

Mito:

Las personas que amenazan con el suicidio, en realidad nunca lo llegan a cometer.

Realidad:

El 60% de las personas que se suicidaron comentaron con alguien sus intenciones.

Mito:

El suicidio se produce sin un aviso previo.

Realidad:

En la mayoría de los casos de suicidios, hay indicios claros previos al intento.

Mito:

Hablar con alguna persona deprimida sobre el suicidio fomentará la actitud suicida.

Realidad:

Se ha demostrado que hablar con alguien sobre el suicidio no fomenta la actitud suicida, por el contrario incrementa la probabilidad de lograr un tratamiento.

Mito:

Todo el que se suicida está deprimido.

Realidad:

Aunque toda persona deprimida tiene posibilidades de realizar un intento de suicidio o un suicidio, no todos los que lo hacen presentan este desajuste.

Mito:

Sólo los psiquiatras pueden prevenir el suicidio.

Realidad:

Los psiquiatras son expertos en la detección del riesgo de suicidio y su manejo, pero cualquier persona interesada puede ser un valioso colaborador en su prevención.

Bibliografía

1. Pérez-Barrero S. Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. Revista Colombiana de Psiquiatría. 2005, XXXIV (julio-septiembre) pp.386-394.
2. Depresión: MedlinePlus en español. En: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/depression.html>
3. Sánchez-Sosa J. et al. Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. Intervención Psicosocial. 2010 Dic; 19(3): 279-287.



Suicidio, la carga del problema

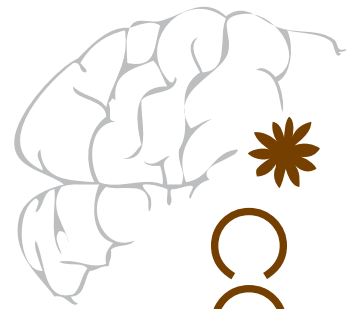
El suicidio ha robado vidas en todas las épocas y en todas las partes del mundo. Los significados atribuidos al fenómeno y el qué hacer ante su presencia han variado de tiempo en tiempo y de lugar en lugar. La OMS estima que se producen un millón de muertes por suicidio cada año, cifra que representa el 1.4% de la carga global total de enfermedad. Anualmente, se producen más muertes por suicidio que por la suma de homicidios, guerras y ataques terroristas. Los factores de riesgo del suicidio son múltiples y normalmente los individuos que mueren por suicidio experimentan más de uno de estos factores. Si bien la gran mayoría de las personas que padecen una enfermedad mental no mueren por suicidio, estudios realizados en Europa y EUA informan que hasta el 90% de los individuos que mueren por suicidio presentan alguna forma de trastorno mental, incluyendo el abuso de drogas y alcohol. En las naciones menos desarrolladas donde los métodos letales de suicidio se encuentran más disponibles, los actos suicidas en respuesta al estrés y a la pérdida social pueden volverse fatales dada la disponibilidad de este método. Los períodos de riesgo de suicidio entre las personas con una enfermedad mental varían según, el historial familiar o psiquiátrico del individuo, el curso y los logros del tratamiento y así como también el contexto social del individuo.

La mortalidad por suicidios en México ha aumentado en los últimos años. Aunque en varios grupos de edad, la tasa de suicidios se ha mantenido relativamente constante, su aumento en algunos grupos, particularmente en las mujeres adolescentes, alcanza niveles preocupantes. En términos absolutos, los suicidios aumentaron de 1,930 en 1990 a 4,565 en el 2008. Estos incrementos representaron un cambio en la tasa de mortalidad por suicidios en hombres de 2.7 muertes por 100 000 individuos en 1960 a 7.0 en 2008; y en mujeres la tasa subió de 1.0 a 1.5 en el mismo periodo.

Las entidades federativas con mayores tasas son: Quintana Roo, Campeche y Tabasco con 10.6, 9.2 y 9.2 respectivamente; el Estado de México se encuentra por debajo de la media Nacional, con una tasa del 3.0; predominando estas conductas en los Municipios de Ecatepec, Chimalhuacán y Nezahualcóyotl. Uno de los aspectos más preocupantes de las muertes por suicidio y referido específicamente al Estado de México, es su incremento entre los adolescentes y jóvenes adultos. Entre 1960 y 2008 la tasa de mortalidad por suicidios se duplicó en el grupo de 11 a 19 años, con un incremento todavía más marcado entre las mujeres. Según diversos autores, el aumento del consumo de drogas entre los jóvenes es un

factor estrechamente relacionado con este incremento. No obstante, existen otros factores de tipo social que afectan directamente a la calidad de la vida de los jóvenes y sus expectativas para el futuro.

Una encuesta de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), realizada entre jóvenes, muestra que hasta 50% de ellos manifestaron haberse sentido alguna vez tan deprimidos que se preguntaban si valía la pena seguir viviendo. Cerca del 20% manifestaron tener un familiar o un amigo que había intentado suicidarse. Cualquier estrategia encaminada a disminuir la mortalidad por suicidios debe necesariamente identificar las causas de la desesperanza en los



jóvenes, combatir el creciente consumo de drogas e identificar los grupos de alto riesgo.

Suicidio y salud pública

El suicidio es el punto culminante de una serie de problemas que pueden presentarse juntos o por separado y que pueden deberse a factores económicos, predisposición genética, conflictos familiares, desintegración social o falta de identificación y atención oportuna a los problemas de salud mental, particularmente a la depresión. Por lo tanto, es necesario conocer la forma en que las muertes por suicidio evolucionan en cada contexto para poder interpretar cómo, diferentes variables afectan a la salud de la población.

En el transcurso de la historia, todas las sociedades y religiones, se han pronunciado explícitamente por la vida como un valor fundamental del individuo y han reprobado la eutanasia, el aborto y el suicidio, por atentar contra el principio de la vida; aunque en algunas ocasiones se argumenta racionalmente como un derecho individual a la libertad de decidir la propia elección de escoger este camino. El suicidio es una forma de muerte violenta, resultado de una decisión individual, misma que obedece a diversas condiciones de orden psicológico, de salud y sociales. El suicidio debe entenderse como un problema multidimensional, que resulta de una compleja interacción de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos y ambientales. Entre 40% y 60% de las personas que cometen suicidio han consultado a un médico en el mes anterior al suicidio, generalmente a un médico general.

El suicidio no es una enfermedad, ni necesariamente la manifestación de la misma, pero los trastornos mentales son un factor muy importante asociado con el suicidio. Diversos estudios revelan una prevalencia de 80 a 100% de trastornos mentales en casos de suicidio logrado. Se estima que el riesgo de suicidio en personas con depresión es de 6 a 15%; con alcoholismo de 7ª 15% y con esquizofrenia de

4 a 10%. Es por tanto necesario considerar que mejorando la detección y el manejo de los trastornos psiquiátricos en la atención primaria en salud es un paso importante en la prevención del suicidio; siendo esta una tarea importante del médico, quien juega un papel crucial en la prevención del suicidio.

Partiendo de estos principios el problema que nos ocupa, es un problema grave de Salud Pública, el suicidio requiere nuestra atención, pero desgraciadamente su prevención y control no son tarea fácil. Investigaciones recientes indican que la prevención del suicidio, si bien es posible, comprende una serie de actividades que van desde la provisión de las mejores condiciones posibles para la educación de jóvenes y niños y el tratamiento eficaz de trastornos mentales, hasta el control medioambiental de los factores de riesgo. La difusión apropiada de información y una campaña de sensibilización del problema son elementos esenciales para el éxito de los programas de prevención.

Proyecto de una alternativa para la prevención del suicidio

Ante esta problemática, se presenta el Proyecto de una Alternativa para la Prevención del Suicidio, misma que propone el uso de una estrategia de salud pública para enfrentarlo. Esta estrategia representa un esfuerzo metódico y racional para dirigir las tareas y asegurar que sus resultados sean los mejores.

Los cinco pasos básicos de la estrategia de salud pública consisten en:

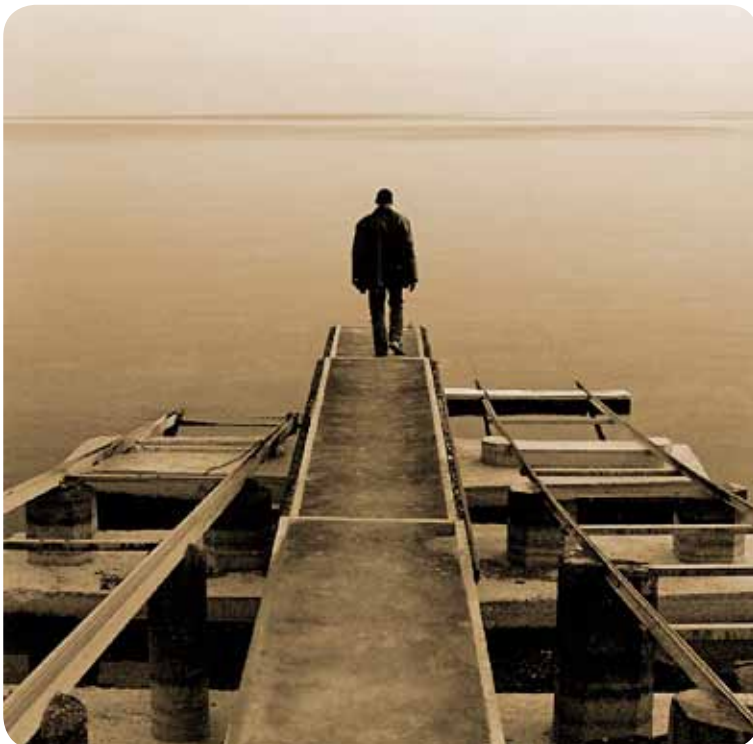
- Definición clara del problema.
- Identificación de factores de riesgo y factores de protección.
- Desarrollo y prueba de las intervenciones.
- Implementar las intervenciones.
- Evaluación de la efectividad global de la estrategia.

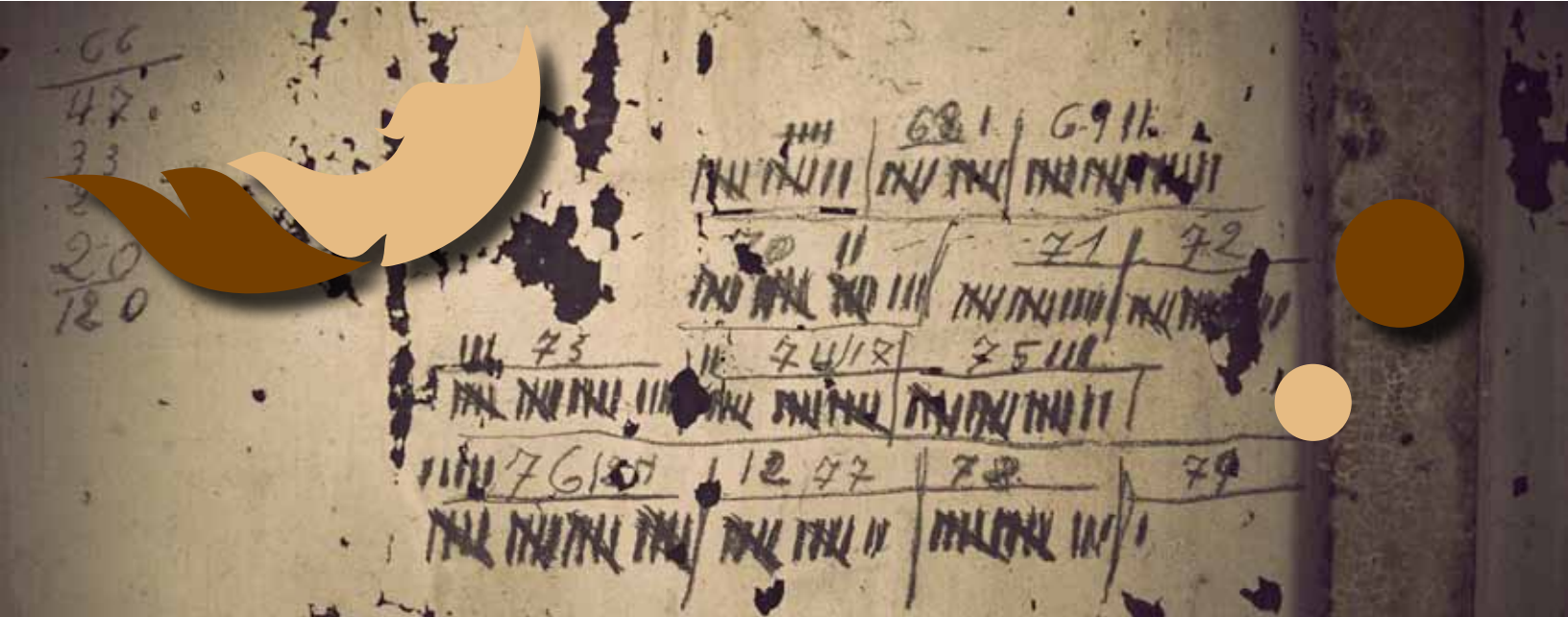
Para lograr sus propósitos, la Alternativa para la Prevención del Suicidio en nuestro Estado, deberá ser una acción concertada entre diferentes instancias académicas, de salud, autoridades municipales y organizaciones sociales, que permitan el logro de los propósitos y metas planteados; esta iniciativa hace énfasis en la necesidad de utilizar de manera óptima los recursos y proporcionar servicios adecuados a cada grupo en particular.

Dicha iniciativa se fundamenta en diferentes documentos y propuestas para la implementación de Programas Preventivos de la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio (IASP), OMS y OPS, presentando a continuación los propósitos y metas del presente proyecto:

Propósitos:

- Prevenir las muertes por suicidio en personas de todas las edades.
- Reducir la frecuencia de comportamientos suicidas.
- Reducir los efectos nocivos posteriores al comportamiento suicida y el impacto traumático del suicidio sobre los familiares.
- Promover opciones y espacios para la recuperación, utilización de recursos, respeto y soporte para los individuos, las familias y las comunidades.





Metas:

Meta 1: promover la idea de que el suicidio es un problema de salud pública prevenible.

Meta 2: desarrollar un sistema interinstitucional amplio de apoyo para la prevención del suicidio, con prioridad en los servicios de atención primaria.

Meta 3: desarrollar e implementar estrategias para reducir el estigma asociado con el uso de servicios de salud mental, abuso de sustancias y prevención del suicidio.

Meta 4: desarrollar e implementar un programa de prevención del suicidio, en el que se involucren a diferentes actores (médicos, trabajadores de atención primaria, medios, docentes, centros de trabajo, centros penitenciarios, policías, bomberos, socorristas, etc).

Meta 5: reducir el acceso a medios letales y a métodos de auto lesión.

Meta 6: desarrollar un programa de capacitación para identificar comportamientos de riesgo suicida y realizar manejos adecuados.

Meta 7: mejorar el acceso para la comunidad a los servicios de salud mental.

Los objetivos se desarrollarán de acuerdo al planteamiento hecho en cada una de las metas y buscando la consecución amplia de lo señalado en cada una de ellas.

Las estrategias que se pretenden implementar contemplan:

1. Conformar un grupo estatal de expertos.
2. Presentar el proyecto a los Ayuntamientos, Jurisdicciones Sanitarias e Instituciones de salud involucradas en la atención al suicidio.
3. Integrar Comités Municipales para la Atención del Suicidio.
4. Aumentar la concientización sobre los comportamientos suicidas y sobre cómo prevenirlos de manera efectiva; y
5. Fortalecer habilidades locales para desarrollar y evaluar políticas y planes en prevención del suicidio.

Las acciones a desarrollar serán:

1. Elaboración de un plan de acción.
2. Determinación de la incidencia de suicidios por municipio.
3. Identificación de los casos suicidas en la entidad, en cuanto a características personales, escolares, familiares

y sociales.

4. Diseño y aplicación de encuestas para identificar factores de riesgo y/o factores protectores asociados al suicidio o a su prevención.
5. Diseño e implementación de un Programa de Capacitación a los Comités Municipales y al personal de salud de primer contacto en:
 - Guías de Prevención y Atención del Suicidio.
 - Entrevista y diagnóstico de Salud Mental en Atención Primaria.
 - Modelo Psicoeducativo.
6. Establecimiento de un sistema de referencia y contra referencia entre los Servicios de Salud Mental de las instituciones participantes.
7. Evaluación.

Bibliografía

1. Beautrais AL (2006). Suicide in Asia. Crisis 27:55-57.
2. Suicide and suicide prevention in Asia / edited by Herbert Hendin[et al.] (2008) World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland
3. Vijayakumar L, Nagaraj K, Pirkis J, Whiteford H (2005). Suicide in developing countries (1, 2 y 3) Crisis 26:104-124.
4. World Health Organization. (1999). Figures and facts about suicide. Geneva.
5. Prevención del suicidio: una serie de instrumentos. (2010). Co-producido por la OMS e IASP, la Asociación Internacional para la Prevención del Suicidio.
6. Tuñón, P. E. (2005). Mortalidad en varones jóvenes de México. Estudios Sociales. Año / vol. XIII, núm. 026. pp: 68 - 84. REDALYC.
7. Pérez Barrero SA; Sereno Batista A. (2001). Conocimientos de un grupo de adolescentes sobre la conducta suicida. Revista Internacional de Tanatología y Suicidio Vol. 1.Nº 2 Junio. 7-10.
8. Borges G, Wilcox, H.C., Medina-Mora, ME, Zambrano-Ruiz, J., Blanco, J., Walters, E.E. (2005). Suicidal behavior in the Mexico National Comorbidity Survey (M-NCS): Lifetime and 12-month prevalence, psychiatric factors and service utilization. Salud Mental, 28(2), 40-47.
9. Kessler, R.C., Berglund, P.A., Borges G, Nock, M., Wang, P.S. (2005). Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States 1990-92 to 2001-03. Journal of the American Medical Association, 293(20), 2487-2495.
10. Borges G, Angst, J., Nock, M.K., Ruscio, A.M., Walters, E.E., Kessler, R.C. (2006). Risk factors for twelve-month suicide attempts in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). Psychological Medicine, 36(12), 1747-1758.
11. Borges G, Nock, M.K., Medina-Mora, ME, Lara, C., Chiu, W.T., Kessler, R.C. (2007). The epidemiology of suicide-related outcomes in Mexico. Suicide and Life-Threatening Behavior, 37(6), 627-640.
12. Borges, G. et. all. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. Salud pública Méx vol.52 no.4 Cuernavaca jul. /ago.

Antecedentes

A fines de la década de los años ochenta del siglo pasado, el Dr. Ramón De La Fuente en el capítulo de Psiquiatría, del libro: La Salud en México. Testimonios 1988. Especialidades Médicas en México. Pasado, presente y futuro. México, compilado por Soberón, G., Kumate, J., Laguna, J. escribió: *“Un examen, aún somero, de la historia de la psiquiatría en nuestro país, pone de relieve varios hechos: uno, que hasta tiempos recientes todo se limitaba a proveer custodia tras los muros de un asilo a personas severamente perturbadas; otro, que nuestras carencias y omisiones se han explicado, por una parte, por el rezago de la psiquiatría como ciencia, y por otra, [por] la necesidad de emplear los recursos de la salud pública en problemas más urgentes.”*

Este rezago de la psiquiatría como ciencia y el pobre apoyo de las autoridades de salud han cambiado. El tema del Informe sobre la Salud en el Mundo 2001 fue la salud mental, y sus 10 recomendaciones fueron recibidas de forma muy positiva por todos los Estados Miembros de la OMS. *“La salud mental, abandonada por largo tiempo, es crucial para lograr el bienestar de los individuos, sociedades y países y debe ser vista desde una nueva perspectiva”*. Este fue el mensaje de 130 Ministros participantes en la Asamblea Mundial de la Salud. Por lo anterior la OMS declaró al 2001 el Año de la Salud Mental.

Como resultado de las actividades del 2001, en el año siguiente se creó el Programa Mundial de Acción en Salud Mental. Este Programa constituye un nuevo y enérgico esfuerzo que busca implementar las 10 recomendaciones y se apoya en cuatro estrategias para lograr su propósito final: mejorar la salud mental de las poblaciones.

La salud mental en el mundo

Los trastornos mentales y conductuales tienen un gran impacto sobre los individuos, las familias y las comunidades. Es muy difícil medir este impacto, una forma de cuantificar la cronicidad de los trastornos y la discapacidad que causan es el método de la Carga Mundial de Morbilidad (Global Burden of Disease, GBD). En las estimaciones originales, desarrolladas para el año 1990, los trastornos mentales y neurológicos eran responsables del 10.5% del total de Años de Vida perdidos Ajustados por Discapacidad (AVAD) por todas las enfermedades y lesiones. La estimación para el año 2000 es del 12.3% para los AVAD.

Entre las 20 causas principales de AVAD para todas las edades figuran seis enfermedades neuropsiquiátricas: el trastorno depresivo unipolar, los trastornos por consumo de alcohol, la esquizofrenia, el trastorno afectivo bipolar, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, y la migraña. La depresión causa la mayor proporción de discapacidad: casi el 12% del total. El análisis de las tendencias deja claro que esta carga aumentará rápidamente en el futuro, según las previsiones, ascenderá al 15% en el año 2020.

La repercusión en el ámbito económico de las enfermedades mentales ha sido demostrada. Una persona puede verse imposibilitada para acudir al trabajo debido a un resfriado o una angina de pecho, pero también a causa de una depresión. Este enfoque neutral coloca a los





trastornos mentales al mismo nivel que las enfermedades físicas y ha contribuido al reconocimiento y documentación de la carga mundial de trastornos depresivos.

En los Estados miembros de la Unión Europea el costo de los problemas de salud mental fue estimado entre el 3% y el 4% del PNB (OIT, 2000), de este porcentaje los costos de atención llegaban a un promedio del 2% del PNB. En los EE.UU. se ha imputado a la enfermedad mental un 59% de los costos económicos por pérdida de la productividad derivados de lesiones o enfermedades, seguido por el abuso de alcohol, 34% (Rouse, 1995). Un informe de una universidad canadiense (Universidad de Laval, 2002) reveló que las ausencias por causas psicológicas aumentaron en un 400% de 1993 a 1999. Una encuesta sobre morbilidad psiquiátrica en la Gran Bretaña mostró que las personas con dos o más trastornos neuróticos tomaron licencia un promedio de 28 días al año comparado con 8 en los que tenían un trastorno neurótico (Patel y Knapp, 1997).

La salud mental como fenómeno complejo determinado por múltiples factores tanto sociales, ambientales, biológicos y psicológicos requiere acciones de salud pública. Este nuevo enfoque de las enfermedades mentales permite identificar elementos causales que anteriormente no se consideraban como los siguientes:

Pobreza. Existe, según la OMS, evidencia científica de que la depresión prevalece de 1.5 a 2 veces más entre las personas de bajos ingresos de la población. La pobreza según la Organización Mundial de la Salud puede entonces considerarse un determinante importante de los trastornos mentales, y viceversa. De tal manera que ambos aparecen unidos en un círculo vicioso afectando diversas dimensiones del desarrollo individual y social.

Desempleo. Tienen más síntomas depresivos las personas desempleadas que las que encuentran trabajo (Bolton y Oakley, 1987; Kessle). Inclusive, las personas con empleo que perdieron su trabajo tienen un riesgo doble de estar deprimidas que las que mantienen su empleo (Dooley et al., 1994).

La carga del abuso de sustancias. Las enfermedades relacionadas con el alcohol y el abuso de sustancias constituyen un serio problema de salud pública. Ellas afectan el desarrollo del capital humano y social, creando no sólo costos económicos para la sociedad, incluso para el sistema de salud, sino también un costo social en términos de lesiones, violencia y crimen.

La salud mental en nuestro país

En 1994, los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Adicciones realizada en zonas urbanas, detectaron la prevalencia de trastornos mentales entre el 15 y el 18% de la población en general; en esta encuesta se observa que la depresión es el trastorno más frecuente tanto en hombres como en mujeres, con 4.9% y 9.7%, respectivamente, (ver cuadro 1). Los resultados del estudio concuerdan con los realizados en otros países e indican que una de cada seis personas sufrirá un problema de salud mental que podría requerir atención médica especializada; esto significa que, en nuestro país, para una población aprox. de 100 millones de personas, padecen trastornos mentales cerca de 15 millones, lo que equivale a una sexta parte de nuestra población. Para el Estado de México representa alrededor de 2,250,000.

Cuadro 1.
Prevalencia de trastornos psiquiátricos en población adulta en zonas urbanas México. 1994.

Trastorno	Hombre	Mujeres	Total
1. Depresión	4.9	9.7	7.3
2. Epilepsia	3.4	3.9	3.7
3. Probable psicosis	3.2	2.6	2.9
4. Probables trastornos limítrofes	1.6	0.8	1.2
5. Trastorno obsesivo	1.6	3.0	2.3
6. Probable esquizofrenia	1.2	0.9	1.1
7. Manía	0.3	0.2	0.3
8. Psicosis inespecífica	0.7	0.6	0.7
9. Trastorno bipolar	0.7	0.6	0.7
10. Trastorno de ansiedad	0.3	1.6	1.0

Fuente: Caravelo y Cols. Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México. Resultados de una Encuesta Nacional en Hogares. AN. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1994.

Otra medida utilizada en México para conocer la carga de las enfermedades son los años perdidos de vida saludable (AVISA). Entre las quince principales causas de pérdida de vida saludable (AVISA) en México, se encuentran las

Del odio al amor hay un paso, del amor al odio un instante.



enfermedades psiquiátricas neurológicas; seis de ellas están relacionadas de alguna manera con este tipo de trastornos y con las adicciones como son: homicidios y violencia, accidentes de vehículos de motor, enfermedad cerebro vascular, cirrosis hepática, demencias consumo de alcohol y trastornos depresivos, representando cerca del 18% del total de AVISA. (Ver Cuadro 2)

padece algún tipo de trastorno mental o de conducta. Más de tres millones de personas son dependientes del alcohol, 13 millones son fumadores y 400 mil personas se reportan adictas a las drogas; 500 mil presentan esquizofrenia, un millón epilepsia y 5 de cada mil niños sufren retardo mental, con lo que, se conforma un panorama que exige acciones firmes, permanentes y coordinadas en todo el país.

Cuadro 2.
Principales causas de pérdida de años de vida saludable en México. 1998

Orden	Causas	%
1	Afecciones perinatales	7.7
2	Diabetes mellitus	5.8
3	Homicidios y violencias	4.8
4	Cariopatía isquémica	4.5
5	Accidentes de vehículo de motor (choques)	4.0
6	Infecciones respiratorias bajas	3.0
7	Enfermedad cerebro vascular	2.9
8	Cirrosis hepática	2.9
9	Atropellamiento	2.3
10	Desnutrición proteico-calórica	1.9
11	Enfermedades diarreicas	1.8
12	Demencias	1.7
13	Consumo de alcohol	1.6
14	Trastornos depresivos	1.6
15	Nefritis y nefrosis	1.5

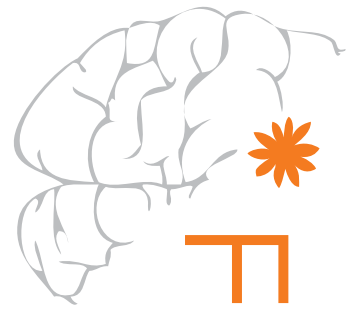
Fuente: Secretaría de Salud SSA. Plan Nacional de Salud. 2000-2006. Cuadro 1.4. Principales causas de pérdida de años de vida saludable en México, 1998. <http://www.ssa.gob.mx/>

Consideraciones

Esta problemática de la salud mental en México se resume, con los datos siguientes: 8% de las enfermedades mentales corresponden al área neuropsiquiátrica, 4 millones de personas padecen depresión, 6 millones más tienen problemas relacionados con el consumo de alcohol, 10% de los adultos mayores de 65 años sufren cuadros demenciales, mientras que 15% de la población entre 3 y 12 años de edad

Bibliografía

- Informe sobre la salud en el mundo 2001 - Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. <http://www.who.int/whr/2001/es/>
- DE LA FUENTE, R. (1989), «Psiquiatría». En SOBERÓN, G., KUMATE, J., LAGUNA, J. (comps.) La salud en México. Testimonios 1988. Especialidades Médicas en México. Pasado, presente y futuro. México, Fondo de Cultura Económica, tomo IV (1), p. 441.
- Caravelo y Cols. Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México. Resultados de una Encuesta Nacional en Hogares. AN. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1994.
- Secretaría de Salud SSA. Plan Nacional de Salud. 2000-2006. Cuadro 1.4. Principales causas de pérdida de años de vida saludable en México, 1998. <http://www.ssa.gob.mx/>
- Norma Oficial Mexicana NOM-025-SSA2-1994, para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica.
- Borges G, Medina-Mora M, Wang P, Lara C, et al. Treatment and Adequacy of Treatment of Mental Disorders Among Respondents to the Mexico National Comorbidity Survey Am J Psychiatry 2006 163: 1371-1378
- Benjet C, Medina-Mora ME, Borges G, Zambrano-Ruiz J, Aguilar-Gaxiola S. Youth Mental Health in a Populous City of the Developing World: Results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2009; 50: 386-395. .
- González-Pier E, Gutiérrez-Delgado C, Stevens G, Barraza-Lloréns M, Porras-Condey R, Carvalho N et al. Priority setting for health interventions in Mexico's System of Social Protection in Health. The Lancet, 2006; 368:1608-1618.
- Frenk J. Tender puentes: lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencias. Salud Publica Mex 2007;49 supl 1:S14-S22.
- Lara C, Medina-Mora M, Borges G, Zambrano J. Social cost of mental disorders: disability and work days lost. results from the Mexican Survey of Psychiatric Epidemiology. Salud Mental, 2007, 30(5): 4-11.
- Medina-Mora M, Borges G, Lara M, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, Salud mental, 2003.



FAMILIA Y SALUD

FAMILIA Y SALUD

Cuando supe que a mi amiga Raquel la golpeaba su esposo, inmediatamente le dije que se fuera de su casa, mejor que lo corriera a él, que lo denunciara o que buscara ayuda profesional... Todos podríamos aconsejar a otros en el qué hacer y qué decir ante las relaciones familiares conflictivas, sin embargo, ¿hemos puesto atención en cómo vivimos cada uno en casa? ¿Será nuestra atención y trato el adecuado para con los padres, hijos, hermanos y pareja, de modo que podríamos decir que nuestras relaciones familiares son sanas y en consecuencia, como los psicólogos suelen calificarlo, nuestra familia es funcional?

Mucho puede haber escrito sobre el tema de Familia y Salud Mental, pero me gusta la reflexión de la Psicóloga Ximena Santa Cruz Bolívar, de la Universidad de Chile, quien refiere que al igual que las personas, las familias pueden ser evaluadas por su salud mental y en tal contexto, una sana salud mental familiar propiciará el desarrollo de personas con buena capacidad de autorrealización, exitosas y armónicas en sus relaciones con los demás.

Entre las características que destacan de una familia sana o funcional, se podrían resumir las siguientes:

- Sub-grupos o sub-sistemas perfectamente distinguibles (los padres, los hijos, la pareja) con funciones claras y buena comunicación entre ellos para la definición de reglas de convivencia.
- Existencia de límites claros y flexibles entre los grupos y entre los miembros de la familia, por lo que cada uno se preocupa por respetar tiempos, espacios físicos y pertenencias.
- Adecuada definición de poder y jerarquía que pone en claro quién define las cosas, en qué momento y con qué orden, así como dejando claro en quién reside este poder cuando los de mayor autoridad no están o no pueden hacerse cargo.
- Clima de afecto y aceptación para la expresión de ideas y sentimientos, por lo que no hay temor al rechazo aún cuando existan enojos o diferencias de opinión; en general, los miembros de la familia se sienten aceptados.
- Establecimiento de vínculos profundos entre los integrantes de la familia, mediante la definición de valores, creencias y metas personales que incentivan a todos a tener un proyecto de vida.
- Capacidad para aceptar y asumir cambios que podrían generar crisis, como el período de adolescencia, la separación de los padres y la vejez.



Cuando alguno de los puntos mencionados no se cumple adecuadamente, el desequilibrio se puede reflejar en situaciones como la drogadicción, el alcoholismo, la violencia intrafamiliar y los trastornos de la alimentación (anorexia y bulimia), entonces deberemos verlos como síntomas en cualquiera de sus integrantes, encontrando así a una familia disfuncional. Sin embargo, lo más riesgoso es que estos síntomas quieran pasarse por alto o como un secreto, tratando de encubrir el verdadero problema de una familia enferma, es decir, el de sus relaciones familiares. Ante estos casos es ya necesario acudir con especialistas de la salud mental como terapeutas familiares, psicólogos, psiquiatras e incluso trabajadores sociales, quienes podrán orientar el rumbo de las relaciones familiares, a partir de la definición del origen del problema, analizando si éste se encuentra:

- A nivel de la pareja y se traspasa a los hijos, es decir, los problemas de pareja son ignorados y se asumen como problemas frente al manejo de los hijos o de la casa.



- En la contradicción de órdenes, tareas o reglas que confunden a los hijos respecto a su rol como hijos, confidentes o amigos.
- Cuando se involucra a otro miembro de la familia en un problema de relación que antes era de dos, lo que frecuentemente deriva en rebeldía del adolescente.
- En la rigidez con que se asumen tareas y expectativas de conducta por género, ocasionando lo que conocemos como “machismo” en donde existen tres elementos importantes: la disputa de poder, la negación del otro y el uso de la fuerza como un método válido para resolver las diferencias.

La Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar, refiere que las profundas inequidades entre hombres y mujeres en el contexto familiar y público, existentes todavía en nuestra sociedad mexicana, propician situaciones de maltrato y violencia hacia los miembros más débiles como niñas, niños, adolescentes, mujeres embarazadas o personas en situaciones especialmente difíciles; adultos mayores; hombres y mujeres con enfermedad física o mental discapacitante, o en desventaja, física, económica o cultural, y sus manifestaciones las vemos cotidianamente, como es el caso de mi amiga Raquel que mencioné al iniciar este artículo, quien aunque cuenta con formación académica profesional y su esposo también, además de gozar de una situación económica no desdeñable, sufre de maltrato tanto físico como emocional, producto de sus malas relaciones familiares.

De hecho, la violencia intrafamiliar es considerada un problema de salud pública, que no se ha estudiado a profundidad como para precisar su magnitud y repercusiones, pues el daño psicológico puede significar la perpetuación de conductas lesivas, desintegración familiar e improductividad.

Así, la violencia familiar, considerada como el acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder -en función del sexo, la edad o la condición física-, en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono, puede provocar en quien lo recibe, alteraciones psicológicas o trastornos psiquiátricos de mayor repercusión.

El tema es tan amplio como el número de familias mexicanas, sin embargo aquí queremos aportar un pequeño grano de arena para mejorar la salud mental de nuestras familias,

esperamos que los analices y apliques también:

- Fomentar la comunicación a través de actividades propias del conjunto familiar como estar presentes para tomar los alimentos (almuerzo, comida o cena), o en fin de semana cuando las actividades laborales y escolares no permiten realizarlas antes.
- Compartir tiempo en familia fuera de casa, asistiendo a eventos culturales, deportivos y recreativos en general o durante períodos vacacionales.
- Tratar de ser equitativos en el trato y relaciones con los hijos evitando favoritismos y discriminación.
- Abordar en familia los hechos que pueden afectar su estabilidad, evitando segregar a cualquier integrante u ocultar el problema original.
- Fomentar los valores de grupo y solidaridad.
- Ocasionalmente enlistarse en cursos creados para mejorar las relaciones de familia, basados en enfoques humanistas, sobretodo cuando se percibe algún conflicto que podría derivar en problema familiar, a fin de prevenir síntomas y repeticiones de eventos causantes de sufrimiento.

Para finalizar, considero que de vez en cuando es bueno hacer un alto en el camino para analizar conscientemente la dinámica del sistema familiar propio, pues por más crisis familiar que exista, es éste el grupo social donde sus integrantes adquieren pertenencia, apoyo, protección social y afecto. *“Es el lugar donde se ama y se es muy feliz, pero también es cierto que puede ser el lugar donde existe mucho dolor e infelicidad”*, dice Teresa Maldonado, psicóloga y especialista en terapia familiar. Por ello, reconectarnos con nuestra capacidad de autorrealización y tratar de conseguir bienestar y libertad de vida armoniosa, asumiendo o creando nuestro destino en unión con los seres queridos que nos rodean en el núcleo familiar, es parte del proceso de crecimiento individual por el que se debe transitar para lograr una adecuada y gratificante adaptación crítica al medio.

Bibliografía

1. Santa Cruz Bolívar, Ximena. Familia y Salud Mental. Serie en internet. Disponible en <http://www.ecovisiones.cl/informacion/familiaysaludmental.htm> Actualizada 2007
2. Cómo lograr la unión familiar. Monografía. Serie en internet. Disponible en <http://www.innatia.com/s/c-organizacion-familiar/a-lograr-la-union-familiar.html> Última actualización 2012
3. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-190-SSA1-1999, Prestación de servicios de salud. Criterios para la atención médica de la violencia familiar. DOF. 08 de marzo 2000.
4. Mónica Luján. Salud mental familiar. Serie en Internet. Disponible en <http://www.lostiempos.com/index.php> Actualizado agosto 2012.



Soy la Licenciada María Teresa Vaca Delgado, trabajo en el área de atención al usuario del Centro Médico Adolfo López Mateos, en Toluca, México, tengo 59 años y se me concedió la gracia de traer cuatro hijos al mundo.

Mi vida se transformó el día 4 de Mayo de 1996... cuando mi marido y mis dos hijos (uno de 19 años y otro de 17 años) se fueron a ver el partido de fútbol entre el Nexaca y el Celaya, cuando ya venían de regreso detuvieron el auto cerca de Lerma, Estado de México, para cambiar una llanta, se bajó uno de mis hijos con su papá, al momento de estar haciendo las maniobras correspondientes, ambos fueron arrollados por otro automóvil y uno de los cuerpos posteriormente por varios autos, porque el impacto hizo que cayera en la carretera, fue muerte instantánea, sin embargo eso no fue todo, las personas que los arrollaron se atrevieron a regresar y golpearon a mi otro hijo que estaba en el auto tratando de matarlo para anular toda evidencia, fue una noticia fatal para mí, momentos muy difíciles, estar en el velorio, ir al hospital a ver a mi hijo y aún con todo esto ese mismo día mi hija que estaba embarazada tenía amenaza de aborto. Fue un golpe emocional aterrador, ni siquiera tuve tiempo de ofrecerles su rosario a mi hijo y a mi esposo.

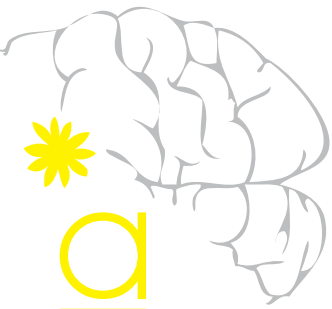
Mi hijo Rogelio estaba en terapia intensiva con traumatismo craneoencefálico, me comentaron los doctores que el diagnóstico era muerte cerebral.

Pasaron los días y sin respuesta alguna de que mi hijo Rogelio volviera a caminar, sonreír, hablar, manejar su auto, jugar con sus amigos, que me volviera a decir mamá, que hablara con sus hermanos... Después de dos meses de estar en el hospital, me dijeron que ya me lo tenía que llevar, por lo que tuve que habilitar en casa un cuarto de hospital para poder darle los cuidados que él necesitaba.

Todos mis recursos económicos se destinaron a la búsqueda de una esperanza: lograr que mi hijo se recuperara. Acudí a varios hospitales tanto públicos como privados, mis días, mis noches, mi vida estaba centrada en él, prácticamente no había descanso alguno y después de un año por fin logró mover un dedo, fue la alegría más grande de mi vida, indescriptible el sentimiento... Gracias a Dios fue su primer paso de algo que muchos neurólogos, terapeutas y otros expertos en la salud decían que era imposible, y desde ese momento seguí luchando para que mi hijo tuviera movilidad, sin embargo ante todo lo acontecido se afectó mi salud mental, por lo que fui en muchas ocasiones a terapia con psicólogos sin éxito alguno, hasta que finalmente encontré un psicólogo extraordinario que me guió y apoyó para sanar, superar mi dolor, la depresión, reconocer que la soberbia que tenía no me permitía admitir que tenía un hijo discapacitado, aceptarlo tal cual es ahora, saber que está vivo y que esa es la más grande dicha!. Aprendí a agradecer y perdonar, a disfrutar lo que tengo cada día... Reconocí que el dolor es necesario y que a todos nos pasa, pero el sufrimiento es opcional.

Con la experiencia que he tenido ahora recomiendo ampliamente a la gente que lo necesita, acudir con un psicólogo en quien realmente confíen. Muchas veces no nos damos cuenta, por la situación social actual que vivimos, de que estamos irritables, no conciliamos el sueño, nos sentimos cansados, tenemos baja autoestima y hasta podemos tener pensamientos de muerte o suicidio; la terapia ayuda y todos los elementos que deseemos ayudarán siempre y cuando la decisión de ser feliz y tener buena salud mental la tomemos nosotros.

Por último les comento que estoy feliz de trabajar en el área de atención al usuario, ya que esto me ha permitido estar cerca de las personas que desafortunadamente han perdido algún familiar o amigo, o que están por darles una noticia grave, lo que me sucedió me permite entender el dolor... El dolor se vive pero no es eterno.



VÍCTOR MANUEL TORRES MEZA

nostalgia



EPIDEMIOLOGÍA EN TU VIDA

De acuerdo a estudios realizados por la OMS, se estima que 400 millones de personas sufren actualmente trastornos psiquiátricos y neurológicos; en América Latina y el Caribe se calcula que 17 millones de niñas y niños de 4 a 16 años sufren de algún trastorno psiquiátrico que amerita atención. En el primer nivel de atención, la frecuencia de trastornos mentales en la infancia fue entre 12 y 29%. En el panorama epidemiológico, el Banco Mundial calcula que los padecimientos neurológicos y psiquiátricos contribuyen con 12% del costo total de las enfermedades médicas y para la OMS representa 20%; estos trastornos medidos por años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), representan 11.5% de la carga total de enfermedades. Entre ellas destacan la depresión, que por sí sola representa 36.5% del total y el alcoholismo con 11.3%. En un análisis realizado por la OMS en 1996, sobre el diagnóstico situacional en salud mental, se detectó que cinco de las causas líderes generadoras de discapacidad en el mundo se refieren a trastornos mentales.

El impacto de la depresión sobre los AVAD representa 17% del total de la población afectada por problemas mentales, seguido de las lesiones autoinflingidas con 16%, enfermedad de Alzheimer y demencias con 13%, la dependencia al alcohol representa 12%, la epilepsia con 9%, psicosis con 7%, farmacodependencia y estrés postraumático con 5% cada uno y 16% corresponde a otros padecimientos. En 1994, para México los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Adicciones realizadas en zonas urbanas, detectaron la prevalencia de trastornos mentales entre el 15 y el 18% de la población en general; en esta encuesta se observa que la depresión es el trastorno más frecuente tanto en hombres como en mujeres.

Los anuarios estadísticos de la SSA consignan un incremento continuo y significativo en la demanda de consulta externa de salud mental.

Estudios en México reportan alrededor de 15% de prevalencia de trastornos psiquiátricos en niños, esto indica que 5 millones de niños y niñas sufren algún problema de salud mental; de este total, la mitad de la población infantil requiere de una atención especializada e integrada.



La Encuesta Nacional de Salud de 1988, única que existe en su especialidad, detectó que el grupo de edad entre 15 y 24 años es de alto riesgo, ya que la incidencia anual de accidentes y acciones violentas, muchas de ellas vinculadas a problemas de salud mental, alcanzó 2.3% en la población masculina y 0.6% en la femenina. Los problemas psiquiátricos que con más frecuencia se detectaron fueron caracterizados por angustia y depresión, así como intentos de suicidio y suicidios consumados. Se observa que la mayoría de las personas que atentan contra su vida padecen más de un problema mental, y que 35% de estos jóvenes abusan de sustancias.

Los datos reportados por el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" indican que la prevalencia de los trastornos mentales se ha modificado a lo largo de la última década. La dependencia a sustancias se ubica como la principal causa de internamiento psiquiátrico en adolescentes. Se encontró que el trastorno depresivo ha aumentado y ascendió al segundo lugar, mientras que el trastorno psicótico agudo y transitorio disminuyó, colocándose en tercer lugar.

A la pregunta de ¿cuánto cuesta la enfermedad mental?, Hay que responder que las estimaciones de los costos no están disponibles aún para todos los TM (Trastornos Mentales), ni para todos los países. Durante 1990 se estimó que los costos de los problemas derivados de TM fueron del 2.5% del producto nacional bruto (PNB) en Estados Unidos. Se ha imputado a los TM al menos 59% de los costos económicos por pérdida de la productividad derivados de lesiones o enfermedades asociadas, seguidos por abuso de alcohol, que representa 34%. En los países miembros de la Unión Europea el costo fue estimado entre 3-4% del PNB, porcentaje del cual los costos calculados para la atención social por este concepto llegaron en promedio al 2% del PNB.

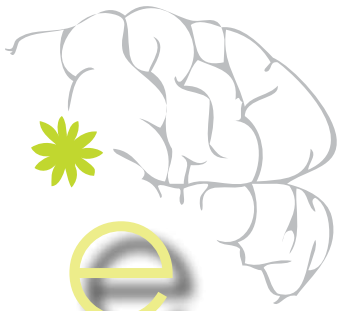
Nos pronunciamos hacia el logro de la consolidación y el mantenimiento perenne de una anhelada meta conveniente para la vida de los enfermos mentales y sus familias, en aras de la instauración de una sociedad más justa, sana y digna para todos.



Bibliografía

1. http://sersame.salud.gob.mx/pdf/pasm_cap3.pdf.
2. Caraveo y Cols. Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México. Resultados de una Encuesta Nacional en Hogares. AN. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1994.
3. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (adultos)
4. Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (adolescentes)
5. <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no53-6/RFM053000604.pdf>

No hay nostalgia peor que añorar lo que nunca jamás existió. Joaquín Sabina



SILVIA CRUZ CONTRERAS

miedo

PUBLIRREPORTAJE

PUBLIRREPORTAJE

Clínica de salud mental “Ramón de la Fuente” Orientación y atención psicológica y psiquiátrica

La salud mental comprende un estado de equilibrio entre una persona y su entorno social. La persona con buena salud mental tiene la capacidad de hacer uso de sus habilidades emocionales y cognitivas, asumir sus funciones sociales y responder adecuadamente a las demandas ordinarias de la vida cotidiana.

En la actualidad, se contempla un incremento en el índice de trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias en diferentes municipios del Estado de México debido a factores como la pobreza, violencia, aumento en el consumo de drogas y envejecimiento, entre otros; por lo que es clave atender a los individuos en sus dimensiones emocional, biológica y social.

Ante este panorama y con el objeto de dar una atención profesional a los problemas de salud mental, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de México crea en 1979 el Programa de Salud Mental y en 1981 inaugura la Unidad de Salud Mental, la cual cambia de denominación a Clínica de Orientación y Desarrollo Humano, enfocando su trabajo al desarrollo del programa de estimulación temprana en la propia clínica, guarderías y albergues así como un programa de atención a personas de la tercera edad.

En 1985 se inaugura la Clínica de Psicoterapia Familiar, con un enfoque de terapia familiar sistémica en los que se integran los siguientes subprogramas: consulta externa en psicología, psiquiatría, área de trabajo social y psicoterapia familiar y de grupo para niños, adolescentes y adultos. Desde abril de 2001 adquiere su actual denominación como Clínica de Salud Mental “Ramón de la Fuente”, restableciéndose el servicio de psiquiatría. El personal de la Subdirección de Salud Mental está integrado por: 1 subdirector, 1 jefe de departamento, 6 administrativos, 3 psiquiatras, 12 psicólogos, 6 trabajadoras sociales, 1 archivero y 2 intendentes.

Dicho programa ha funcionado desde hace más de 30 años y contempla atender problemas de salud mental que afectan a las poblaciones más vulnerables de nuestro Estado, además cuenta con el apoyo y la coordinación para su desarrollo con los Sistemas Municipales DIF de 125 Municipios del Estado de México, donde opera el programa de Atención Psicológica y Psiquiátrica, lo que representa una amplia infraestructura interna y externa.





El miedo llamó a la puerta, la confianza abrió y fuera no había nadie.

Algunos datos significativos que permiten observar la importancia y el quehacer de dicho programa en la entidad mexiquense es el avance acumulado al mes de junio de 2012, de las 8 mil 864 consultas psicológicas y psiquiátricas brindadas en la Clínica de Salud Mental “Ramón de la Fuente”.

De las instituciones públicas de salud en nuestro Estado, el DIFEM es la única que posee un proyecto de salud mental que abarca los tres niveles de atención en este campo (prevención, diagnóstico, tratamiento oportuno y rehabilitación). En el Departamento de Atención Psicológica y Psiquiátrica se imparten pláticas, talleres y conferencias a grupos e instituciones en coordinación con los Sistemas Municipales DIF.

Los pacientes que acuden para atención psiquiátrica, provienen principalmente de los municipios de Toluca, Metepec, Zinacantepec, Tenancingo, Almoloya de Juárez, Villa Guerrero, San Mateo Atenco, Lerma, Tenango del Valle y Calimaya.

Si bien, el costo de las consultas psicológicas y psiquiátricas son en la mayoría de las ocasiones, poco alcanzables para la población en general y la enfermedad mental no tratada cuesta aún más, en la Clínica de Salud Mental “Ramón de la Fuente”- la cual se encuentra certificada por el Sistema de Gestión de Calidad según la norma ISO 9001:2008-, se otorga consulta Psicológica y Psiquiátrica mediante una cuota de recuperación que asumen las personas solicitantes del servicio cuando carecen de seguridad social; ofreciendo así mismo medicamento a bajo costo para llevar a cabo el adecuado tratamiento psiquiátrico, lo que permite dar seguimiento a la eficacia del servicio.

El servicio se brinda en dos turnos, el turno matutino en horario de 7:30 horas (para pacientes de primera vez) y 12:30 horas para el turno vespertino, de lunes a viernes y se inicia con una entrevista y aplicación de estudio socioeconómico al usuario para determinar el costo de atención subsecuente, cuyo monto va de los \$20.00 a los \$155.00 pesos, considerando si es el caso, la exención del pago de los servicios. La atención de primera vez tiene un costo de \$20.00 pesos.

Es necesario que el paciente acuda con un familiar que pueda proporcionar información en caso de tratarse de niños o quienes tengan alguna discapacidad mental, para obtener el carnet de citas en la clínica de Salud Mental, pagar la consulta de acuerdo a la cuota asignada y presentar el recibo de pago y carnet en cada consulta.

Entre los trastornos más frecuentes que son atendidos en la Clínica de Salud Mental “Ramón de la Fuente” figuran los siguientes:

Código	Diagnóstico	Porcentaje
F90.0	T. Déficit de Atención tipo combinado	25.9
F20.0	Esquizofrenia	12.0
F41.2	T. Mixto Ansioso-Depresivo	11.1
F41.1	T. Ansiedad Generalizada	9.2
F70.0	Retraso Mental	4.1
F06.3	T. del Humor (afectivos) Orgánicos	3.8
F33.1	T. Depresivo Recurrente Moderado	3.3

En relación al grupo de diagnóstico, de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), se encuentra que el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) sigue ocupando el primer lugar de atención, seguido de los trastornos de ansiedad, los trastornos depresivos, la esquizofrenia y otras psicosis.

De esta forma el programa permite promover una mejor calidad de vida, atender a niños, adolescentes y adultos, así como a las familias y parejas mexiquenses que lo requieran cuidando su salud mental, con responsabilidad y profesionalismo.

Actualmente La Organización Mundial de la Salud advierte que las enfermedades mentales serán la segunda causa de incapacidad en el 2020, a nivel mundial, de no comenzar a aplicarse las medidas adecuadas.

Los desórdenes mentales suponen en la actualidad el 11% de los casos de incapacidad en el mundo, con 400 millones de personas afectadas, y de seguir esta tendencia su incidencia podría elevarse hasta el 14% en 2020, encabezadas por la depresión que se convertirá en la segunda causa de incapacidad tras las enfermedades cardíacas.

Dos situaciones, además del entorno socio-cultural, colaboran para que estos trastornos vayan en constante aumento: por un lado, los países pobres suelen ignorar o mal diagnosticar los padecimientos mentales, en África, donde, el 90% de las epilepsias y esquizofrenias pueden ser controladas, solo el 15% de los casos son tratados. Por otro lado, los países ricos y en desarrollo permiten un aumento en la esperanza de vida, lo que incrementará el número de demencias como el Alzheimer, entre otras.

Hace algunos años no había acuerdos para elaborar clasificaciones diagnósticas. Esta es una de las razones principales por la que los trastornos mentales no eran descritos objetivamente. Un sistema de clasificación puede ser sindromático, patogénico o etiológico, sin embargo, por el momento ninguna clasificación psiquiátrica integra estos tres niveles de conocimiento en forma conjunta. La implementación de un diagnóstico constituye una tarea prioritaria de los profesionales en el campo de la medicina. Por ello, una clasificación facilita un lenguaje universal, facilita la investigación, el llegar a los tratamientos de una forma más uniforme y práctica.

A lo largo de la historia de la psiquiatría ha sido clara la necesidad de clasificar los trastornos mentales. Fue Emil Kraepelin en 1883, quien implementó el primer sistema de clasificación basado en postulados teóricos y en la observación de las psicopatologías.

Actualmente las dos taxonomías de mayor uso en el campo de la salud mental, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), auspiciado por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), integran los criterios diagnósticos comúnmente utilizados. Ambos son ampliamente utilizados, están basados en estrictos criterios descriptivos y proporcionan un apoyo para hablar un lenguaje común en el campo de la psiquiatría. El DSM, es considerado como la biblia del diagnóstico en psiquiatría.

La primera edición del DSM fue publicada en la década de 1950. Se basó en una nomenclatura desarrollada por William Meninger, con la idea de clasificar los trastornos experimentados por ex-combatientes de la Segunda Guerra Mundial. En 1968 se tomó la decisión de publicar una segunda edición del DSM. El objetivo principal era establecer una nomenclatura similar a la utilizada por la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS. En la década de 1980,



se publicaron la tercera edición y su versión revisada. En esta última algunos diagnósticos polémicos como el trastorno dismórfico premenstrual o la personalidad masoquista fueron eliminados. Años después se publicó la cuarta versión. El cambio en esta edición fue la inclusión de un criterio clínico relevante para la esfera social y ocupacional, una revisión de este manual fue publicada en el año 2000.

DSM Revisión panorámica de su evolución histórica

DSM	Año de publicación	No. de páginas	Categorías psicopatológicas incluidas
DSM-I (1a. edición)	1952	130	106
DSM-II (2a. edición)	1968	134	182
DSM-III (3a. edición)	1980	494	265
DSM-III-R (3a. edición revisada)	1987	567	292
DSM-IV (4a. edición)	1994	886	297
DSM-IV-TR (4a. edición revisada)	2000	943	297
DSM-V (5a. edición)	2013	-----	-----

Los avances que se logran día a día en diferentes terrenos de investigación científica, ya sean básicos o clínicos, dejan rezagada cualquier taxonomía. Es claro entonces que el DSM, en su cuarta edición revisada (DSM-IV-TR), es ya insuficiente para enfrentar los cada vez mayores retos clínicos y de investigación. Desde hace más de 10 años se ha estado trabajando en la configuración de lo que será su quinta edición (el DSM-V). Finalmente en mayo del 2013 se planea presentar el DSM-V en la Reunión Anual de la APA, en San Francisco, California.

Uno de los rasgos interesantes del DSM, es que ha tenido que adecuarse a través del tiempo a los cambios que han surgido en la sociedad por influencia de la globalización y la creación de nuevas tecnologías. Estos avances traen de la mano una nueva serie de patologías que necesitan ser clasificadas, como es el caso de la adicción al Internet; que se considera actualmente como un trastorno del espectro compulsivo-impulsivo.

Ahora su quinta versión, el DSM-V, recoge los numerosos desórdenes y desviaciones psicológicas que se han registrados en los últimos años. Condiciones como ansiedad depresiva mixta, desorden de regulación del temperamento, comida compulsiva, desorden neurocognitivo menor y comportamientos adictivos. En la nueva edición, las pataletas de un niño y el dolor derivado de la pérdida de un ser querido podrían ser definidas como problemas de salud mental.

La edición definitiva del manual no se publicará hasta el 2013 y se supone que tendrá muchas más de las 900 páginas de la cuarta edición, que ya sufrió un incremento importante en comparación con las 129 de la primera.

Parece reflejar una tendencia creciente en una sociedad donde los casos de enfermedad mental van en aumento. No obstante, si usted tiene manías, piensa que hablan de usted cuando no está, se aferra a creencias mágicas, posee supersticiones, cree que su jefe está contra usted o comprueba que ha cerrado la puerta 20 veces antes de dejar su casa, si estas manías no interfieren con su vida cotidiana, usted todavía es una persona normal.

Bibliografía

1. García Maldonado, Gerardo; Saldívar González, Atenógenes H.; Llanes Castillo, Arturo; Sánchez Juárez, Indira Guadalupe El DSM-V. Luces y sombras de un manual no publicado. Retos y expectativas para el futuro Salud Mental, vol. 34, núm. 4, julio-agosto, 2011.
2. Manuel Desviat. De lo público, lo privado y el futuro de la asistencia a la salud mental. Norte de Salud Mental nº 31, 2008, pp. 45-51
3. D. Ben-Zeev et al. DSM-V and the stigma of mental illness. Journal of Mental Health, August 2010; 19(4): 318-327
4. Michelle Diamant. Expected changes in DSM-V leave some questioning who's normal. July 27, 2010 En: <http://www.disabilitycoop.com/2010/07/27/dsm-changes-normal/9528/>

La risa nos mantiene más razonables que el enojo. Proverbio.



El 'sudoku' es un pasatiempo Japonés que se inventó en la década de los 70. El objetivo de éste es rellenar una cuadrícula de 9x9 celdas, dividida en subcuadrículas de 3x3, con las cifras del 1 al 9, partiendo de algunos números ya dispuestos en algunas de las celdas, se tiene que completar las casillas vacías con dígitos del 1 al 9 sin que se repitan por fila, columna o región.

Las ventajas que tiene el sudoku son muchas, entre ellas están: estimula la lógica, la memoria, el razonamiento, la capacidad de concentración y ejercita las neuronas.

Es por eso que te reto a que completes el 'sudoku' que a continuación te presento.

	4		6		7		2	
8								9
		2	5		4	1		
	7		8	3	5		6	
	5						8	
	9		7	4	6		5	
		4	3		9	7		
7								5
	8		4		1		3	

Bibliografía

<http://www.lagaceta.com.ar/nota/158960/informacion-general/>
<http://es.wikipedia.org/wiki/Sudoku>

Lo que los demás rechazan de ti, cultívalo. Eso eres tú. Jean Cocteau

Alzheimer: tipo de demencia degenerativa que aumenta con la edad, el rasgo dominante en esta enfermedad es la amnesia, lo que puede llevar a problemas de distinción progresiva.

Conductas lesivas: comportamientos dañinos a uno mismo como envenenamiento, automutilación, actividad sexual auto-agresiva, laceraciones superficiales, entre otros.

Demencia: pérdida de la función cerebral que afecta a la memoria, pensamiento, lenguaje, juicio y comportamiento. La mayoría de los tipos de demencia son irreversibles (degenerativo).

Enfermedades neuropsiquiátricas: trastorno depresivo unipolar, trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia, epilepsia, trastornos por consumo de alcohol y de determinadas sustancias psicoactivas, enfermedad de Alzheimer y otras demencias, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico e insomnio primario, son las más frecuentes.

Epilepsia: trastorno cerebral que integra varios tipos de convulsiones recurrentes.

Esquizofrenia: es un trastorno mental complejo que dificulta la diferencia entre lo real e irreal, pensar de manera clara, respuestas y actitudes emocionales normales y ante la sociedad.

Lesiones autoinfringidas: golpes, laceraciones o heridas hacia uno mismo con el objetivo de lograr el suicidio.

Medicamentos neurolépticos: llamados también tranquilizantes mayores y antipsicóticos, utilizados para el tratamiento de las psicosis agudas (transitorias) y psicosis crónicas (progresivas).

Migraña: es un tipo de dolor de cabeza que puede ocurrir con síntomas como náuseas, vómitos o sensibilidad a la luz. En algunas personas solo sienten un dolor pulsátil en un lado de la cabeza.

Perpetuación: sinónimo de continuación.

Psicosis: conjunto de trastornos mentales graves que afectan el sentido de la realidad y el que enfermo no reconoce.

Psiquiatría: especialidad médica que se encarga de estudiar, diagnosticar y dar tratamiento a los diferentes trastornos mentales.

Trastorno afectivo bipolar: afección en la cual las personas cambian de un estado de ánimo muy bueno a uno irritable o depresivo. Los cambios entre el estado maniaco (desequilibrio mental) y la depresión pueden ser muy rápidos.

Trastorno depresivo unipolar: caracterizado por un patrón persistente y generalizado de pensamientos y comportamientos depresivos como: infelicidad crónica, baja autoestima, pesimismo, actitudes críticas y despectivas hacia uno mismo y hacia los otros, sentimientos de culpa o remordimientos.

Trastornos mentales: puede cubrir las enfermedades mentales, retraso mental, también conocido como retardo mental y discapacidad intelectual, así como los trastornos de la personalidad y la toxicomanía (adicción por alguna sustancia dañina o mortal al organismo).

Trastornos psicóticos transitorios: se presenta por un tiempo determinado entre unas horas y un mes, es reversible. El episodio se caracteriza por una desconexión con la realidad (delirio alucinaciones, lenguaje desorganizado y conducta catatónica o desequilibrada).

Referencias

1. CDC en español. Disponible en: <http://www.cdc.gov/spanish/>
2. Diccionario Mosby Pocket. de Enfermería, Medicina y Ciencias de la Salud. 2005. Ed. ELSEVIER. 4ta ed. pp. 1380.
3. Francoise Part Roland Doron. Diccionario AKAL de Psicología, Básica de bolsillo. 2008. Ed. Akal, S.A. pp. 37 y 467.
4. MEDLINE PLUS. Enciclopedia Médica. Actualizada: 18 de Mayo 2012. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/encyclopedia.html>
5. OMS. Glosario de Términos Alcohol y Drogas. 2004. pp. 45. Disponible en: http://www.who.int/entity/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
6. OMS. Informe sobre la Salud en el Mundo. Cap.2: Carga de Trastornos Mentales y Conductuales. 2001. pp. 23. Disponible en: http://www.who.int/entity/whr/2001/en/whr01_ch2_es.pdf
7. OMS. Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación. 2006. pp. 23. Disponible: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=13011&Itemid=



Julio

8	Día mundial de la población
11	Día mundial de la alergia

Agosto

1	Día mundial de la lactancia
9	Día internacional de las poblaciones indígenas
12	Día internacional de la juventud
13	Día internacional de los zurdos
19	Día Mundial de la asistencia humana
25	Día del donador altruista de sangre
28	Día del adulto mayor

Septiembre

10	Día mundial de la prevención del suicidio
15	Día mundial del linfoma
16	Día internacional de la preservación de la capa de ozono
21	Día mundial del Alzheimer
25	Día mundial del corazón
26	Día nacional de la donación y trasplantes de órganos y tejidos
28	Día internacional de la rabia
29	Día mundial de la retinosis pigmentaria

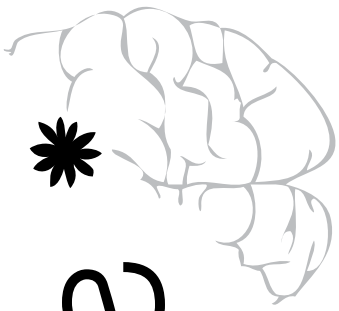
El que lucha contra nosotros nos refuerza los nervios y perfecciona nuestra habilidad. Edmund B.



1	4	5	6	9	7	8	2	3
8	6	7	1	2	3	5	4	9
9	3	2	5	8	4	1	7	6
2	7	1	8	3	5	9	6	4
4	5	6	9	1	2	3	8	7
3	9	8	7	4	6	2	5	1
6	2	4	3	5	9	7	1	8
7	1	3	2	6	8	4	9	5
5	8	9	4	7	1	6	3	2

Solución del sudoku

Inserto



EVENTOS



Donación de sangre



Semana del medio ambiente.
Junio 2012



Primera carrera 'Préndete'. A beneficio de los bomberos de Toluca Agosto, 2012



COMENTARIOS Y SUGERENCIAS
Correo electrónico: cevece.riesgossalud@edomex.gob.mx